

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY



ZAIRA ANDRESSA ALVES DE SOUSA

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ESTUDANTES DE GRADUAÇÃO
EM ENFERMAGEM SOBRE SAÚDE

RIO DE JANEIRO
2016

ZAIRA ANDRESSA ALVES DE SOUSA

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ESTUDANTES DE GRADUAÇÃO
EM ENFERMAGEM SOBRE SAÚDE

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Márcia de Assunção Ferreira

RIO DE JANEIRO

2016

SOUSA, Zaira Andressa Alves.

Representações Sociais de Estudantes de Graduação em Enfermagem sobre Saúde/ Zaira Andressa Alves de Sousa. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2016.

XIII, 86f.: il.;31cm.

Orientadora: Márcia de Assunção Ferreira.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ - Escola de Enfermagem Anna Nery – EEAN - Programa de Pós-Graduação e Pesquisa em Enfermagem, 2016.

Referências Bibliográficas: f.74-80.

1. Estudantes de enfermagem. 2. Ensino em Enfermagem 3. Saúde 4. Representação Social.
I Márcia de Assunção Ferreira. II Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-Graduação e Pesquisa em Enfermagem. III Representações Sociais de Estudantes de Graduação em Enfermagem sobre Saúde.

ZAIRA ANDRESSA ALVES DE SOUSA

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ESTUDANTES DE GRADUAÇÃO
EM ENFERMAGEM SOBRE SAÚDE

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Rio de Janeiro, 24 de março de 2016.

PROF^a. DR^a. MÁRCIA DE ASSUNÇÃO FERREIRA
PRESIDENTE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

PROF. DR. LUIZ FERNANDO RANGEL TURA
1º EXAMINADOR
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

PROF. DR. ENÉAS RANGEL TEIXEIRA
2º EXAMINADOR
UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

PROF^a. DR^a. FLÁVIA PACHECO DE ARAÚJO
SUPLENTE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

PROF^a DR^a. TADEU LESSA DA COSTA
SUPLENTE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO- CAMPUS MACAÉ

DEDICATÓRIA

*Dedico aos meus pais, Antonio e Maria Zeneide,
pela incondicionalidade do amor e incentivo em cada
decisão.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, em quem confio minha vida e esperança, que na sua onisciência e infinito amor trouxe-me o cumprimento desta etapa. Gratidão por toda provisão.

Aos meus pais, pela gratuidade do amor e apoio em cada momento vivido até aqui. A vocês desejo agradecer com a vida e dedicando a alegria deste momento. Sou plenamente grata por tê-los como meus pais.

À Dr^a Márcia de Assunção Ferreira, minha estimada orientadora, obrigada pelo incentivo e por amparar meu caminhar. Posso afirmar que neste período tive mais que uma orientadora, um exemplo de profissional.

A Rafael Lydio, amado noivo, obrigada pelo estímulo, paciência, zelo e pelas palavras acertadas quando precisei. Por impulsionar-me a seguir em frente certa que estarás comigo em cada dificuldade e alegria.

À minha família e demais amigos, obrigada pelo apoio, confiança e cada palavra de ânimo quando o cansaço parecia abater-me.

Aos colegas do Grupo de Pesquisa, agradeço pela presteza e auxílio, em especial Julyana Gall, Fernanda Duarte, Jessica Nogueira e Rodrigo Nogueira pela constante disponibilidade.

Aos amigos, Karen Zepeda e Rafael Pitta, amizade iniciada na graduação, mantida no mestrado e com certeza para toda a vida. Obrigada por caminharem comigo até aqui.

Aos professores da banca, obrigada pela solicitude, receptividade e relevantes contribuições em cada etapa.

Aos estudantes de graduação em enfermagem e instituições participantes, obrigada pela acolhida e o aceite em participarem desta pesquisa.

À Enf^a. Andrea Puppín, agradeço a amizade e apoio.

RESUMO

SOUSA, Zaira Andressa Alves. **Representações Sociais de Estudantes de Graduação em Enfermagem sobre Saúde**. Rio de Janeiro, 2016. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

O objetivo do estudo é caracterizar as representações sociais dos estudantes de graduação em enfermagem sobre saúde além de analisar os modelos de conceber a saúde. Para tanto, o percurso metodológico traçado foi a realização do Teste de Evocação Livre com 172 estudantes, sendo 103 do primeiro período e 69 do último, de duas Universidades públicas do Rio de Janeiro. Realizou-se uma análise prototípica e de similitude com vistas a identificar os possíveis elementos do núcleo central e periféricos de cada grupo. A estrutura representacional dos estudantes de enfermagem sobre saúde possui semelhanças no que se refere as evocações que constituem o núcleo central de ambos os períodos. Com ordem de frequência diferenciada bem-estar, cuidado e hospital são os elementos que compõem o sistema central. No grupo dos iniciantes, o hospital é o principal articulador enquanto para os concluintes, é o bem-estar. A formação acadêmica incide na representação diminuindo o peso do hospital na estruturação da representação social. Nesta mesma perspectiva, na etapa final, também ocorre a evidência de bem-estar como possível estruturador da representação. Percebe-se que a representação social sobre saúde dos recém-ingressos está em construção e alicerçada no senso comum. Já as representações dos concluintes possuem uma complexa organização pautada majoritariamente em elementos do universo reificado.

Palavras-chave: Estudantes de Enfermagem; Ensino em Enfermagem; Saúde; Representação social.

ABSTRACT

SOUSA, Zaira Andressa Alves. **Social Representations of nursing undergraduate students on health.** Rio de Janeiro, 2016. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

The objective of this study is to characterize the social representations of nursing undergraduate students on health in addition to analyze the models of conceiving health. For both, the methodological path trace was the completion of free evocation test with 172 students, being 103 of the first period and 69 of the last, of two public universities of Rio de Janeiro. It was done a prototypical and similarity analysis in order to identify the possible elements of the central nucleus and peripheral of each group. The representational structure of nursing students on health has similarities in evocations that constitute the central nucleus of both periods. With the order of frequency differentiated welfare, care and hospital are the elements that make up the central system. In the group of beginners, the hospital is the main articulator while for the students who were graduating, is the well-being. The academic training focuses on reducing the weight of representation hospital in structuring of social representation. In this same perspective, in the final step, also occurs the evidence of well-being as possible structuring effect of representation. It is perceived that the social representation of health of beginners inflows is under construction and founded on common sense. The representations of High-school undergraduates have a complex organization characterized mostly by elements of reified universe.

Keywords: Students of nursing; Nursing education; Health; Social Representation

LISTA DE FIGURAS

- FIGURA 1- Árvore máxima de similitude dos estudantes de graduação em enfermagem do primeiro período. Rio de Janeiro, 2015.....58
- FIGURA 2 - Árvore máxima de similitude dos estudantes de graduação em enfermagem do oitavo período. Rio de Janeiro, 2015.....61
- FIGURA 3- Evocações exclusivas na árvore máxima dos grupos. Rio de Janeiro, 2015.....69

LISTA DE GRÁFICOS

- GRÁFICO 1- Distribuição dos estudantes de graduação em enfermagem conforme fontes de acesso à informação sobre saúde. Rio de Janeiro, 2015.....52

LISTA DE TABELAS

TABELA 1- Distribuição dos estudantes de graduação em enfermagem conforme instituição e período. Rio de Janeiro, 2015.....	43
TABELA 2- Distribuição dos estudantes de graduação em enfermagem conforme sexo. Rio de Janeiro, 2015.....	43
TABELA 3- Distribuição dos estudantes de graduação em enfermagem conforme faixa etária. Rio de Janeiro, 2015.....	45
TABELA 4- Distribuição dos estudantes de graduação em enfermagem conforme renda familiar. Rio de Janeiro, 2015.....	45
TABELA 5- Distribuição dos estudantes de graduação em enfermagem conforme escolaridade dos avós. Rio de Janeiro, 2015.....	47
TABELA 6- Distribuição dos estudantes de graduação em enfermagem conforme escolaridade dos pais. Rio de Janeiro, 2015.....	47
TABELA 7- Distribuição dos estudantes de graduação em enfermagem conforme estado marital. Rio de Janeiro, 2015.....	49
TABELA 8- Distribuição dos estudantes de graduação em enfermagem com curso técnico em enfermagem. Rio de Janeiro, 2015.....	49
TABELA 9- Distribuição dos estudantes de graduação em enfermagem conforme religião e período. Rio de Janeiro, 2015.....	50
TABELA 10 - Distribuição dos elementos segundo frequência de evocação e ordem média de evocação realizada por estudantes do primeiro período de graduação em enfermagem. Rio de Janeiro, RJ. 2015.....	56
TABELA 11- Distribuição dos elementos segundo frequência de evocação e ordem média de evocação realizada por estudantes do oitavo período de graduação em enfermagem. Rio de Janeiro, RJ. 2015.....	60

LISTA DE ABREVIATURAS

ALCESTE Análise Lexical Contextual de um Conjunto de Segmentos de Texto

CDNSS Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde

DCNs Diretrizes Curriculares Nacionais

EEAAC Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa

EEAN Escola de Enfermagem Anna Nery

EVOC *Ensemble de programmes permettant l'analyse des evocations*

OMS- Organização Mundial da Saúde

PCI Programa Curricular Interdepartamental

RS Representação Social

SIMI *Schéma de l'ensemble des programmes*

SUS Sistema Único de Saúde

TEL Técnica de Evocação Livre

TRS Teoria das Representações Sociais

SUMÁRIO

CAPÍTULO I- CONSIDERAÇÕES INICIAIS	13
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA SAÚDE COMO OBJETO DE ESTUDO PARA REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	13
1.2 AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE SAÚDE.....	20
1.3 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DA PESQUISA	25
CAPÍTULO II- A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	29
2.1 CONSIDERAÇÕES ACERCA DA TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....	30
CAPITULO III- BASES METODOLÓGICAS	33
3.1 NATUREZA E TIPO DE ESTUDO.....	33
3.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	33
3.3 CAMPOS DO ESTUDO.....	35
3.4 TÉCNICAS PARA PRODUÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	38
3.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	42
CAPITULO IV- ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	43
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDANTES DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM.....	43
CAPITULO V- APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	55
5.1 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS INICIANTES DO CURSO DE GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM SOBRE SAÚDE.....	55
5.2 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS CONCLUINTE DCURSO DE GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM SOBRE SAÚDE.....	59
5.3 CONTEÚDOS E ESTRUTURAS DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....	62
CAPITULO VI- CONSIDERAÇÕES FINAIS	72
REFERÊNCIAS	74
APÊNDICES	81
APÊNDICE A- COLETA DE EVOCAÇÕES LIVRES.....	82
APÊNDICE B- ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	83
APÊNDICE C- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	84
APÊNDICE D- CARTA DE SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO PARA PESQUISA- EEAAC/UFF.....	85
APÊNDICE E- CARTA DE SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO PARA PESQUISA EEAN/UFRJ.....	86

CAPÍTULO I

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 SAÚDE COMO OBJETO DE ESTUDO DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Diante da necessidade de compreensão da saúde em suas diferentes facetas, observa-se o uso de variadas concepções deste objeto, na dependência do contexto e das representações a ele vinculado. Isto ocorre devido à própria historicidade do conceito, que sofreu transformações durante séculos, influenciando nos sentidos atribuídos ao próprio conceito e nas práticas para seu alcance, manutenção ou desestruturação.

A saúde é um conceito polissêmico simultaneamente filosófico, científico, tecnológico, político e prático. Trata-se de uma das mais importantes dimensões da vida moderna. Sob a perspectiva etimológica, saúde denota o atributo principal dos inteiros, intactos e íntegros. Possuindo ainda o sentido de tratado ou curado (ALMEIDA FILHO, 2011).

Para a enfermagem, saúde é um dos quatros conceitos centrais que compõem o metaparadigma de enfermagem juntamente com pessoa, ambiente e enfermagem. Fawcett (2006 p. 04) compreende “o metaparadigma como os conceitos globais que identificam os fenômenos de interesse central para uma disciplina, as proposições que descrevem os conceitos e que indicam as relações entre eles”¹. Sendo assim, metas e objetivos a serem buscados no exercício da profissão de enfermagem (seja no ensino, prática ou pesquisa) perpassam pelo conceito metaparadigmático saúde.

A circulação deste conceito tanto no meio produtivo quanto científico é vital, pois a produção dos serviços de saúde é também determinada pela formação em saúde (GALLEGUILLLOS; OLIVEIRA, 2001). Na Enfermagem, a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para os Cursos de Graduação em Enfermagem (2001), o ideal básico é a flexibilização curricular permitindo ao graduado enfrentar as rápidas mudanças na área da saúde e seus reflexos no mundo do trabalho (SILVA; SOUSA; FREITAS, 2011).

A formação em enfermagem passou a não se restringir às questões técnicas, relativas a conteúdos de ensino e procedimentos didáticos. As Diretrizes Curriculares definem que a formação do enfermeiro tem por objetivo

¹Tradução livre da autora.

dotar o profissional dos conhecimentos exigidos para o exercício de competências e habilidades gerais para atenção à saúde (BRASIL, 2001).

Sendo assim, os programas curriculares passaram a ser revisitados, juntamente com a articulação de modelos assistenciais que visem à formação do enfermeiro em benefício dos princípios e diretrizes do Sistema de Saúde em voga, o SUS. Trata-se de uma ação política, pedagógica e, antes de tudo, social implicada na multidimensionalidade do conceito de saúde e nas representações sociais construídas.

Este estudo versa sobre as Representações Sociais (RS) dos estudantes de graduação em enfermagem sobre saúde, entendendo as representações como forma de conhecimento prático, saber do senso comum, que orienta a ação. Para que se possa exercer alguma influência sobre a ação, é preciso compreender o que a embasa (SPINK, 2013). “As RSs significam uma tradução, uma retomada, e não uma fotografia, uma reprodução” (ARRUDA, 2014 p. 321). Deste modo, conhecer as RSs dos estudantes de graduação em enfermagem, aqueles que estão em processo de formação profissional, possibilita “traduzir” qual conceito de saúde eles têm, quais são as representações acerca deste objeto e suas ações frente à saúde, ou seja, os cuidados a ela associados.

Para Coelho e Almeida Filho (2002) há uma carência de estudos sobre o conceito de saúde propriamente dito e isto parece indicar uma dificuldade paradigmática de tratá-la nos diversos campos científicos. Quando um paradigma não consegue mais responder às necessidades de uma comunidade científica, este pode entrar em crise, permitindo o surgimento de outros paradigmas. Isso se dá pelo fato dessas estruturas de pensamento comandar inconscientemente o modo de conhecer, pensar e agir (MORIN, 1998).

Na área da saúde tem aumentado a aplicação do paradigma da complexidade de Edgar Morin para criação de modelos de saúde/doença (ALVES; RABELO, 1998). Reconhece-se a necessidade de olhar para o objeto desta pesquisa sob esta perspectiva, uma vez que pensar sobre saúde e as representações sociais construídas extrapolam a “regra básica da ciência clássica: para cada efeito, há uma causa clara, precisa e específica”. (ALMEIDA FILHO, 2006, p.04). Pensar sobre saúde exige tecer relações

dialógicas capazes de compreender que a realidade se apresenta em constante movimento a partir de antagonismos e proximidades. Assim, o paradigma da complexidade ressalta essa possibilidade de conjugação dos saberes, ou seja, promover uma articulação entre os variados campos (MORIN, 2000).

No decorrer da história, parece estar plasmada a concepção de saúde como ausência de doença e ainda perdurar no senso comum até os dias de hoje. O dito modelo tradicional de saúde desenvolveu-se juntamente com as aquisições da biologia e epidemiologia. Em particular, com o aprofundamento dos estudos anatômicos e dissecações de cadáveres, pois passam a procurar a doença no corpo (e não fora dele) a partir de seus sinais. Tais avanços trouxeram benefícios para a ciência e conseqüentemente para a sociedade, porém também influíram no estabelecimento de uma visão mecanicista da vida e, por conseguinte, na medicina moderna e posterior consolidação do modelo biomédico (BATISTELLA, 2007).

Essa concepção de saúde decodificada, segmentando o homem em partes, concebe o corpo como máquina, os órgãos como partes desta máquina e a doença o problema dentro deste conjunto (CAPRA, 1993). De fato, uma sustentação no paradigma positivista da ciência e que permite entender saúde como a ausência de qualquer defeito ou problema.

A indústria farmacêutica tem limitado o interesse e os investimentos de pesquisa a um tratamento teórico e empírico da questão da saúde como mera ausência de doença, gerando o que Coelho e Almeida Filho (2002) nomeiam como a “cultura da doença”. De modo semelhante, as políticas, ações e pesquisas no campo da saúde têm-se pautado predominantemente pelo conceito de doença.

O conceito de saúde foi sendo negligenciado ou posto em segundo plano, na medida em que a investigação se concentrava na análise da doença. O homem buscou explicações sobre a doença de modo incessante ao passo que a saúde foi sendo entendida como seu oposto lógico: a inexistência de patologia, ou seja, a própria fisiologia (BATISTELLA, 2007).

Esse destaque concedido à doença deve-se a capacidade de perturbação gerada para o indivíduo, família e sociedade. Por apresentar sinais, sintomas ou manifestações de outras ordens palpáveis, ou seja,

capazes de alterar o cotidiano, mobilizar e reorganizar estruturas enquanto a saúde pode ser tida como uma fase de silêncio ou êxito. Saúde como a ausência de algo prejudicial ou bom funcionamento do que se tem.

Urge a compreensão que ao reduzir a ocorrência de patologia ou morbidade na população se está promovendo saúde. Trata-se de uma visão reducionista do movimento de promoção da saúde e conseqüentemente do modo de conceber a saúde (ALMEIDA FILHO, 2006). A priori, este modelo parece diminuir a complexidade da saúde por estar diretamente ligado a aspectos patológicos, sejam eles físicos ou mentais, sem se deter às questões sociais, culturais e econômicas.

No século XX, com a criação da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1948, é estabelecido “saúde como o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença.” O propósito acrescido é que as pessoas usufruam de uma vida com qualidade.

Ter saúde é mais do que não estar doente, pois envolve uma concepção de vida com qualidade, a qual se traduz no cotidiano em bem-estar físico, mental e social, se não completo, pelo menos, potencializado ao máximo (MARCONDES, 2004). Saliencia-se assim, as limitações de sustentação dos conceitos saúde e doença como excludentes, ou seja, na posse de um estado haverá ausência de outro.

Coelho e Almeida Filho (2002) consideram que todos nós somos doentes, de algum modo, e que a saúde resultaria de uma interação social com alto grau de esforço para sua manutenção. Sendo assim, normalidade não é sinônimo de saúde, nem o par conceitual normal-patológico sustenta uma correspondência de oposição entre saúde e doença.

Os autores consideram a normalidade como norma de vida que constitui:

uma categoria mais ampla, que engloba saúde e patologia como distintas subcategorias. Tanto saúde quanto doença situam-se no âmbito da normalidade, pois ambas implicam uma certa norma de vida. Nesse sentido, o patológico não é o contrário lógico do conceito de normal, mas sim o contrário vital de sadio. A saúde é uma normalidade, tanto quanto a doença. O aspecto comum a essas diferentes manifestações normais da vida é a presença de uma lógica, de uma organização própria, de uma norma (p.323)

Neste ponto de vista, os padrões de saúde e enfermidade variam não só em diferentes sociedades, mas no interior de uma mesma sociedade, a depender das representações de quem os concebe: se um médico, um doente ou um curador, por exemplo (COELHO E ALMEIDA FILHO, 2002). Essas transformações no conceito, nas representações e na experiência se retroalimentam dando a capacidade de constante reestruturação das práticas (CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013).

A nova definição deliberada pela OMS ganhou destaque e diversos questionamentos. Segundo Dejours (1986), este estado perfeito de completo bem-estar não existe, tratando-se de um estado ideal, que não é concretamente atingido, podendo ser simplesmente uma ilusão, alguma coisa que não se sabe muito bem no que consiste, mas sobre a qual se tem esperanças.

Tal conceituação ainda “não leva em conta que as exigências do meio, os fracassos e o mal-estar são partes constitutivas da vida, que é quase impossível pensar o dia-a-dia de uma pessoa com a ausência completa de conflitos, sofrimentos e mal-estar” (NERY, 2009, p.19). Este autor aponta que não se consegue um conceito mais adequado de saúde, devido à amplitude e subjetividade do tema. Porém, propõe a definição de saúde como a capacidade que o ser humano tem de enfrentar situações novas, conflituosas, sentindo-se seguro para resolver os problemas e superar as adversidades inerentes ao próprio processo de viver.

A superação dessas etapas passaria a ser calcada à luz do direito a partir de 1978, com a Conferência Internacional de Assistência Primária a Saúde, na cidade de Alma Ata. A ênfase dada à saúde como direito humano fundamental gerou discussões acerca das desigualdades na situação de saúde entre os países desenvolvidos e subdesenvolvidos, a responsabilidade governamental na provisão da saúde e a importância da participação das pessoas e comunidades no planejamento e implantação dos cuidados a saúde (LOURENÇO *et.al*, 2012).

Fica estabelecido nesta conferência que saúde é um direito humano fundamental e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial. Além de firmar que é direito e dever dos povos

participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde (DECLARAÇÃO ALMA-ATA, 1978).

O legado da conferência de Alma Ata mobilizou países como a Holanda, Canadá e Brasil a estabelecerem nas respectivas constituições que saúde é direito de todos os cidadãos e compromisso de cada governo promovê-la como dever fundamental (ALMEIDA FILHO, 2011).

Nesse sentido, saúde passa a ser percebida como algo determinado, não como um bem natural, divinizado ou misterioso. Denota-se a arraigada inserção e compromisso social a partir do envolvimento dos demais setores da sociedade além dos serviços de saúde. Responsabilidade que não diz respeito somente aqueles que compõem o setor saúde desenvolvendo atividades laborais (enfermeiros, médicos entre outros), porém vai além destes serviços e atores.

A noção de sistema de saúde é macro, mais ampla, uma vez que contempla as ações de saúde específicas (como consultas) e inespecíficas, por exemplo, campanhas relacionadas aos cuidados no trânsito. Estas últimas são organizadas por agências que não integram o setor propriamente dito, mas essenciais para a prevenção e cuidado a saúde (PAIM, 2009). Sob esta perspectiva o sistema de saúde corresponde a integração de diversos setores e ações que direta ou indiretamente organizam-se em prol da promoção, manutenção ou restauração as saúde.

No contexto nacional, o preâmbulo para um novo sistema de saúde e conceito, saúde como um valor social, passou a ser concebido na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986. A conferência cujo tema foi “Democracia é Saúde” contou com a participação de milhares de pessoas representando os diversos movimentos sociais, populares, trabalhadores, usuários, parlamentares, intelectuais da saúde e entre outros. Constituiu-se em fórum de luta pela descentralização do sistema de saúde e pela implantação de políticas sociais que defendessem e cuidassem da vida.

O relatório desta conferência define saúde em seu sentido mais abrangente como:

Resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de

saúde. É assim, antes de tudo, resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986).

Ainda delimita que saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e em um dado momento de seu desenvolvimento. Foi inserida a noção de saúde como um direito e que passa a vigorar mais tarde no artigo 196 da Constituição Federal de 1988:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas públicas sociais e econômicas que visem à 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 (Brasil, 1988).

Lourenço *et. al* (2012) destacam que houve a realização de diversas Conferências Internacionais e Regionais de Promoção da Saúde no intento de possibilitar discussões e planejamento de ações com vistas a cuidar da saúde individual e coletiva. E nelas nota-se um crescente incentivo aos conceitos mais integrais e, em especial, ao de promoção da saúde.

Em linhas gerais, a noção de promoção da saúde visa ações de melhoria da qualidade de vida. É uma estratégia de produção de saúde, que articulada com as políticas do sistema de saúde brasileiro, coopera na construção de ações que atendam às necessidades sociais em saúde (BRASIL, 2006).

A Carta de Ottawa delimitou os principais elementos discursivos do movimento da promoção da saúde tais como: integração da saúde como parte de políticas públicas saudáveis, atuação da comunidade na gestão do sistema de saúde, reorientação dos sistemas de saúde e ênfase na mudança dos estilos de vida (ALMEIDA FILHO, 2011).

A saúde é resultado dos modos de organização da produção, do trabalho e da sociedade em determinado contexto histórico. O processo de transformação da sociedade é também o processo de transformação da saúde e dos problemas sanitários (BRASIL, 2006). Destarte, muitas dimensões interferem na saúde, em particular, as condições econômicas e sociais exercem um efeito importante. Expande-se a noção de determinação da saúde e a este conjunto de fatores que influem na saúde dá-se o nome de

Determinantes Sociais de Saúde (DSS).

Em 13 de março de 2006, por meio do Decreto Presidencial, foi instituída a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). A criação da CNDSS é uma resposta ao movimento global, desencadeado pela OMS, que em março de 2005 institucionalizou a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (*Commission on Social Determinants of Health* - CSDH). O objetivo principal desta comissão era promover, em âmbito internacional, uma sensibilização sobre a importância dos determinantes sociais na situação de saúde de indivíduos e populações e sobre a necessidade do combate às iniquidades de saúde por eles geradas (PELLEGRINI; BUSS, 2010, p.87).

As atividades da CNDSS têm como referência o conceito de saúde, tal como a concebe a OMS - “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade” - e o preceito constitucional de reconhecer a saúde como um “direito de todos e dever do Estado”. Tal aspecto corrobora o conceito de saúde direciona as políticas públicas e o modo de executá-las. Entretanto, nos grupos sociais, são as representações sobre a saúde que orientam as conversações e as práticas do cotidiano. A exploração das representações sociais permite o contato com imagens e conteúdos que expressam, de certa forma, as necessidades de saúde sentidas pelas pessoas (TEIXEIRA; SCHULZE; CAMARGO, 2002).

Pode-se dizer que os conceitos sobre o que é a saúde variam amplamente, pois são moldados pelas experiências de vida, pelos conhecimentos, pelos valores e pelas expectativas dos grupos, assim como, pela percepção do que esperam fazer no seu dia-a-dia e ainda pela condição que precisam para realizar os papéis com sucesso, pelo que a comunidade onde estão inseridos espera deles. Os conceitos de saúde são fortemente influenciados pelas condições socioculturais do meio no qual vivemos (CARVALHO; CARVALHO, 2010).

1.2 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE SAÚDE

Para entender quais concepções as pessoas têm da saúde, o que dependem e em que diferem das definições oficiais, Arruda (2002) sugere partir pelo menos em duas direções: a do contexto e do sujeito, a fim de chegar a um

destino: o sentido. Esses pontos de partida convergem para poder explicar comportamentos e simbolizações.

Refere-se a características relevantes nos estudos de Representação Social, os quais focalizam nas práticas e conversações, que podem influenciar nas representações e vice-versa. Ainda que não tenham sido encontrados estudos com estudantes de enfermagem e a lógica desta pesquisa, outros estudos de RS sobre saúde contribuem apresentando quais são as representações circulantes acerca deste objeto.

Na década de 1990, realizou-se uma pesquisa com mulheres de um bairro de baixa renda da Paraíba com vistas a identificar as RSs sobre saúde. Para estas mulheres a saúde era vista como um bem precioso, iluminando-as ou fortalecendo-as para lutar por ela e enfrentar tudo. Com relação à origem da saúde, todas as entrevistadas acreditavam que vinha de Deus, seja sob a forma de mistério ou de recompensa (“é um dom de Deus: quem tem, tem. Quem não tem, paciência”). Em contrapartida, a doença era vista como algo enigmático, não se sabendo de onde era sua gênese (ARRUDA, 1994).

Já os imigrantes brasileiros residentes em Lisboa despontam a saúde nas dimensões psico-afetiva e sócio-interacional. O estudo objetivou apreender as representações sociais sobre saúde e imigrante. A produção dos dados ocorreu por meio da técnica de evocação livre, utilizando a palavra indutora “saúde”, com 100 participantes de ambos os sexos. Os elementos de maior frequência e prontamente evocados, núcleo central das RSs, foram saúde na dimensão de **atendimento** associado ao desejo que seja de **boa** qualidade, com a presença da figura do **médico**. Na perspectiva psico-afetiva, a saúde ainda é capaz de assegurar **alegria, alimentação e vida** (PAREDES MOREIRA *et. al*, 2007).

Já os elementos do sistema periférico organizaram uma dimensão sócio-interacional. Os imigrantes relataram a *relevância* dos **amigos** no **dia-a-dia**, nos momentos de **lazer**, em particular aqueles de seu **país (Brasil)**, e como o **descanso é importante** para a manutenção da saúde (PAREDES MOREIRA *et. al*, 2007).

Pesquisa de Oliveira (2009) identificou os aspectos psico-socio-econômicos e culturais das representações sociais de saúde e doença pelos índios Potiguaras, por meio de 55 entrevistas com índios de uma aldeia da

Paraíba.

A análise dos dados por meio do Alceste gerou quatro classes. A classe dois, nomeada contextos de saúde, apresenta palavras semelhantes às aquelas evocadas no estudo anteriormente mencionado com imigrantes brasileiros. Os participantes estabeleceram relação entre situação de saúde e atividades diárias reforçando nos discursos as palavras: alimentação, atende, serviço de saúde, casa, gosto, família, boa, satisfeito, comemoração, condição de vida, hábito, lazer, triste, viver e entre outras. Toda essa conjuntura é contextualizada pelos valores, formas de entender a vida, símbolos e normas pelos quais os índios vêm definindo em suas experiências ao longo de suas vidas em seus espaços sociais (OLIVEIRA, 2009).

Em linhas gerais os resultados evidenciam que os índios Potiguara construíram RSs para a saúde e doença, vinculadas às necessidades básicas como alimentação, acesso aos serviços de saúde, ocupação, trabalho, lazer, moradia e transporte. A dimensão das representações sociais se dá no momento em que eles atribuem conceitos do que é ser ou estar doente ou o que é ser ou estar saudável (OLIVEIRA, 2009). Ainda concebem saúde e doença como integrantes de um mesmo processo combinado de fatores econômicos, culturais e sociais. No entanto, o exemplo a seguir apresenta a oposição que estabelecem entre saúde e doença:

Saúde é quando a pessoa está alegre, sempre pronta para trabalhar [...] a doença deixa pessoa acamado [...] Saúde é quando podemos trabalhar, doença impede a gente trabalhar porque ficamos acamados [...] Saúde é quando não sentimos nada, e a doença deixa a gente acamado [...] Saúde é ter condições de trabalhar e a doença deixa acamado [...] Só digo quando está doente, quando a pessoa não pode trabalhar mesmo e a saúde é quando ele pode trabalhar todos os dias, está bem disposto[...]Meu estado de saúde está bom, porque todo dia eu trabalho[...] (OLIVEIRA, 2009 p.95).

As RSs de idosos sobre saúde podem ser contempladas na investigação de Tura *et. al* (2011) realizada com 89 idosos de dois municípios situados no oeste do estado do Pará, na proximidade da rodovia BR-163. Os autores utilizaram a abordagem estrutural com adoção do termo indutor “saúde” e um questionário com respostas abertas e fechadas com vistas a traçar o perfil sociodemográfico e as RSs em saúde.

No sistema central os principais organizadores dessa representação é o “médico” seguido de “hospital”. Enquanto o sistema periférico foi formado pelos elementos “profissionais”, “prevenção”, “disposição” e “dinheiro”. Na periferia próxima aparecem palavras sem relação direta com a prestação de serviços assistenciais, tais como: “bem-estar”, “alegria”, “vida” e “alimentação”. As cinco principais fontes de aprendizado dos saberes e práticas são: experiência pessoal (25,6%), médicos (20,5%), pais (13,2%), televisão (8,4%) e escola (6,0%). Para os autores, o médico é o elemento que estrutura o núcleo central e os dados apontam que no cuidado a saúde o lugar do fator relacional tem destaque para os idosos. Ainda pressupõem que os resultados da construção de sentidos do que seja saúde obtiveram influência da falta de infraestrutura assistencial (TURA *et. al.* 2011).

Para 1.843 adolescentes de 12 a 18 anos distribuídos em dez áreas programáticas do município do Rio de Janeiro o núcleo central das representações sociais sobre saúde compõe-se dos termos: importante, médico, hospital e alimentação. O primeiro ressalta a valorização do tema para o grupo. O médico aparece como o profissional de destaque no sistema de saúde e o hospital o local da realização do cuidado e/ou recuperação da própria saúde. Já a alimentação pode ser compreendida como a prática sob o domínio dos adolescentes, uma preocupação positiva que permite o cuidado com a vida, em especial, com o corpo quando “bem” realizada (CROMACK; BURSZTYN; TURA, 2009).

Na infância, as crianças utilizam aspectos subjetivos como paz e alegria para definir saúde (COLUSSI, 2009), resultado esse oriundo da análise de 33 entrevistas e de desenhos feitos por crianças entre sete e doze anos. Detendo-se a saúde, as crianças apontam o valor dos relacionamentos como aspecto importante para definir a saúde e para se estabelecer que uma pessoa tem saúde. Definem que “é ficar alegre”, “ter paz com os pais” ou “estar com saúde é viver bem” (COLUSSI, 2009 p.72).

Cerca de 12% apresentaram a saúde como a realização de atividades, sendo elas, jogar bola, soltar pipa, ir a escola, passear e brincar de modo geral. Para essas crianças ser saudável é não ter o hábito de usar substâncias como álcool, drogas ou cigarro. Todavia, ainda estão presentes representações de saúde com caráter reducionista, a capacidade de realizar determinadas tarefas

que quando doentes não conseguem (COLUSSI, 2009).

Compreender as RS sobre saúde de outros grupos pode amparar o reconhecimento de como estas representações se constroem no contexto social. Pode-se perceber que nos diferentes grupos há elementos de similaridade. Tal fato ocorre porque as representações emergem do senso comum, se dão nas conversações, nos espaços que todos de certo modo podem fazer parte.

Em face deste complexo histórico que envolve a conceituação e representação social da saúde, e sendo a enfermagem uma profissão que visa o cuidado, a promoção da saúde, o conforto e bem-estar das pessoas, questiona-se: que representações sociais de saúde os estudantes de graduação em enfermagem possuem no início e no final da graduação? Quais construtos que estas representações expressam?

O tema da saúde se insere como um fenômeno de representação social uma vez que circula no cotidiano dos estudantes de Enfermagem e que os saberes, sentidos construídos por eles sobre saúde podem orientar suas ações/attitudes, ou seja, guiar as suas práticas. Nesse sentido, cumpre-se um dos requisitos para se afirmar que um objeto gera representações sociais, uma vez que estas se constituem como um saber prático, que surgem mediante objetos socialmente relevantes que são capazes de mudar o comportamento dos indivíduos, logo, o objeto de representação social deve ter relevância social para o grupo (SÁ, 1998).

É necessária uma situação de debate e controvérsia na sociedade para que uma representação social seja estruturada e organizada (WAGNER, 1998). A própria historicidade do conceito e mudanças sofridas são aspectos relevantes para a formação e manutenção das representações existentes. A problemática desta pesquisa está relacionada ao modo de pensar e de agir dos estudantes de enfermagem da fase inicial e final do curso frente a saúde, pois, com as variações que a literatura aponta sobre o que é saúde no decorrer da história, as representações podem estar alicerçadas em diferentes modelos de conceber a saúde.

À luz da Teoria das Representações Sociais entende-se que o modo de pensar dos estudantes sobre a saúde podem orientar as práticas de cuidado de enfermagem assumidas por eles, tanto no planejamento das ações quanto no

atendimento direto dos usuários. Portanto, esta pesquisa tem como objeto a saúde, que será investigado à luz das representações sociais construídas por estudantes de graduação, e visa atender os seguintes objetivos:

1. Caracterizar as representações sociais dos iniciantes e concluintes do curso de graduação em enfermagem sobre saúde;
2. Analisar os modelos de conceber a saúde nas representações identificadas.

1.2 JUSTIFICATIVAS E RELEVÂNCIA DA PESQUISA

Considera-se que a pesquisa se justifica porque conhecer as representações sociais de estudantes de graduação em enfermagem sobre saúde importa para se compreender como vem se dando as ações de promoção e de tratamento da saúde das pessoas, em particular, no âmbito da enfermagem. Para embasar tal justificativa, investiu-se no conhecimento das produções científicas acerca do que os estudantes de graduação em enfermagem compreendem sobre saúde, com foco nas construções e sentidos estabelecidos sem deter-se em situações/patologias específicas. Para tanto, realizou-se um levantamento com vistas a identificar o estado da arte do conhecimento sobre o tema.

A investigação foi realizada no mês de novembro de 2015 em periódicos nacionais e internacionais, indexados nas bases de dados: LILACS - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, MEDLINE®- *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*, BDEF- Base de dados em Enfermagem, IBECS- *Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud* através do Portal da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Pelo Portal de Periódicos Capes foi possível acessar a base SCOPUS. O levantamento também foi efetuado na biblioteca Scielo – *Scientific Electronic Library Online*.

Foi elaborada como questão “Quais as construções e sentidos que os estudantes de enfermagem têm sobre saúde?” Para a efetivação da busca, empregou-se os operadores booleanos *and* e *or* associados a uma seleção de descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings* (MeSHTerms), respectivamente, enfermeiros or estudantes de enfermagem

and saúde ou *nurses or nursing students and health*. O descritor “enfermeiros” abarcou esta seleção com vistas a ampliar a captura de possíveis produções que abordassem a temática saúde tanto sob a perspectiva do estudante de graduação em enfermagem quanto do profissional.

Inicialmente, o recorte temporal compreendeu o período de 2010 a 2015. Entretanto, não foram encontrados estudos com vínculo temático, por isso, em uma nova busca não se delimitou o recorte temporal. Tal procedimento tornou-se favorável para visualizar as produções no decorrer do tempo, visto as variadas mudanças do conceito de saúde. Os critérios de inclusão estabelecidos foram: artigos *on-line* que incluíssem a temática e estivessem no formato de texto completo, nos idiomas português, inglês e espanhol. A exclusão ocorreu com aqueles artigos que não contemplavam os critérios supracitados ou cujo conteúdo não possuísse vínculo temático com a pesquisa, mesmo que tenham sido encontrados a partir da seleção dos descritores.

Os resultados foram: no LILACS encontrou-se três estudos; na BDEF foram encontrados os mesmos três estudos da LILACS; na MEDLINE 20 artigos encontrados. Na SciELO, 223 estudos. Enquanto na IBESCS nenhum estudo.

Foram encontrados nas bases de dados selecionadas a partir do portal BVS: 246 estudos. Porém, ao aplicar os critérios de inclusão e exclusão não encontrou-se artigos. Os artigos com vínculo temático majoritariamente são das décadas de 1980 ou 1990, porém não estavam disponíveis para leitura. Os demais estudos não versavam sobre as construções/sentidos acerca da saúde.

Para a realização da busca na SCOPUS a partir do cruzamento dos *MeSH Terms* foram acrescentados na seleção as palavras-chave *social psychology* ou *social representation* com o objetivo de focar a busca uma vez que sem adição, milhares de estudos abrangeram a amostra inviabilizando a leitura de todos os estudos encontrados, em face do tempo disponível para a pesquisa. Com o cruzamento de *nurses or nursing students and health and social psychology* foram encontrados 672 estudos.

Para possibilitar a leitura dos resultados provenientes desta primeira combinação foi realizada nova busca inserindo o operador booleano *and not* seguido de descritores pré-estabelecidos após leitura prévia de alguns títulos frequentes, porém sem pertinência para este levantamento. Os descritores

selecionados foram: saúde mental, idoso, pediatria, medicina, criança, adolescente, HIV e identidade. Esta estratégia foi adotada no intuito de permitir a leitura, *a priori*, de todos os títulos das pesquisas encontradas na busca para posterior análise dos resumos e/ou texto completo dos artigos de interesse temático.

Tal procedimento reduziu o quantitativo para 86 estudos. Após leitura do título e resumo com aplicação dos critérios de inclusão e exclusão nenhum artigo foi selecionado. Já na segunda combinação aplicada nesta base de dados: *nurses or nursing students and health and social representation* foram capturados 52 artigos. Os estudos expuseram majoritariamente as representações sociais dos enfermeiros seguido dos estudantes de enfermagem frente ao enfrentamento ou assistência a situações patológicas e/ou específicas, tais como: AIDS/HIV, câncer, tuberculose, transtornos mentais, trabalho noturno, violência contra a mulher entre outros.

Deste total, apenas um artigo atendeu a todos os critérios de inclusão pré-estabelecidos e a lógica da questão elaborada para busca: identificar a concepção/sentidos dos estudantes de graduação em enfermagem sobre saúde. O artigo encontrado a partir deste levantamento aponta como objetivo: comparar as concepções sobre promoção e educação para saúde veiculadas nos cursos de medicina, enfermagem, ensino pré-escolar, ensino básico e serviço social.

O autor utilizou o Teste de Evocação Livre para produção dos dados. A palavra indutora foi “saúde” e as cinco palavras mais evocadas pelo total da amostra foram: “Bem-estar”, “Hospital”, “Doença”, “Médicos” e “Enfermeiros” (por ordem decrescente). As palavras evocadas são aquelas que agregam sentidos da saúde, pois foram geradas a partir do termo indutor. Mesmo que tenha surgido o conceito “Bem-estar”, foi visto que a concepção do conceito de saúde destes alunos é dominada pelo modelo hospitalocêntrico (CARVALHO; CARVALHO, 2010).

A análise dos resultados mostra que a predominância destas palavras evocadas poderá estar ligada a uma visão reducionista dos determinantes de saúde, centrada na técnica em si e nas unidades de saúde, deixando de fora os determinantes de saúde (CARVALHO; CARVALHO, 2010). Para os autores, esta concepção encontra-se bem ancorada no modelo biomédico de saúde, e

parece ter um caráter fortemente social e cultural. Logo, é necessário realizar outros estudos, principalmente com técnicas que permitam a contextualização sociocultural da formação das representações.

Este artigo captado no levantamento do estado da arte culmina com a recomendação de que se ampliem os estudos pesquisando-se o tema junto aos estudantes. Reitera-se a importância desta pesquisa-dissertação como um tema necessário para a formação do estudante, pois a partir das RSs sobre saúde é possível explorar/analisar como balizam a prática e o cuidado, em particular, de enfermagem.

Esta pesquisa tem potencial de promover as interfaces existentes entre saúde e educação em enfermagem uma vez que os estudantes de enfermagem, futuros enfermeiros, manejam este fenômeno no cotidiano de sua ação profissional. Sendo assim, permitirá identificar a significação dos conceitos saúde para o estabelecimento da mesma.

Possibilidade também em contribuir para a área de conhecimento da Enfermagem fundamental uma vez que os resultados apresentados para as instituições que servirão como campo de estudo poderão contribuir para a formação do enfermeiro. O tema “Saúde” possui relevância acadêmica na formação de enfermeiros, trata-se de um conceito que integra o metaparadigma da enfermagem, guia as ações e as práticas de cuidado destes profissionais, estando transversalmente em todos os momentos e campos durante o curso.

A apresentação dos resultados parciais e finais desta pesquisa em eventos científicos e publicações poderá contribuir para a construção de conhecimento sobre o tema, tanto para professores e enfermeiros quanto para estudantes de Enfermagem. Como este estudo está inserido na linha de pesquisa de Fundamentos do Cuidado de Enfermagem, há possibilidade de produzir conhecimento para o campo conceitual e prático do cuidado de Enfermagem.

CAPÍTULO II

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 CONSIDERAÇÕES ACERCA DA TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

O conceito de representação social (RS) foi proposto em 1961, por Serge Moscovici, em seu estudo de doutoramento o qual se dedicou as RS sobre a Psicanálise. De acordo com o autor, as representações têm a função de criar convenções sobre os objetos para que sejam compartilhados pela comunidade (MOSCOVICI, 2003). Não se limita como uma teorização, mas sim é caracterizada como forma de saber prático que liga um sujeito a um objeto (JODELET, 2001).

A representação social é o conjunto de valores, ideias e conceitos que se formam num grupo de indivíduos. Este conjunto é de grande importância, visto que as representações sociais influenciam na conduta das pessoas (ALVES-MAZZOTI, 1996). As representações sociais estabelecem relações entre indivíduo e sociedade, sendo “entidades quase tangíveis. Elas circulam, cruzam-se e se cristalizam incessantemente através de uma fala, um gesto, um encontro, em nosso universo cotidiano” (MOSCOVICI, 2012, p. 39)

A Teoria das Representações Sociais, conforme descrita por Moscovici, organiza os fenômenos complexos, espalhados socialmente, de maneira que sejam simplificados e tornem-se de compreensão mais fácil através da teoria (SÁ, 1998). Trata-se, portanto, de um saber prático que auxilia as pessoas a se comunicarem com o mundo. Logo, a matéria-prima da representação social é a palavra e o modo como as pessoas as utilizam.

A TRS considera a existência de duas formas de conhecimento: o científico e o consensual, cada um sendo capaz de gerar seu próprio universo. O primeiro ocupa o espaço científico enquanto o segundo se apresenta no cotidiano. Não há uma relação de hierarquia, sobreposição de um saber ao outro, porém possuem propósitos diferentes e linguagem específica. No universo consensual todos os sujeitos podem falar sobre todos os temas ao passo que no universo reificado o protagonismo é concedido aos especialistas e *experts* sobre o assunto. As RS são acessadas através dos universos consensuais de pensamento, inteligíveis e modificáveis (ARRUDA, 2002). Ao

se aplicar a TRS faz-se a tradução do conhecimento do senso comum de maneira articulada e explicativa.

À luz da TRS o sujeito é construído no âmbito das relações, ativo e que não pensa individualmente acerca dos objetos, mas sim, juntamente com seu grupo de pertença. Moscovici afirma que as representações sociais são construídas em três dimensões: atitude (tomada de posição em relação a um objeto); informação (quantidade e qualidade do conhecimento a respeito do objeto social) e campo da representação (estrutura que organiza e hierarquiza os elementos da informação apreendida e reelaborada). A análise dessas dimensões possibilita entender a formação das RSs nos grupos sociais e as comparações de seus conteúdos (ALMEIDA; SANTOS, 2005).

A RS possui uma face figurativa e uma face simbólica, em que cada figura corresponde a um sentido e cada sentido a uma figura (MOSCOVICI, 2012). Os processos envolvidos nas RSs têm como função destacar uma figura dando-lhe significado, integrando ao universo dos sujeitos. Dois processos dão origem as RS: a objetivação e a ancoragem.

Na objetivação há passagem de conceitos ou ideias até então abstratas para imagens concretas, de modo a esclarecer como se estrutura o conhecimento do objeto. Na ancoragem ocorre a constituição de uma rede de significados relacionando o objeto a valores e práticas sociais. Ela dá sentido ao objeto que se apresenta à nossa compreensão (MOSCOVICI, 2012). Na ancoragem, o não familiar, o novo, ganha sentido na experiência prévia do sujeito levando-o a sua compreensão. Por meio do entendimento desses dois processos é possível compreender como o funcionamento do sistema cognitivo influencia o social e o contrário também acontece (MOSCOVICI, 2012).

Para Wagner (1998), as representações sociais indicam um fenômeno específico de grupos. Estes grupos podem ser nominais ou reflexivos. Os grupos chamados reflexivos são aqueles cujos membros efetivamente se definem como integrantes de um grupo e conhecem os limites e critérios para definir quem participa do grupo ou não. Já os grupos nominais são definidos arbitrariamente por um observador externo (por exemplo, o pesquisador), independentemente do reconhecimento de pertença grupal pelos membros.

A teoria continuou a ser desenvolvida por Denise Jodelet, em suas pesquisas sobre o corpo e a loucura, contribuindo para o conceito de RS

quando afirma ser as representações sociais “uma forma de conhecimento socialmente elaborado e compartilhado, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social” (JODELET, 2001 p.22). A autora investiu na descrição da abordagem processual de estudo das representações sociais.

De acordo com Jodetel (1989), um estudo de representações sociais deve abordar: “Quem sabe e de onde sabe?” “O que e como sabe?” “Sobre o que se sabe e com que efeito?”, ou seja, investigar os produtores, a origem, os processos de construção e a função prática do conhecimento. As definições partilhadas num mesmo grupo social farão com que esses possuam um consenso sobre determinado objeto, que poderá entrar em conflito com outros grupos. Tal consenso determina as ações e as trocas cotidianas, mostrando uma das funcionalidades das RS e sua dinâmica social (JODELET, 2001).

Além da abordagem processual, outras abordagens foram desenvolvidas nos estudos de representação social, como a societal liderada por Willem Doise. Em 1976 Jean Claude Abric desenvolve a abordagem estrutural, mais centrada nos processos cognitivos. Esta última abordagem organizou-se sob o enfoque da Teoria do Núcleo Central e investe mais no estudo da estrutura e funcionamento das representações sociais (WACHELKE, 2012 p.4).

A Teoria do Núcleo Central é composta por dois sistemas: o central e o periférico, complementares entre si. O sistema central é constituído por elementos que dão significado a representação. O núcleo central (NC) é o elemento através do qual se cria ou se transforma o significado dos outros elementos constitutivos da representação (função geradora), ao mesmo tempo, a função organizadora une os elementos da representação, sendo, portanto, o ponto unificador e estabilizador. A função estabilizadora atribui estabilidade à representação social do objeto (SÁ, 1996; ABRIC, 2000, 2001).

O NC será na representação o elemento que mais vai resistir à mudança e sua modificação proporciona uma alteração completa da representação. As Representações são diferentes porque são organizadas ao redor de núcleos centrais diferentes. Ele constitui a base comum coletivamente partilhada das representações sociais. Tem função consensual e por ele se forma e delimita a homogeneidade de um grupo. É o levantamento do NC que permite uma comparação das representações (ABRIC, 1994).

O núcleo central pode possuir duas dimensões: uma funcional e outra normativa. A dimensão funcional tem uma finalidade operatória, os elementos do núcleo central se constituem como essenciais para a realização das tarefas. A dimensão normativa orienta para a avaliação ou julgamento relacionando com as dimensões socioafetivas, sociais ou ideológicas (SÁ, 1996)

Já o sistema periférico promove a interface entre a realidade concreta e o sistema central, é dependente do contexto e permite que a representação ancore na realidade do momento. É classificado como mais flexível, pois permite integrar conhecimentos e histórias individuais. Seus componentes são mais acessíveis e concretos e respondem por três funções: concretização, regulação e defesa (ABRIC, 1994).

A primeira função permite a concretização do núcleo central ao que se refere à tomada de posição ou condutas. A segunda regula o NC às situações concretas e constrangimentos confrontados pelo grupo. Por fim, a terceira função permite alguma modulação individual da representação (ABRIC, 1994). Neste íterim, “as funções das representações sociais fornecem conhecimento sobre o objeto para o grupo, mantém a identidade grupal, guia ações e práticas acerca do objeto, e justifica essas práticas” (WACHELKE, 2012, p.5).

Vale ressaltar que a representação social não é patrimônio de uma área e/ou grupo em particular (ARRUDA, 2002). Trata-se de uma ferramenta diligente para a área da saúde, pois através da mesma é possível descobrir quais são os sentidos atribuídos pelo indivíduo em relação à sociedade e às experiências nela vivenciadas.

CAPÍTULO III

3 BASES METODOLÓGICAS

3.1 NATUREZA E TIPO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo com abordagem quanti-qualitativa, exploratória e com aplicação da Teoria das Representações Sociais utilizando a abordagem estrutural conforme proposta por Abric (ABRIC, 2000). A pesquisa de RS trabalha com o significado e com a interpretação, mas não recusa o emprego da quantidade (ARRUDA, 2002).

3.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A população desta pesquisa foi composta por 172 estudantes de graduação em Enfermagem de duas Universidades públicas do estado do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN-UFRJ) e Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC-UFF). A amostragem foi composta por dois grupos: aqueles que estavam no primeiro semestre do curso e o grupo em via de finalizar a graduação, último período, de ambas as universidades.

A escolha por estes estudantes das extremidades do curso partiu do pressuposto que o iniciante constroi o saber sobre a saúde baseado, majoritariamente, no conhecimento do senso comum, universo consensual, não profissional, sobressaindo-se ao conhecimento científico que o circunda. Enquanto que os concluintes, já em contato com o conhecimento científico e com as experiências em diversos cenários da prática de enfermagem no decorrer do curso, podem ter formação de outras representações acerca do objeto ou até as mesmas dos recém-ingressos. Essa comparação entre os grupos permite evidenciar diferenças, convergências e divergências (ARRUDA, 2002).

A estimativa de trabalhar com aproximadamente 50 estudantes de enfermagem de cada um destes períodos de ambas as universidades foi alcançada, exceto no último período da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa. Tal fato ocorreu devido a dispersão do grupo nos diferentes cenários de estágio curricular e a dificuldade de contato com os estudantes

uma vez que a carga horária em sala de aula é infima na finalização do curso. Houve ainda o enfrentamento de algumas paralisações até culminar no período de greve nas universidades federais. Sendo assim, as tentativas para produção dos dados com os estudantes do último (nono) período não obteve êxito.

No entanto, a partir da análise curricular e diálogo com a coordenação do curso da referida universidade foi visto que no oitavo período concluem-se, majoritariamente, as disciplinas, restando somente o cumprimento de carga horária prática. Logo, devido as limitações supracitadas e para que a produção de dados fosse suficiente em quantidade e qualidade, assim como proposto no delineamento do estudo, foi realizada a produção dos dados com 22 estudantes de graduação em enfermagem do oitavo período.

Os critérios de inclusão estabelecidos foram estudantes de Enfermagem devidamente matriculados independente da idade, ambos os sexos, que estivessem cursando o primeiro ou último período do curso, com comunicação verbal e cognição preservada, que não tivessem realizado qualquer etapa curricular em outra universidade. Os estudantes com formação de enfermagem em nível técnico ou auxiliar foram incluídos no grupo de participantes. Aqueles que estavam afastados devido a problemas de saúde ou ausentes na etapa de produção dos dados foram automaticamente excluídos.

3.3. CAMPOS DO ESTUDO

A escolha pela Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da Universidade Federal do Rio de Janeiro e Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC) da Universidade Federal Fluminense se deu de maneira a selecionar uma amostra de 50% das universidades públicas localizadas no Rio de Janeiro. De um total de quatro, optou-se por uma da capital e uma localizada em outro município.

Na EEAN, as atividades de graduação são desenvolvidas no bairro da Cidade Nova, no prédio Pavilhão de Aulas (PA) e anexos; e no Campus da Cidade Universitária no Centro de Ciências da Saúde (CCS). O curso é composto por oito períodos, organizados em cinco etapas curriculares as quais agregam 13 programas curriculares interdepartamentais. A primeira etapa, “A Saúde como estilo de vida”, é composta de três períodos letivos, sendo cada

um deles constituído de um programa curricular interdepartamental (PCI). O primeiro PCI nomeado “A Criança, A Escola e Eu” tem foco na saúde de escolares, principalmente crianças frequentadoras do ensino fundamental. No segundo período a atenção também é voltada para os estudantes matriculados na rede pública, entretanto adolescentes, cujo programa é denominado “A saúde dos jovens e eu”. A primeira etapa encerra-se no terceiro período, “A saúde das pessoas que trabalham”, com abordagem direcionada aos adultos/trabalhadores.

O quarto período compõe a segunda etapa - “Enfermagem na Saúde Individual e Coletiva”- com existência de dois programas: “Enfermagem nos cuidados básicos de saúde” (PCI IV) e “Cuidados de Enfermagem a Família Expectante” (PCI V). O primeiro permite que os estudantes desenvolvam atividades no âmbito da saúde pública, em especial, sala de imunização, consulta de enfermagem aos portadores de diabetes mellitus e hipertensão arterial. Já o outro, desenvolve a assistência de enfermagem à mulher no ciclo gravídico-puerperal.

A terceira etapa - “Enfermagem em situações hospitalares”- abrange quatro programas alocados em dois períodos letivos: o quinto e o sexto períodos. Nesta etapa há a inserção dos estudantes no ambiente hospitalar para assistência de baixa complexidade no PCI VI, denominado “Cuidado de enfermagem à Família com Problemas de Saúde” e no PCI VII , denominado “Cuidado de enfermagem ao cliente hospitalizado I”. No período subsequente, os estudantes desenvolvem cuidado de média e maior complexidade nos PCI VIII -“Cuidado de enfermagem ao cliente hospitalizado II” - e PCI IX -“Cuidado de enfermagem ao cliente hospitalizado III”.

A quarta etapa denomina-se “A arte de prestar Assistência de Enfermagem a Pessoas com Dificuldades de Integração” e desenvolve-se em um semestre, agregando dois programas: “Cuidados de enfermagem a pessoas em processo de reabilitação I”, que centra-se na atenção dos indivíduos portadores de transtornos mentais; no programa “Cuidados de enfermagem a pessoas em processo de reabilitação II” a assistência de enfermagem se volta aos que demandam reabilitação física.

A última etapa, quinta, “O Profissional de Enfermagem e a Saúde da Comunidade”, é constituída somente pelo oitavo período. É estabelecido que

os estudantes realizem um diagnóstico de saúde de uma micro-região, desenvolvam ações na atenção básica em unidade de saúde da família, executem atividades de gerência na área hospitalar, seniorato junto aos estudantes de graduação dos períodos anteriores, além de cuidar de toda elaboração e execução de um ciclo de debates com algum tema de pertinência para a enfermagem. Os conteúdos teóricos e teórico-práticos estão contidos em todos os períodos, porém vão aprofundando em complexidade. O ciclo com disciplinas básicas da área da saúde é finalizado no quarto semestre.

Os programas curriculares são conduzidos pelas equipes docentes inseridas nos departamentos de ensino aonde estão vinculados. Atualmente, há cinco departamentos: o Departamento de Enfermagem Fundamental (DEF), Departamento de Enfermagem Materno Infantil (DEMI), Departamento de Enfermagem de Saúde Pública (DESP), Departamento de Enfermagem Médico-cirúrgica (DEMC) e o Departamento de Metodologia da Enfermagem (DME).

Já na EEAAC, as atividades são desenvolvidas no Centro do município de Niterói. O curso tem duração mínima de nove períodos letivos, ao término o estudante conquista a titulação de enfermeiro e licenciado em enfermagem. O curso tem como objetivo formar profissional crítico e reflexivo com competência técnico-científica, ético-política, social e educativa, comprometido com a prática social, capaz de identificar as necessidades individuais e coletivas da população e seus determinantes, para intervir no processo saúde-doença, garantindo a qualidade da assistência de enfermagem em todos os níveis de atenção à saúde.

A Escola conta com três departamentos: de Fundamentos de Enfermagem e Administração (MFE), que abrange duas grandes áreas: Fundamentos e gerência de Enfermagem. A primeira área aplica os conhecimentos relacionados aos princípios de enfermagem pautando-se nos embasamentos teórico-filosóficos, metodológicos, tecnológicos e éticos dos cuidados de enfermagem ao indivíduo, família e comunidade. Enquanto a segunda tem ênfase nos paradigmas modernos da administração.

O Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica (MEM) tem como foco o processo de cuidar do cliente adulto ou idoso, nas diversas áreas e complexidade de assistência à saúde: ambulatório, unidades de internação,

centro cirúrgico, terapia intensiva, reabilitação e, também, em assistência domiciliária. Já o Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica (MPE) abrange: a saúde da mulher, inclusive as vivências e cuidados da etapa do período gravídico-puerperal; a saúde da criança e cuidado a ela e família no processo saúde-doença; e a saúde mental, agrupando as políticas e práticas em saúde mental e em Enfermagem.

O Projeto Político-Pedagógico da instituição aponta que um grande desafio é superar a visão fragmentada-fragmentadora do binômio saúde-doença, aluno-professor e relação teoria-prática. O princípio filosófico e sociocultural institucional traz que o conceito de saúde ancora-se na resultante das complexas experiências das relações sociais e condições biológicas, mentais, ambientais e culturais, individualizadas em cada sentir.

Ainda reforça que a qualidade de vida é determinada pela liberdade, justiça social, equidade, acesso a serviços, educação, moradia, trabalho entre outras formas de organização social da produção, mediada na vida cotidiana pela sociabilidade e subjetividade e das demais maneiras de relacionar-se com o outro e com o mundo. Um dos objetivos é formar enfermeiros em consonância com os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde.

A partir da matriz curricular do curso destacam-se algumas disciplinas no decorrer de cada período. No primeiro semestre, há a exploração da história da enfermagem, das ciências humanas e sociais na saúde além das disciplinas denominadas como do ciclo básico. No segundo período, é introduzida a saúde coletiva e a promoção à saúde mental. É dada continuidade aos assuntos da saúde coletiva no terceiro período juntamente com as relações de trabalho em saúde: ética, bioética e legislação.

No quarto período, finda as disciplinas do ciclo básico e o protagonismo é para a disciplina Fundamentos de enfermagem I e II. No quinto período, a abordagem é direcionada ao adulto e idoso. A densidade no sexto período consiste na atuação, cuidado, frente aos diferentes grupos humanos: enfermagem na saúde da mulher, em saúde mental, na saúde da criança e do adolescente, além do gerenciamento da assistência em saúde.

No sétimo período, os estudantes adentram a um novo cenário-enfermagem em unidade de maior complexidade. No penúltimo período do curso, oitavo, realiza-se estágios curriculares e disciplinas de pesquisa e

monografia. O mesmo ocorre no nono período. Ambos com menor carga horária em sala de aula.

Pode-se inferir primariamente que a filosofia destas instituições possibilitam que o estudante durante o curso reflita sobre o que seja saúde, construa saberes e práticas acerca da mesma.

3.4 TÉCNICAS PARA PRODUÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

As pesquisas de RS devem fazer uso de métodos sistemáticos para observar, analisar e compreender o fenômeno do conhecimento do senso comum. Foi aplicada a Técnica de Evocações Livres (TEL) frequentemente utilizadas nas pesquisas com abordagem estrutural. A opção por trabalhar com a TEL permite identificar a estrutura interna e a organização da RS, privilegiando a dimensão cognitiva, com vistas a captar as projeções sobre o objeto de maneira espontânea e imediata (ABRIC, 2001).

A análise dos grupos de estudantes de graduação em enfermagem, do primeiro e último período, possibilita a comparação entre as representações sociais destes grupos, que podem ser distintas caso os conteúdos dos núcleos centrais assim também o sejam.

A coleta das evocações ocorreu por meio de um instrumento impresso de autopreenchimento (APÊNDICE A). A primeira parte continha questões com vistas a caracterizar o perfil psicossociodemográfico, tão necessário para a pesquisa de RS, pois permite reconhecer os grupos de pertença como sugere Jodelet (1989) com a questão: “Quem sabe e de onde sabe”.

Para esta etapa alguns dados foram selecionados. Primeiro aqueles que mostram de onde é que este estudante fala (instituição de ensino e período). Seguido dos dados que caracterizaram sexo, idade, estado marital, nacionalidade, naturalidade e renda familiar. A religião também constou deste questionário, pois inferiu-se que influa diretamente no sistema de crenças e valores do indivíduo. O terceiro subgrupo desta etapa abarcou perguntas voltadas para as atividades desempenhadas pelo estudante, a saber, se é técnico em enfermagem, fez estágio extracurricular ou ainda é bolsista de extensão ou IC. Por fim, no intuito de ter algum elemento que permita investigar a mobilidade social dos grupos, também fez parte desta seleção a escolaridade dos avós e pais.

A segunda etapa do instrumento foi destinada a coleta da evocação livre. O instrumento não apresentava a palavra indutora “saúde”, pois a mesma foi apenas verbalizada no momento da aplicação. Tal atitude é no intuito de captar o que há de espontâneo sobre o tema para que o estudante não elabore respostas “esperadas”, mas responda a sua projeção mental imediata sobre o objeto. A pesquisadora foi a turma de cada período selecionado e apresentou todas as orientações prévias, inclusive, realizando uma dramatização (teste) para a familiarização com a técnica utilizando outro termo indutor de caráter mais lúdico. Nas quatro turmas selecionadas o instrumento foi aplicado de maneira coletiva e pela pesquisadora proponente deste estudo.

A pergunta presente no instrumento solicitava que o estudante escrevesse as quatro primeiras palavras que lhe viessem à cabeça quando ouvia falar saúde. Este quantitativo delimitado de palavras para cada participante foi para que não ocorresse um declínio na rapidez das respostas, comprometendo o caráter de naturalidade proposto pela técnica.

Foi solicitado que o participante marcasse com um “X” as duas palavras avaliadas como mais importantes segundo seu julgamento. As palavras assinaladas como mais relevantes ao termo associado não conferem um peso, valor matemático à evocação, mas possibilita ao pesquisador verificar quais palavras tiveram grande frequência de assinalações e agregá-las a discussão dos resultados. Posteriormente, justificaram a escolha das duas palavras selecionadas.

As justificativas subsidiaram a contextualização dos estudantes sobre o objeto e apoiaram a fase de análise, interpretação e discussão dos resultados. Essas justificativas foram colocadas entre aspas nas seções supracitadas com a identificação alfa-numérica do estudante e gênero. A letra “E” referindo estudante juntamente com “M” se for do sexo masculino ou “F” para feminino, além da numeração correspondente. Estudantes do primeiro período foram classificados dentro do intervalo entre 01-103 e os concluintes, oitavo período, 104-172.

Vale ressaltar que para a manutenção do rigor metodológico desta técnica atentou-se para o local e o momento de realização da produção dos dados. Se antes ou após qual aula, se dentro de um laboratório ou sala de aula convencional partindo do pressuposto que estes aspectos poderiam influir nas

evocações dos estudantes.

Logo, na observância de tais aspectos foi gerenciado junto as instituições e coordenações dia e horário oportunos para a produção dos dados. Em três turmas a produção dos dados ocorreu no início da manhã e em uma turma do primeiro período à tarde. Em todas as circunstâncias em sala de aula convencional e sem qualquer saliência contextual que comprometa os resultados da pesquisa.

As evocações constituíram a *corpora*, evocações do primeiro e oitavo período, para caracterização da estrutura das RS pelo software EVOC (*Ensemble de programmes permettant l'analyse des evocations*), versão de 2003. É um conjunto de programas ordenados para o processamento e análise estatística de evocações. Este programa calcula a frequência simples de cada palavra evocada, bem como a ordem média de evocação e a média das ordens médias de evocação de cada palavra. Sendo assim, o software gera dados quantitativos que permite a formação do quadro de quatro casas, possibilitando análise inferencial e discussão da estrutura das RSs investigadas.

Para a análise do *corpus* pelo programa, a construção do banco de dados deve ser minuciosa. O EVOC possibilita a formação de um banco de dados utilizando o *Office Word ou Excel*, porém o arquivo deve ser salvo no formato “texto sem formatação” (TXT). Neste estudo optou-se pelo *Excel* com criação de uma tabela para cada corpus em que cada linha representa um participante. Todas as palavras foram digitadas em letras minúsculas, inclusive as siglas, e sem acentuação gráfica.

Ocorreu uma padronização e correção dos termos evocados, a saber: substituição das preposições ou espaços das expressões por hífen, uniformização dos termos para singular e mesmo gênero. Oliveira *et.al* (2005) sugerem que as palavras ou expressões diferentes, porém com significados muito próximos, sejam padronizados a fim de que o software as reconheçam como sinônimas e reduza a dispersão de conteúdo. Esta etapa de homogeneização se deu de modo a preservar ao máximo as evocações como dispostas pelos participantes.

Toda digitação foi de maneira sequencial com quebra de linha apenas entre os sujeitos. Optou-se por apenas uma coluna de identificação do sujeito, a correspondente ao número atribuído a cada estudante, uma vez que as

demais caracterizações não apresentaram significância estatística entre os grupos.

Com o intuito de confirmar a centralidade aplicou-se a análise de similitude para verificar a organização interna e explorar a conexidade entre as palavras evocadas. Esta técnica de análise foi introduzida por Claude Flament, com características de adequação a construção de objetos de pesquisa em Representação Social. Esta análise envolve um conjunto de dados pareados ou agrupados obtidos por um método precedente. O índice de similitude é calculado a partir do número de ligações firmadas entre cada par de itens específicos e o número de sujeitos envolvidos, as co-ocorrências (SÁ, 1996).

Uma representação gráfica das conexões entre os elementos de maior soma de valores da aresta, aqueles com maiores índices, formam a árvore máxima de modo a levantar os possíveis elementos centrais de uma representação (SÁ, 1996).

Também foi utilizado um questionário de entrevista (APÊNDICE B) para apoiar a fase de análise e interpretação dos dados. O questionário foi aplicado imediatamente após o teste de evocação livre com todos os estudantes participantes. Este instrumento trazia uma pergunta de múltipla escolha e as demais perguntas abertas com vistas a contemplar os objetivos da pesquisa e permitir caracterizar conhecimentos, crenças, atitudes e práticas sobre o objeto em questão. Foi feita uma análise semântica dos dados produzidos a partir deste instrumento.

A utilização de mais de uma técnica para produção ou análise dos dados confere magnitude e validade. Aconselha-se que as pesquisas de representações sociais possuam abordagem pluri-metodológica haja vista a complexidade dos fenômenos representacionais.

Foi realizado um teste-piloto dos instrumentos com sete acadêmicos de enfermagem da EEAN, cursando do segundo ao sétimo período. Tal procedimento permitiu avaliar a clareza das perguntas assim como a compreensão por parte dos possíveis participantes. A priori, não houve necessidade de modificação de alguma pergunta ou palavra do roteiro ou da ordem das perguntas. Os dados gerados neste teste foram excluídos da fase formal de produção e análise de dados.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto atendeu à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que versa sobre pesquisas com seres humanos sendo aprovado pelo Comitê de Ética de ambas as universidades. Todos os participantes da pesquisa assinaram devidamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C) e o entregaram após a aplicação da Técnica de Evocação Livre.

A entrega do TCLE posteriormente a primeira etapa aconteceu com vistas a não perder o estado de latência ou “contaminar” os dados produzidos uma vez que seu conteúdo apresenta objetivos e elementos acerca do objeto estudado. Em atenção aos princípios da bioética, findada a coleta de evocações, a pesquisadora esclareceu os aspectos relevantes sobre o estudo assim como reforçou o caráter voluntário de participação caso não estivessem de acordo. No entanto, nenhum estudante desistiu de participar da pesquisa.

CAPÍTULO IV

CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDANTES DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Os participantes do estudo foram, conforme mencionado anteriormente, 172 estudantes de graduação em enfermagem, sendo 103 cursando o primeiro e 69 o oitavo período, de duas universidades públicas do Rio de Janeiro. Entre eles, há três estrangeiros no grupo dos novatos.

Tabela 1- Distribuição dos estudantes de graduação em enfermagem conforme instituição e período. Rio de Janeiro, 2015.

Instituição	1º período	8º período
UFRJ	57(33,1%)	47(27,3%)
UFF	46(26,7%)	22(12,8%)
TOTAL	103 (59,9%)	69(40,1%)

Tabela 2- Distribuição dos estudantes de graduação em enfermagem conforme sexo. Rio de Janeiro, 2015

Sexo	1º Período	8º Período	Total
Feminino	87(50,6%)	65(37,8%)	152(88,4%)
Masculino	16(9,3%)	04(2,3%)	20(11,6%)

A maioria dos acadêmicos é do sexo feminino, correspondendo a 88,4% do grupo. Este achado reflete a construção sociohistórica da profissão, majoritariamente, feminina. Tal fato corrobora com o estudo realizado pela FIOCRUZ e COFEN (2013) o qual objetivou traçar o perfil da enfermagem brasileira. Um dos resultados aponta que a equipe de enfermagem, abrangendo auxiliares e técnicos, é predominantemente feminina sendo composta por 84,6% de mulheres em âmbito nacional e 82,3% no Rio de Janeiro.

Para a coordenadora do estudo supracitado, tem ocorrido um processo sensível de masculinização da categoria a partir da década de 1990 (FIOCRUZ; COFEN, 2013). Este processo tem acontecido de maneira

vagarosa haja vista que em 2010 os índices numéricos da composição das diferentes subcategorias da enfermagem formam 87,24% de profissionais do sexo feminino no Brasil e no RJ um percentual de 85% (COFEN, 2011).

Segundo Costa *et. al* (2010), no Brasil as mulheres constituem a maior parte dos estudantes de nível superior. No citado estudo, dentre os profissionais com diploma universitário, 61,7% eram mulheres, representando 95,3% dos nutricionistas, 90,4% dos enfermeiros, 50,9% dos cirurgiões-dentistas e 35,9% dos médicos.

A delimitação identitária da enfermagem como uma profissão que visa o cuidar traz consigo a concepção de uma profissão feminina. Isso se deve aos papéis entendidos como femininos, tais como aqueles vinculados ao cuidar, educar, servir e os percebidos como dom ou vocação (MATOS; TOASI; OLIVEIRA, 2013). A enfermagem, nesse contexto, foi a primeira profissão feminina universitária no Brasil (APERIBENSE; BARREIRA, 2008).

O estudo de Souza *et. al* (2012) realizado com estudantes de enfermagem do 1º e 9º período evidenciou que as divisões sexistas estão presentes e visíveis dentro da profissão. Ainda que o homem tenha conquistado espaço na enfermagem, existe resistência à presença de homens em alguns tipos de práticas que são realizadas por estes profissionais.

No que se refere à idade, foi estabelecido um recorte na faixa etária com limite na fase adulto jovem: aqueles com menos ou igual a 20 anos 11 meses e 29 dias e os com 21 anos ou mais. A tabela a seguir apresenta a distribuição dos estudantes por instituição, período e idade.

Nota-se a prevalência da faixa etária menor de 21 anos (81,5%) no grupo de iniciantes. Estes dados se aproximam de outro estudo cuja variável idade apresentou frequência de 53,6% dos estudantes do primeiro semestre na faixa etária entre 17 - 20 anos (DONATI; ALVES; CAMELO, 2010).

Na vigente pesquisa, todos os concluintes têm idade superior a 21 anos e maior parte até 30 anos. Percebe-se um processo de “juvenilização” ao acesso à universidade. Esta análise deve ocorrer conjuntamente com outros componentes sociais, dentre eles, renda familiar.

Tabela 3- Distribuição dos estudantes de graduação em enfermagem conforme faixa etária. Rio de Janeiro, 2015.

Faixa etária- 1º Período	UFRJ	UFF	Total
Menores de 21 anos	49 (47,6%)	35(33,9%)	84(81,5%)
Igual ou maior que 21 anos	8 (7,8%)	11(10,7%)	19 (18,5%)

Considerando as classes econômicas definidas a partir da renda domiciliar total, com preços de janeiro de 2014, delimita-se: classe E até R\$1.254,00, classe D perpassa entre R\$ 1.255 - 2.004,00, classe C R\$ 2.005 - 8.640,00, classe B R\$ 8.641 - 11.261 e classe A com limite inferior a R\$11.262,00 (BRASIL, 2014).

Optou-se por realizar dois agrupamentos referentes à renda familiar: aqueles com até quatro e os com igual ou mais que quatro salários mínimos. Pode-se dizer que o primeiro grupo, com o devido reajuste salarial de 2015, corresponde até a classe D. Enquanto o segundo grupo, da classe C adiante. A escolha por demarcar estas classes ocorreu pelo fato de possuírem predomínio na população brasileira (BRASIL, 2014).

Tabela 4- Distribuição dos estudantes de graduação em enfermagem conforme renda familiar. Rio de Janeiro, 2015.

Renda	1º período	8º período	Total
Até 4 SM	43 (41,8%)	33(47,9%)	76 (44,1%)
Igual ou maior que 4 SM	29 (28,1%)	22(31,8%)	51 (29,7%)
Não Informado	31 (30,1%)	14(20,3%)	45 (26,2,%)

No grupo dos iniciantes, dentre aqueles que informaram a renda familiar, 41,8% possuem composição de valores até quatro salários mínimos. Um significativo número de estudantes não informou a renda (30, 1%) e o valor máximo no grupo daqueles que possuem rendimento igual ou maior a quatro salários mínimos (28,1%) foi dez mil reais. A configuração de distribuição de renda familiar dos concluintes foi semelhante a dos calouros, conforme apresentada na tabela 4, domínio de rendimento até quatro salários mínimos considerando aqueles que souberam informar.

Segundo o Relatório de Monitoramento de Educação para Todos (UNESCO, 2008), dentro da camada dos 20% mais pobres da população brasileira, aproximadamente 74% dos jovens, entre 15 e 17 anos, estão estudando. A diferença torna-se mais marcante na faixa etária entre 18-24 anos, pois somente 25% estão na condição de estudantes e, destes, menos de 1% cursa o ensino superior.

Em contraste, na camada dos 20% mais ricos é possível encontrar 94,5% estudantes na faixa etária entre 15 e 17 anos e 52,4% com idades entre 18-24 anos, dentre eles, 40,4% estão no ensino superior. Deste modo, o relatório exhibe que os mais pobres se encontram em desvantagem no que se refere à correspondência idade/escolaridade e prosseguimento dos estudos, em particular, obtenção do nível superior (UNESCO, 2008).

É válido observar que a maioria dos estudantes de graduação em enfermagem do 1º período ingressou na graduação com idade inferior a 21 anos. Logo, independente da classe econômica, o grupo ultrapassou a perspectiva no aspecto faixa etária. Entretanto, não é possível fazer uma correlação direta entre renda familiar e acesso à universidade uma vez que muitos não a informaram.

A análise pode avançar por meio de outros componentes sociais tais como capital cultural e social os quais fazem parte. Bourdieu (2008) indica que o capital social se constrói por meio da rede de relações de interconhecimento e de inter-reconhecimento que as pessoas estabelecem em campos de atuação e de vinculação a um grupo com propriedades comuns, unidos por ligações permanentes e úteis.

Entende-se, assim, que o capital social diz respeito à instauração ou manutenção da sociabilidade de um grupo com os aspectos agregadores a ele próprio, sejam materiais ou simbólicos, e a acentuação de diferenças. O indivíduo traz consigo uma herança (social, econômica e cultural). Logo, os estudantes pertencentes a classes mais favorecidas trazem consigo um capital (herança) cultural potencialmente elevado.

Com vistas a identificar a mobilidade social do grupo, solicitou-se que os participantes informassem a escolaridade dos seus ascendentes. Agrupou-se em três categorias o nível de escolaridade dos avós e pais: aqueles com ensino básico, sem ensino básico ou não informado. No Brasil, a etapa básica

é concluída com o ensino médio. A inserção imperativa do ensino médio na educação básica demonstra a relevância política e social que possui (KRAWCZYK, 2011).

A opção por delimitar o ensino básico como etapa de referência deve-se ao fato de ser a que antecede o nível em que os estudantes encontram-se, podendo apresentar análise da ascensão das gerações. Além da obrigatoriedade colocada pelo governo para jovens até dezessete anos ou todos os que a ela não tiveram acesso na idade própria assegurada pela Emenda Constitucional n.º. 59/2009 (BRASIL, 2009).

Alguns estudantes não souberam informar a escolaridade dos avós. Dentre os informados, pode-se observar que o predomínio foi para aqueles que não possuem o ensino básico, perfazendo um total de 139 (avó + avô).

Tabela 5- Distribuição dos estudantes de graduação em enfermagem conforme escolaridade dos avós. Rio de Janeiro, 2015.

Escolaridade avós	1º período		8º período	
	*Avô	Avó	Avô	Avó
Sem ensino básico	29	39	26	37
Com ou mais que o Ensino Básico	25	22	13	11
Não soube informar	40	33	31	22

Em contrapartida, as tabelas a seguir evidenciam que a maioria dos pais e mães em ambos os grupos, primeiro e último período, possuem pelo menos o ensino básico concluído.

Tabela 6- Distribuição dos estudantes de graduação em enfermagem conforme escolaridade dos pais. Rio de Janeiro, 2015.

Escolaridade pais	1º período		8º período	
	*pai	mãe	pai	mãe
Sem ensino básico	24	20	18	18
Com ou mais que o Ensino Básico	60	64	52	52
Não soube informar	18	19	-	-

Krawczyk (2011) reforça que para alguns segmentos sociais, cursar o ensino médio é algo “quase natural”, tanto quanto se alimentar. Porém, há grupos sociais que o ensino médio não faz parte de seu capital cultural, experiência familiar. Nestas camadas, os jovens nem sempre são cobrados ou motivados a darem continuidade aos estudos.

Pode-se perceber que grande parte dos ascendentes mais próximos dos participantes desta pesquisa detém o capital cultural mencionado pelo autor. Ainda podemos inferir que aqueles que não o tem, por quaisquer motivos, possibilitaram uma “ascensão” a sua geração motivando e provendo recursos para permanência e avanço na formação.

Outro ponto de análise é a equivalência encontrada entre homens e mulheres em ambas as gerações (pais e avós). Um comparativo entre os dados censitários de 2010 e 2000 mostrou que a escolaridade das mulheres aumentou em relação à dos homens. No censo demográfico de 2010 do IBGE, no que tange a escolaridade, em todas as faixas etárias as mulheres apresentaram escolarização superior aos homens. A ressalva acontece na faixa etária com 60 anos ou mais. Segundo o IBGE, esta configuração se dá devido à inserção da mulher no mercado de trabalho e conseqüentemente escolarização (IBGE, 2014).

No entanto, pode-se pensar também nas influências dos movimentos sociais femininos nas conquistas dos direitos, sociais e trabalhistas das mulheres, por exemplo, que vem ampliando as oportunidades de inserção e participação social e política.

Os jovens do sexo masculino não seguem para o ensino superior na mesma proporção que as do sexo feminino. Em 2011, havia um contingente maior de mulheres entre os universitários de 18 a 24 anos de idade. Sua proporção supera em 14,1 pontos percentuais a dos homens, representando 57,1% do total de estudantes que frequentam o ensino superior nessa faixa etária (IBGE, 2014).

Observou-se que a maior parte dos estudantes que participou do estudo não vivia com companheiro(a) no momento da produção de dados, conforme tabela 7, a seguir.

Tabela 7- Distribuição dos estudantes de graduação em enfermagem conforme estado marital. Rio de Janeiro, 2015.

Estado marital	1º período	8º período	Total
Vive com companheiro(a)	4 (2,3%)	10 (5,8%)	14 (8,1%)
Não vive com companheiro(a)	99 (57,6%)	59 (34,3%)	158 (91,9%)

Esse achado pode ter relação direta com a escolaridade, a formação em curso e faixa etária. Tem sido crescente o número de jovens que optam por planejar a carreira, dedicar-se aos estudos e especializações para posteriormente pensarem em qualquer instituto formador de família ou partilharem a vida com seu par.

As Estatísticas do Registro Civil em 2010 no Brasil contabilizou 977.620 casamentos. Um aumento de 4,5% no total de registros de casamentos em relação ao ano de 2009. No ano de 1974, a taxa de nupcialidade legal calculada para o Brasil era de 13 casamentos por 1.000 habitantes de 15 anos ou mais de idade. Em 2010, esta taxa foi de 6,6 casamentos para 1 000 habitantes de 15 anos ou mais de idade (IBGE, 2011).

Em relação ao número de estudantes que possuem curso técnico em enfermagem totalizou-se 20 (11,7%). O estudo que traçou o perfil da enfermagem mostra que no Rio de Janeiro, 44,9% dos enfermeiros possuem curso técnico ou auxiliar de Enfermagem antes do de graduação (FIOCRUZ; COFEN 2015).

Tabela 8- Distribuição dos estudantes de graduação em enfermagem com curso técnico em enfermagem. Rio de Janeiro, 2015.

Técnico em enfermagem	1º Período	8º Período	Total
Sim	8 (4,7%)	12 (7%)	20 (11,7%)
Não	95 (55,2%)	54 (31,4%)	149 (86,6%)
Não informado	-	3(1,7%)	3 (1,7%)

Silva e Ribeiro (2012) analisaram o perfil dos candidatos inscritos para o vestibular em 2009 de uma Universidade pública do estado de São Paulo.

Entre os inscritos, 8,3% trabalhavam em tempo integral ao passo que 81% não exerciam nenhuma atividade remunerada. Para os autores a necessidade de inserção no mercado de trabalho afasta um percentual considerável de jovens das perspectivas de continuidade dos estudos no ensino superior nas instituições públicas de ensino (SILVA; RIBEIRO, 2012).

Vale considerar que a amostragem desta dissertação é ínfima comparada ao universo da categoria e ainda não abrange os estudantes das inúmeras universidades privadas. Porém, pode-se inferir, primariamente, que há uma redução no quantitativo de técnicos ou auxiliares ingressando nas universidades públicas devido à estruturação do curso, aulas e estágios distribuídos em horário integral. Logo, parte daqueles que são mantenedores de lares e necessitam de emprego para contribuir na renda familiar ingressam nos cursos privados de modo a viabilizar concomitância entre as tarefas.

Tabela 9- Distribuição dos estudantes de graduação em enfermagem conforme religião e período. Rio de Janeiro, 2015.

Religião	1º período	8º período	Total
Cristã	72(70%)	54(78,2%)	126(73,3%)
Não Cristã	9(8,7%)	5(7,3%)	14(8,1%)
Não Possui	22(21,3%)	10(14,5%)	32(18,6%)

A variável religião foi organizada em três grupos: religiões cristãs, não cristãs e aqueles que não possuem. A partir das religiões referidas pelos estudantes, fez-se a delimitação dos grupos: o primeiro abrangeu católicos, protestantes e Kardecistas; o segundo umbandistas, candomblecistas e judeus e, por fim, aqueles que informaram não possuir religião.

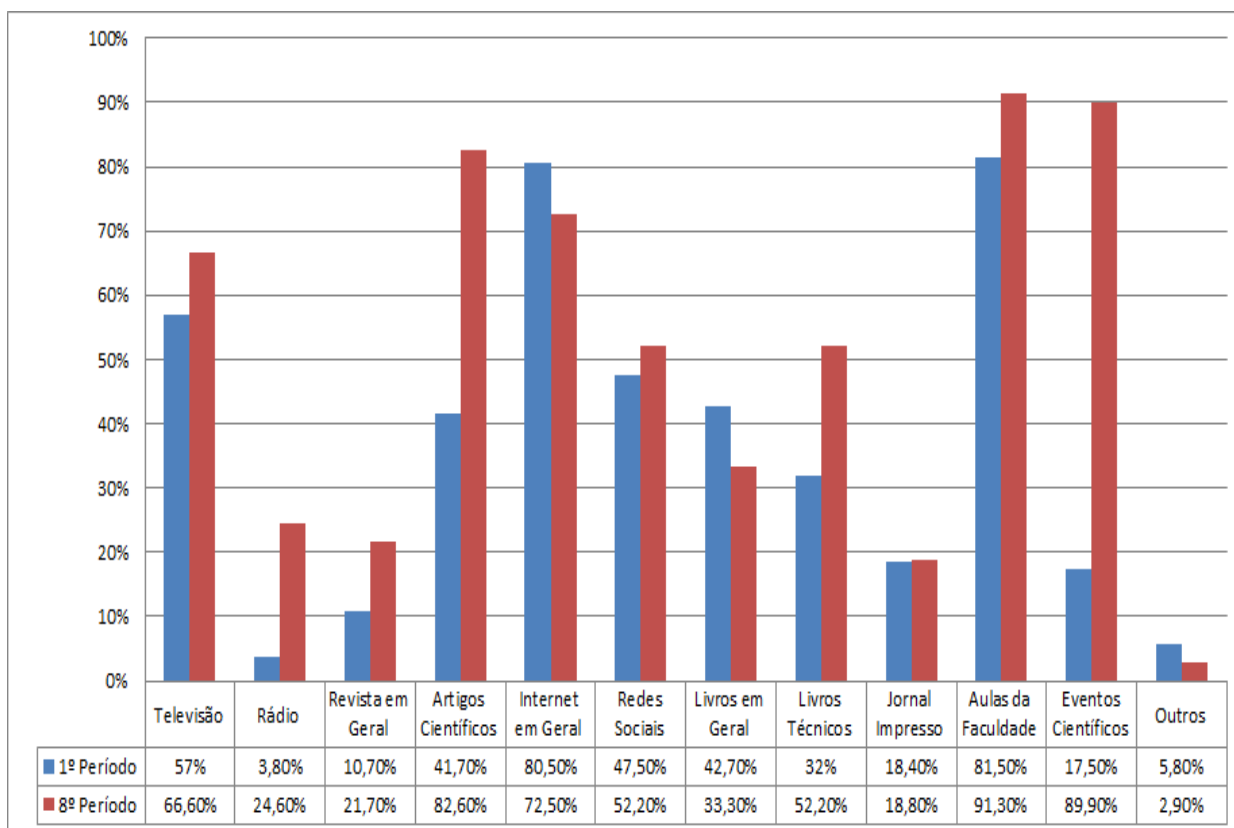
Em 2010, de acordo com o IBGE, 86,8% dos brasileiros declararam-se cristãos. Nota-se a prevalência do cristianismo tanto no grupo de estudantes iniciantes quanto concluintes, respectivamente, 70% e 78,2%. O quantitativo de graduandos que não possuem religião - 21,3% e 14,5% - é superior aos não cristãos - 8,7% e 7,3%.

No que tange a religião, os valores mais significativos para uma pessoa provêm da influência das crenças professadas por pais e familiares (RATES;

PESSALACIA, 2010). De certo modo, a vivência de algum segmento religioso na infância e adolescência se firma nas crenças e valores dos pais. Durante a fase adulta pode ocorrer uma reconfiguração destes aspectos com construção da própria identidade, desenvolvimento da maturidade e autonomia em suas escolhas.

O número de estudantes que não possuem religião é superior nas turmas de oitavo período que por sua vez são os de maior faixa etária. Pressupõe-se que já possuem liberdade para decidir os seguimentos os quais identificam-se ou até mesmo desejam abstenção.

Gráfico 1- Distribuição dos estudantes de graduação em enfermagem conforme fontes de acesso à informação sobre saúde. Rio de Janeiro, 2015.



O gráfico 1, acima, permite apreciar as principais fontes de acesso à informação sobre saúde procurada pelos acadêmicos de enfermagem. Os que estavam cursando o primeiro período: 81,5% dos estudantes selecionaram as aulas da faculdade, 80,5% internet em geral, 57% televisão e 47,5% redes sociais. Já os formandos, cerca de 90% deles, buscam conhecimento nas aulas da faculdade e eventos científicos seguido da leitura de artigos científicos (82,6%).

O elevado número de estudantes que optam pela internet em geral como fonte de informação não traz uma relação direta de apropriação de conhecimentos estritamente científicos. Muitos dos acadêmicos podem dar preferência a facilidade e velocidade dos sites de busca e opinião. Sendo segunda ou última escolha a busca nas bases de dados ou revistas eletrônicas científicas com fontes confiáveis.

De acordo com a Pesquisa Brasileira de mídia 2015, realizada com 18.312 pessoas, os meios de comunicação mais utilizados de modo geral são televisão (93%), rádio (46%) e internet (42%). Observaram que 73% dos

brasileiros costumam assistir diariamente TV e o tempo de uso tem relação com idade. Por exemplo, aqueles entre 16-25 anos, assistem cerca de uma hora a menos de televisão que os demais (BRASIL, 2014).

É possível notar que os principais meios de comunicação de escolha dos brasileiros de certo modo são os que também sobressaem como fonte de acesso a informações sobre saúde no grupo de estudantes, tais como: televisão, internet em geral e redes sociais.

O percentual de usuários com ensino superior e jovens até 25 anos que acessam a internet todos os dias, respectivamente, são 72% e 65% (BRASIL, 2014). Tomando a renda e a periodicidade de acesso como um ponto de análise, 20% dos entrevistados da pesquisa brasileira com renda familiar mensal de até um salário mínimo acessam a internet pelo menos uma vez por semana. Já quando a renda familiar é superior a cinco salários mínimos a proporção sobe para 76%. Dentro dos internautas, 92% estão conectados por meio de redes sociais. Também identificaram que 51% dos entrevistados não utilizam a internet (BRASIL, 2014).

O rádio foi o veículo de informação sobre saúde menos utilizado pelos calouros (3,8%) ao passo que o jornal impresso para os concluintes (18,8%). Em contraste com os dados desta dissertação, o rádio é o segundo meio de comunicação mais utilizado pelos brasileiros e o principal motivo apontado pela escolha é a busca por informação (63%), além da diversão e entretenimento (62%) (BRASIL, 2014). Vale considerar que o costume de utilizar o rádio, independente do fim, tem diferenciação nas regiões do país. Possivelmente, a população do interior ou das periferias do Brasil o tem como única fonte de informação, por isso, são mais assíduos ou até habituados que nas regiões com grande possibilidades de meios de comunicação.

Sobre o jornal impresso, 76% dos brasileiros entrevistados afirmaram não ler jornal independente do formato. Aqueles que leem, esporadicamente ou diariamente, 79% optam pelo formato tradicional impresso. Com o avanço da internet, cerca de 10% dos leitores migraram para as versões on-line. No entanto, percebe-se que a baixa porcentagem de leitores de jornal impresso não é devida a uma substituição maciça para outros formatos, mas sim, a hábito e aspectos culturais implicados. O aspecto financeiro de investimento diário em jornais impressos tem importância no orçamento das pessoas, sendo

também um provável motivo de impedimento na assiduidade de compra.

Ainda que não seja um estudo prospectivo, de observação dos participantes ao longo do tempo, uma análise comparativa entre os períodos permite elucidar o crescimento significativo das participações em eventos científicos de 17,5% para 89,9%. O mesmo ocorre com os artigos científicos, 41,7% para 82,6%.

Em linhas gerais, depreende-se que há uma reificação das fontes selecionadas para buscar informações sobre saúde. De tal modo que os estudantes do oitavo período se apropriam principalmente das que são ligadas ao universo científico.

CAPÍTULO V

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS INICIANTES DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM SOBRE SAÚDE

As evocações dos estudantes do primeiro período de ambas as universidades constituíram um único corpus para análise formado por 200 palavras sendo 74 diferentes entre si. Para definição dos elementos que compõem o núcleo central e o sistema periférico calculou-se a ordem média de evocação (OME).

A OME é encontrada a partir de uma média ponderada que, para cada evocação segundo a ordem de aparecimento, atribui-se um valor numérico e o somatório é dividido pelo total de vezes que a palavra foi evocada. Para este corpus, a Ordem Média de Evocações foi de 2,5. Nesta rodagem o cálculo da frequência mínima foi igual 4 e intermediária 12. O arranjo desses elementos gerou o quadro de dispersão a seguir:

Tabela 10- Distribuição dos elementos segundo frequência de evocação e ordem média de evocação realizada por estudantes do primeiro período de graduação em enfermagem. Rio de Janeiro, RJ. 2015.

Freq Média	Rang < 2,5			Rang > 2,5		
	Termo Evocado	Freq	OME	Termo Evocado	Freq	OME
>= 12	Núcleo Central			1ª Periferia		
	Hospital	43	2,210	Médico	15	2,600
	bem-estar	37	2,270	doença	14	2,786
	cuidado	33	1,848			
	remédio	15	2,400			
	prevenção	13	1,923			
>4 <=1 2	Elementos Contrastantes			2ª periferia		
	enfermagem	8	2,1300	Alimentação	10	2,500
	amor	6	2,333	direito	9	3,222
	profissão	6	2,333	enfermeira	8	2,875
	paciente	6	2,333	vida	8	3,000
	saudável	6	2,333	educação	7	2,571
	necessidade	5	2,200	felicidade	7	2,714
	precária	4	2,000	cura	6	2,667
			higiene	5	2,800	
			medicina	5	3,400	

O quadro de quatro casas construído a partir da análise prototípica mostra que as palavras localizadas no quadrante superior esquerdo são compreendidas como possível núcleo central da representação uma vez que são mais salientes no discurso. Estas foram prontamente evocadas um maior número de vezes – *hospital* (43); *bem-estar* (37); *cuidado* (33); *remédio* (15) e *prevenção* (13).

O núcleo central, sistema central, possui ligação à memória coletiva e à

história do grupo definindo assim a homogeneidade. Em torno do núcleo central organizam-se os elementos periféricos os quais são responsáveis por realizarem as conexões entre ele e as experiências/histórias individuais de construção da representação (SÁ, 2002).

A primeira periferia, quadrante superior direito, é marcada pela alta frequência de evocação demarcada como maior ou igual que 12 e alta OME. Dois termos abrangeram esta periferia, a saber: médico (15) e doença (14). Os nexos estabelecidos com a realidade de construção desta representação no sistema periférico trazem a figura do médico e a doença. O profissional surge como aquele que cura a doença e restaura a saúde. Deste modo, estabelecem o antagonismo entre doença e saúde.

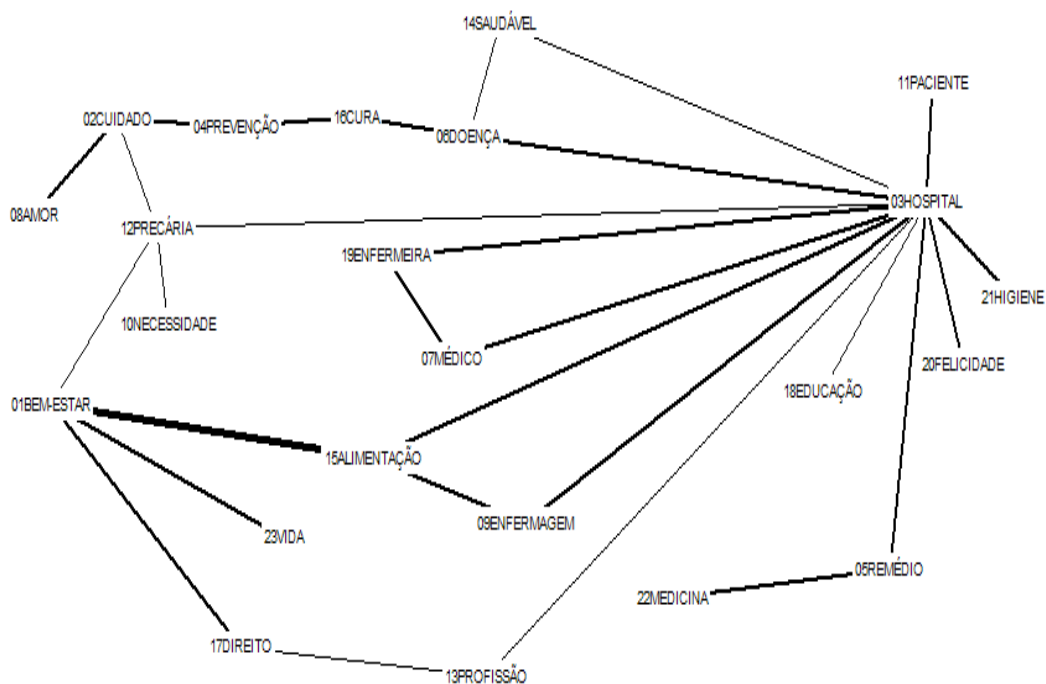
No quadrante inferior esquerdo – ditos elementos contrastantes – encontram-se as palavras com baixa OME e frequência menor ou igual a 12, são elas: *enfermagem (8); amor (6); profissão (6); paciente (6); saudável (6); necessidade (5) e precária (4)*.

A segunda periferia situada no quadrante inferior direito possui evocações com baixa frequência e alta OME sendo estas: *alimentação (10); direito (9); enfermeira (8); vida (8); educação (7); felicidade (7); cura (6); higiene (5) e medicina (5)*.

Para confirmação da centralidade dos elementos identificados como pertencentes ao núcleo central da representação social sobre saúde adotou-se a análise de similitude com vistas a elucidar a conexidade entre as evocações.

A conformação da árvore de similitude dos iniciantes foi constituída em uma estrutura simples e com termos majoritariamente ligados ao senso comum. A partir da apreciação das figuras e ligações encontradas corrobora-se que o termo hospital é o grande estruturador da representação social em formação, pois a evocação forma uma única estrela com outros treze termos (paciente, higiene, felicidade, remédio, educação, profissão, enfermagem, alimentação, médico, enfermeira, precária, doença e saudável).

Figura 1 - Árvore máxima de similitude dos estudantes de graduação em enfermagem do primeiro período. Rio de Janeiro, RJ, 2015.



Evidencia-se ainda que essas ramificações com gênese no termo hospital interligam-se de maneira bem simples formando três triângulos, a saber: ▲Hospital, enfermagem e alimentação; ▲Hospital, médico e enfermeira; ▲ Hospital, saudável e doença. Os termos Hospital, doença, cura, prevenção, cuidado, precária, bem-estar, direito e profissão compõem um círculo.

5.2 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS FORMANDOS DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM SOBRE SAÚDE

O grupo de estudantes do último período formou um único corpus com 136 palavras sendo 70 diferentes entre si. A Ordem Média de Evocações foi de 2,33. O cálculo da frequência mínima foi igual a 3 e intermediária 7. O arranjo desses elementos gerou o gráfico de dispersão a seguir.

O quadro de quatro casas construído a partir das evocações dos acadêmicos do oitavo período apontou como núcleo central os termos: *bem-*

estar (31); hospital (16); cuidado (12); SUS (10); vida (8);

No quadrante superior direito as palavras que emergiram com alta frequência e ome, localizadas na primeira periferia, são: *doença (15); enfermagem (10) e qualidade de vida (7).*

Os elementos contrastantes para esse grupo foram: *universalidade (6); direito (5); felicidade (5); prevenção(5); dinheiro (4); saudável (4); amor (3); educação (3); família (3); precária (3).*

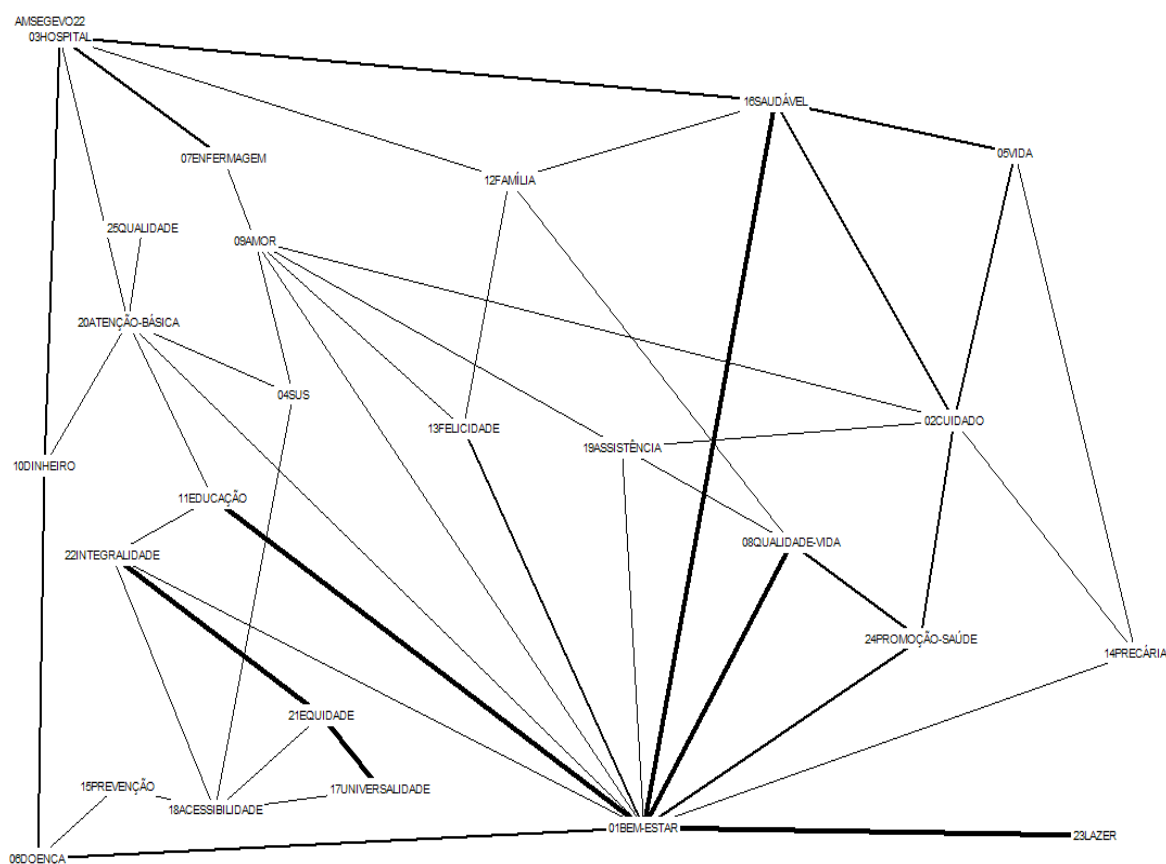
As palavras que obtiveram baixa frequência e alta OME, localizadas na segunda periferia, são: *integralidade (6); lazer (5); equidade (5); acessibilidade (4); qualidade (4); promoção da saúde (4) assistência (3); atenção básica (3).*

Tabela 11 - Distribuição dos elementos segundo frequência de evocação e ordem média de evocação, realizadas por estudantes do oitavo período de graduação em enfermagem. Rio de Janeiro, RJ. 2015.

		Rang < 2,5			Rang > 2,5		
		Termo Evocado	Freq	OME	Termo Evocado	Freq	OME
Freq Média	>= 7	Núcleo Central			1ª Periferia		
		bem-estar	31	1,87	doença	15	2,600
		hospital	16	2,000	enfermagem	10	3,200
		cuidado	12	1,917	qualidade de vida	7	3,143
		sus	10	1,900			
		vida	8	2,375			
		Elementos Contrastantes			2ª periferia		
Freq Média	<= 7	universalidade	6	1,67	integralidade	6	3,17
		direito	5	1,800	lazer	5	2,800
		felicidade	5	2,000	equidade	5	3,000
		prevenção	5	2,000	acessibilidade	4	2,500
		dinheiro	4	2,400	qualidade	4	2,750
		saudável	4	2,250	promoção da saúde	4	3,000
		amor	3	1,333	assistência	3	3,000
		educação	3	2,333	atenção básica	3	3,000
		família	3	2,333			
		precária	3	2,333			

A árvore de similitude originária das evocações dos formandos explicitou uma estrutura complexa com presença de termos reificados, quantitativo expressivo de desenhos e ligações dotadas de sentidos. Em primeiro lugar, constata-se que o grande termo articulador é bem-estar e este se interliga com outros doze termos (lazer, precária, promoção da saúde, qualidade de vida, saudável, assistência, felicidade, amor, atenção básica, educação, integralidade e doença).

Figura 2 - Árvore máxima da similitude dos estudantes de graduação em enfermagem do oitavo período. Rio de Janeiro, RJ, 2015.



Evidencia-se também a formação de estrelas, evocações ligadas a cinco palavras ou mais, tais como: *atenção básica, qualidade, SUS, bem-estar, educação, dinheiro e hospital; *hospital, dinheiro, atenção-básica, enfermagem, família e saudável; *amor, SUS, bem-estar, felicidade, assistência, cuidado e enfermagem; *acessibilidade, universalidade, equidade, SUS, integralidade e prevenção; *cuidado, vida, precária, promoção da saúde, assistência, amor e saudável; *saudável, hospital, família, bem-estar, cuidado e vida. Vale destacar a forte ligação que há entre bem-estar, lazer, qualidade de vida, saudável e educação.

Na extremidade esquerda, alguns elementos do sistema periférico com referência aos princípios do SUS, formaram um triângulo abrangendo as palavras universalidade, equidade, integralidade e acessibilidade. Promoção da saúde e qualidade de vida interligam-se a bem-estar.

5.3 CONTEÚDOS E ESTRUTURAS DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE SAÚDE

A partir de uma análise simultânea entre os períodos e os resultados obtidos na análise prototípica nota-se a semelhança de elementos estruturadores do núcleo central. Entre as cinco evocações que emergiram em cada sistema central, três são iguais, a saber: bem-estar, cuidado e hospital.

O teste para confirmação da centralidade do NC por meio da construção da árvore máxima corrobora a influência que estas evocações supracitadas exercem na representação social sobre saúde de cada grupo. Ainda que tenham sido evocações iguais, as conexões e grafos alteraram o sentido e a interpretação da representação.

Uma diferença foi a frequência de evocação de cada palavra. No primeiro período, o maior número de evocações foi para hospital. Migrando para a análise de similitude é possível confirmar que o termo hospital é o grande articulador da representação, ainda que tenha somente ligações simples com os demais termos. O bem-estar aparece na extremidade oposta, ligado a elementos do senso comum e sem formação de desenhos estruturantes.

As justificativas utilizadas pelos estudantes para a escolha das evocações permitem compreender a hegemonia da concepção de saúde como ausência de doença e o hospital como o local em que se “adquire” saúde. Para eles:

“A saúde é encontrada no hospital e, conseqüentemente, lá tem a cura para algo” (EM.31).

“Saúde e doença são antagônicas, saúde perfeita é ausência de doença” (EM3).

“No hospital existe a possibilidade de ter saúde, promover a passagem de um estado (sem saúde) ao outro (com saúde) com a ajuda de profissionais destinados a tal feito” (EM.11).

Tal entendimento vai ao encontro da definição do termo hospital que vem de *hospes* - hóspedes- e tem mesma acepção de *nosocomium*, de origem grega, cujo significado é tratar os doentes ou receber os doentes (BRASIL,

1965). Nesta perspectiva, a doença e a cura parecem ser o foco enquanto a pessoa envolvida no processo ocupa espaço secundário, perdendo a multidimensionalidade e multiculturalidade do homem (RODRIGUES; PEREIRA; AMENDOEIRA, 2015).

Em ambos os quadros de quatro casas a doença ocupa lugar no sistema periférico. Significa dizer que é ela que faz interface entre a realidade concreta e o sistema central. A doença é o que confere concretude ao universo que estão imersos. É ela que faz parte da experiência desses estudantes, conseguem formar imagens e dar sentido, seja através da vivência individual ou no curso da formação acadêmica.

No grupo dos novatos a enfermagem ocupa a periferia dos elementos contrastantes. Implica dizer que para eles tal evocação atende ao critério de importância, mas não de saliência de maneira que tenha obtido uma baixa frequência. O profissional de maior saliência neste grupo foi o “médico” e torna-se compreensível a formação dessa representação haja vista que o que lhe é familiar, na construção do senso comum, é assentado nas consultas médicas e tão somente nesse profissional.

Corroborando, pesquisa realizada por Veloso e Ferreira (2013, p. 62) mostra o atendimento médico como representativo da relação estabelecida entre cidadania e saúde por usuários do sistema público de saúde, explicada pelas autoras no fato de que o médico representa uma figura hegemônica na área da saúde, haja vista ser por meio das consultas médicas que o usuário alcança o diagnóstico, o tratamento e o controle ou cura da doença:

“é no médico que o usuário encontra resolutividade para os problemas que o levam a buscar o serviço de saúde, uma vez que, na maioria das vezes, a busca pelos serviços se dá, não para se promover saúde e prevenir doenças, mas sim quando a doença já está instalada e precisa ser diagnosticada e tratada”.

Não há somente uma evolução simbólica na representação social sobre saúde, mas também da enfermagem. Enfermagem no grupo dos concluintes aparece na primeira periferia, elementos com alta saliência. Isto permite dizer que possivelmente há o fortalecimento da identidade profissional no processo de formação. Nota-se que a saúde faz parte da conversação e mobiliza

práticas por meio da enfermagem.

De maneira oposta, a análise prototípica dos novatos detém unicamente a figura do médico na primeira periferia. É uma construção calcada nas experiências cotidianas, no senso comum, no modo de vivenciar a saúde. Aparenta uma formação representacional ligada ao modelo biomédico ou tradicional de encarar a saúde tendo como exemplo de um cuidado o ato de ir à consulta médica.

Para o oitavo período, a evocação estruturadora e mais frequente é bem-estar. Na árvore máxima correspondente, bem-estar possui nexos com elementos reificados da concepção sobre saúde e grafos comunicantes com outros construtos.

“O indivíduo com saúde apresenta bem-estar de forma integral e não apenas ausência de doença” (EF.105).

Bem-estar pode ser entendido como a integração harmoniosa entre os componentes mentais, físicos, espirituais e emocionais. Precedente de uma avaliação subjetiva pautada na percepção individual (NAHAS; BARROS; FRANCALACCI, 2000).

Depreende-se que bem-estar seja o núcleo central para os concluintes devido as complexas ligações estabelecidas com este termo e as partes constituintes com foco nos elementos que visam a manutenção ou recuperação deste estado. Dentre eles, ressaltam-se os que apresentaram forte união: lazer, qualidade de vida, saudável e educação. Nota-se uma transformação de valor simbólico haja vista que para os iniciantes bem-estar ainda não se conformava como um elemento estruturador, mas para os concluintes ocupa a centralidade de organização da representação.

A concepção de saudável implicitamente envolve esse estado, adjetivando alguém ou alguma coisa, caracterizado como tal. A saúde se encerra em si, mas (ser) saudável está para além da saúde uma que vez que carece de substantivos. Utiliza-se estilo de vida saudável, alimentação saudável, pessoa saudável entre outros exemplos.

Sendo assim, permite que pessoas, objetos e fenômenos ganhem esse atributo. A interação de bem-estar com saudável imprime uma representação positiva de saúde.

“O bem-estar afeta diretamente a saúde e, indiretamente, acaba sendo uma condição de estar saudável” (EF.114)

“Quando se está saudável há um estado de bem-estar” (EF.48)

O cuidado, a terceira evocação semelhante nos sistemas centrais, para o grupo dos alunos iniciantes possui alicerce no senso comum e consolida-se como um cuidado genérico ligado a relações humanas afetuosas.

“Representa a genuidade humana em relação à saúde e em respeito ao próximo (EM.30).”

“Saúde é um presente que demanda cuidado (EF.96).”

Os estudantes entendem a saúde como bem natural e que precisa de zelo para ser mantido. Em contrapartida, os acadêmicos com vistas a concluir o curso concebem o cuidado como elemento propiciador da saúde e do bem-estar. Ou seja, os concluintes possuem uma lógica contrária a dos recém-ingressos uma vez que:

“Para ter saúde é necessário o (auto)cuidado, medidas preventivas e de promoção da saúde” (EF.110).

“Não é somente para a manutenção, mas é um precursor da saúde” (EF.122).

Neste intento, o cuidado já é entendido como profissional e objeto epistemológico da enfermagem. É permeado de valores éticos, políticos, sociais indo ao encontro dos valores profissionais da enfermagem. (VALE; PAGLIUCA, 2011).

Em ambas as árvores de similitude o cuidado liga-se às palavras amor e precária. No primeiro período, o amor realiza essa única conexão com o cuidado. O amor é o ingrediente que anima a vida e movimenta as pessoas. É estabelecido no senso comum como atributo essencial do cuidado.

É interessante que na árvore máxima gerada pelas evocações dos concluintes há formação de uma estrela tendo a palavra amor no centro. Permanece a mesma palavra (amor), no entanto, ligado majoritariamente a elementos que constroem conhecimento científico. Amor ligado a SUS,

enfermagem, cuidado e assistência admite a inferência de correlação com os preceitos do discurso da humanização.

A Humanização foi instituída como uma política transversal na rede, tomada como estratégia de interferência, com vistas a superar as fronteiras do saber/poder na produção da saúde. Leva-se em conta que sujeitos sociais, quando mobilizados, são capazes de modificar realidades (BRASIL, 2004).

Humanizar é, então, ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, estabelecimento de vínculo, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais (BRASIL, 2004). Propõe que os atores, em especial usuários e familiares, sejam protagonistas do sistema de saúde por meio de sua ação de controle social.

Neste raciocínio, o elemento amor extrapola o universo consensual, o caráter de afeto ou tratar bem como encontrado no grupo iniciante. Para os concluintes, o amor pode ser consolidado como acolhimento, diretriz da Política Nacional de Humanização. O acolhimento expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão (BRASIL, 2010).

Logo, o acolhimento seria o grande dispositivo que contribui para a efetivação da assistência e cuidado na enfermagem uma vez que acolher deve estar implícito em toda e qualquer relação entre profissional e usuário, independente dos cenários (LIMA *et.al*, 2014). A esse encontro, o conceito de cuidado remete a “um modo de estar com o outro, no que se refere às questões especiais da vida das pessoas, como a promoção e a recuperação da saúde, o nascimento e a própria morte” (SILVA *et. al.*, 2009, p.698). Logo, cuidar na enfermagem também é acolher.

Ainda na árvore máxima do oitavo período, pode-se apreciar a congruência entre *acessibilidade, SUS e atenção básica*. Tal disposição remete a própria organização do Sistema Único de Saúde em que prevê a atenção básica como porta de entrada e o centro de comunicação com toda a rede de atenção à saúde (BRASIL, 2012).

A Atenção Básica se orienta pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação

social (BRASIL, 2012 p.9). Pode-se afirmar que toda esta trama é articulada na representação social dos estudantes do oitavo período sobre saúde.

Neste intento, a acessibilidade é o estrato mais próximo dos estudantes. É o que articula a realidade vivenciada aos demais princípios. De modo particular, da integralidade, universalidade e equidade. O primeiro pode ser entendido como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990).

O segundo, diz respeito à universalidade de acesso em todas as instâncias e serviços de saúde.

“A saúde deve ser universal, ou seja, disponível a toda população em todo território” (EF.137)

“A equidade não significa que o SUS deva tratar a todos de maneira igual, mas reduzir as desigualdades, atentando para que o mais necessitado receba maior disponibilidade que o menos necessitado”. (EF.137)

Mais que definições sobre estes princípios, ressaltam-se a relevância e reflexão sobre o sistema de saúde vigente mostrando a forte presença no decorrer da formação acadêmica de ambas as instituições. O *SUS* apresentou elevada frequência no quadro de dispersão dos formandos e, por isso, ocupou o quadrante do sistema central. Isto implica dizer que a ausência desse elemento desestruturaria a representação dos estudantes sobre saúde. Há uma relação simbiótica entre o sistema de organização da atenção e saúde.

Em consonância, Silva e Costa (2010) afirmam que no Brasil, o Sistema Único de Saúde é enfatizado na maioria dos cursos de graduação da área da saúde e, por vezes, aparece nos objetivos e competências específicas para a capacitação do estudante. Em Portugal, os autores encontraram um cenário com diferente configuração, o sistema público de saúde recebe uma ênfase menor ao passo que o foco está no conceito de saúde dentro de uma perspectiva psicossocial e holística.

Os estudantes da pesquisa em tela ainda refletiram, alcançaram abstração, sobre o contexto político e social do país. Consideram o “SUS como um sistema de saúde que na prática não é funcional, reflete o descaso e a falta

de organização dos gestores das mais variadas instâncias. Tornando um cenário complexo de trabalho e até do próprio usufruir, fazer uso do serviço (EF.154).”

Apontaram os contrastes do país e a responsabilidades dos cidadãos e dos políticos em ações propositivas e resolutivas em favor do SUS:

“O Brasil ainda é um país com grandes contrastes em relação às condições de saúde da população porque o direito dos cidadãos à saúde ainda é muito defasado. Em todas as regiões do território é possível encontrar pessoas que carecem de cuidados mais simples como orientações e educação em saúde. Para mudar este paradigma é preciso dar mais atenção a essa população, intervir de forma resolutiva e políticos que tenham empenho para colocar em prática os princípios e diretrizes do SUS. (EM.111/143)”

A evocação *felicidade*, presente no sistema periférico de ambos os grupos, a priori, aparenta estar descontextualizada. No entanto, as justificativas expõem que a saúde é contemplada nos projetos de felicidade das pessoas, a partir de experiências vividas e valorizadas positivamente como meios para se alcançar a felicidade (WEGNER; PEDRO, 2009).

“Se a saúde está em perfeito estado, você automaticamente estará em plena felicidade (EF.88).”

“Bem-estar gera realização e a felicidade vem com a saúde (EF.12/13)”.

Sob este ponto de vista, os estudantes na dimensão individual experienciam o estado de felicidade no cotidiano na dependência da posse ter (ou não) saúde.

Uma pesquisa desenvolvida com estudantes de medicina e enfermagem mostrou que a formação parece influenciar os valores dos seus estudantes. Nos que cursam enfermagem, ocorre uma maior evolução dos valores, pois os cursos enfatizam os valores sociais, holístico, autonomia e democrático (CARVALHO; CARVALHO; RODRIGUES, 2012). Pressupõe-se, a partir destes resultados, que a formação acadêmica incide na representação diminuindo principalmente o peso do hospital na estruturação da representação social.

A análise da árvore máxima dos grupos evidenciou que algumas evocações são exclusivas de cada um deles. Organizaram-se os termos exclusivos em unidades de sentidos de modo a visualizar uma reificação conforme exemplificado na figura abaixo:

Figura 3- Evocações exclusivas na árvore máxima de cada período. Rio de Janeiro, 2015.



No primeiro agrupamento os iniciantes personificaram “saúde” em paciente e em duas categorias profissionais, enfermeira e médico. Para eles:

“Para ter saúde precisa de pessoas (pacientes) e médicos (EF.42).”

E os profissionais são os verdadeiros protagonistas no cuidado a saúde:

“As palavras médico e enfermeira são mais significativas, pois são os dois agentes importantes para manter a saúde do paciente e atuar contra doenças, saná-las”. (EF.53/50).

Vale ressaltar a referência que se faz a enfermeira ao invés de enfermeiro mostrando a concepção dominante de que é uma profissão feminina.

Já na árvore máxima dos concluintes não apareceu uma pessoa, mas

encontra-se implícita nos construtos e na própria evocação com a palavra “família”. Pode-se inferir uma construção com assentamento no paradigma da produção social da saúde cujos membros são sujeitos sociais e promotores da saúde dentro do universo os quais pertencem.

O segundo grupo de palavras que emergiu das evocações dos calouros está ligado ao senso comum, de caráter operacional e disperso, perpassam por aquilo que consideram atributos para ter saúde, tais como: higiene, alimentação, cura entre outros. Todavia, o arranjo do oitavo período tem a presença do construto promoção da saúde e as dimensões necessárias para a mesma como: lazer, qualidade de vida, dinheiro (entendendo como forma para possuir moradia, trabalho e demais bens) e a atenção básica representando o meio pelo qual alcança a assistência.

Por fim, estas evocações podem ainda ser adjetivadas como de qualidade, inclusive o próprio “serviço de saúde que não deve ser apenas gratuito, tem que ser digno e de qualidade (EF.132).” Apenas gratuito parece apresentar ideia de diminuto. No sentido que ser gratuito é algo pequeno, pejorativo ou ruim.

O aspecto da legalidade urge nos últimos quadros de ambos os períodos. O primeiro período, de maneira mais abrangente, evocou a palavra direito enquanto o último esmiuçou os princípios e diretrizes do SUS: integralidade, equidade e universalidade.

“Saúde entendida como direito de todos e que deve ser acessada de maneira universal” (EF.136)

Nota-se no grupo de iniciantes o direito como algo mais genérico, do discurso do senso comum, sem referência aos princípios.

“Saúde como direito sendo exercido de maneira eficaz para todos os povos expressa cidadania”. (EM. 3).

A saúde é o componente da vida estritamente ligado à dignidade humana. Pode-se dizer que o direito à vida e à saúde são consequências da dignidade humana. E que ambos detêm uma relação simbiótica, sendo a saúde indispensável para manutenção da vida e o fim de um direito interrompe ou prejudica a existência do outro.

É a partir da Constituição Federal de 1988 e das leis infraconstitucionais, 8.080/90 e 8.142/ 90, que o direito à saúde adentra ao rol do direito

fundamental social, aqueles de obrigação indispensável do Estado, garantia de todo cidadão, assegurada de forma universal, integral e igualitária com vistas a reduzir as desigualdades. O artigo 196 da referida constituição ainda ressalta que este dever do Estado deve ser asseverado mediante políticas sociais e econômicas (BRASIL, 1990).

Os estudantes concluintes compreendem a universalidade e os demais princípios do SUS como pressupostos imprescindíveis para a consolidação do direito à saúde e cidadania. Tal fato é percebido pela complexificação dos discursos e entendimento que ser cidadão é ter consciência de que é sujeito de direitos e, sobretudo, também de deveres. Pode-se inferir que no processo formativo, seja pelo conhecimento, vivência ou a junção destes, os formandos adquirem a percepção que direito à saúde não se trata apenas de uma única via, mas sim, da cidadania.

CAPÍTULO VI

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A estrutura representacional dos estudantes de enfermagem sobre saúde possui semelhanças no que se refere as evocações que constituem o núcleo central de ambos os períodos. Com ordem de frequência diferenciada bem-estar, cuidado e hospital são os elementos que compõem o sistema central. No grupo dos iniciantes, o hospital é o principal articulador enquanto para os concluintes, é o bem-estar.

A formação acadêmica incide na representação diminuindo o peso do hospital na estruturação da representação social. Nesta mesma perspectiva, na etapa final, também ocorre a evidência de bem-estar como possível estruturador da representação.

O cuidado, no grupo do primeiro período, é consolidado como um cuidado genérico ligado a relações humanas afetuosas, ou seja, alicerçado no senso comum. Já os acadêmicos com vistas a concluir o curso concebem o cuidado como elemento propiciador da saúde e do bem-estar. Configura-se como cuidado profissional, ou seja, objeto de trabalho e, sob o ponto de vista da ciência, objeto epistemológico da enfermagem.

Os iniciantes personificaram a “saúde” nas figuras do paciente, da enfermeira e do médico, mostrando ser estes profissionais os verdadeiros protagonistas para a promoção e manutenção da saúde e do ser saudável. A concepção de saudável implicitamente envolve esse estado, adjetivando alguém ou alguma coisa, caracterizado como tal. A saúde se encerra em si, mas (ser) saudável está para além da saúde uma que vez que carece de substantivos.

O elemento amor para os iniciantes é o que movimenta a vida, o ingrediente necessário para tratar bem. Traz sentido de afeição. Os concluintes, em contra partida, extrapolam o universo consensual, o caráter de afeto. O amor pode ser configurado como acolhimento, diretriz da Política Nacional de Humanização, dispositivo necessário para a relação profissional-usuário.

No grupo do oitavo período, o SUS compõe o núcleo central e seus princípios norteadores (integralidade, equidade e universalidade) o sistema

periférico. A acessibilidade ao SUS é o estrato mais próximo dos estudantes e se dá por meio da Atenção Básica. É ela que se configura como porta de entrada para o sistema de saúde e promove a articulação entre a realidade vivenciada e os demais princípios. Esta conexão ocorreu com o alcance de abstrações e reflexões embasadas no contexto político e social do país.

As RSs sobre saúde dos estudantes concluintes de ambas instituições permitem elucidar o êxito na formação dos cursos de enfermagem e o potencial que possuem de transformação sobre o pensar e representar a saúde, ainda que este não seja um estudo prospectivo. Nota-se que as instituições formadoras no decorrer do curso têm possibilitado a aproximação dos estudantes ao modelo de saúde integral. Em particular, atendendo ao que se preconiza na contemporaneidade: a formação de profissionais de saúde para atuarem e fortalecerem o Sistema Único de Saúde.

Por fim, percebe-se que a representação social sobre saúde dos recém-ingressos está em construção e alicerçada no senso comum. Já as representações dos concluintes possuem uma complexa organização pautada majoritariamente em elementos do universo reificado, com enfoque nos princípios doutrinários do Sistema de Saúde Brasileiro.

REFERÊNCIAS

ABRIC, J.C. A Abordagem interdisciplinar das representações sociais. In: MOREIRA, A.S.P; OLIVEIRA, D.C. (orgs). **Estudos Interdisciplinares em representações sociais**. 2 ed. Goiânia: AB. 2000. p.27-38.

ABRIC, J.C. O estudo experimental das representações sociais. In: D. Jodelet (Org.). **As Representações Sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. p.155-171.

ALMEIDA , L. M.; SANTOS, M.F.S. **Diálogos com a Teoria das Representações Sociais**. .1ed. Pernambuco: Universitária UFPE, 2005. 200 p.

ALMEIDA FILHO, N. **O que é saúde?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. 160p.

ALMEIDA FILHO, N. A Saúde e o Paradigma da Complexidade. **Cadernos IHU**, v.4, n. 15, 2006.

ALMEIDA FILHO, N. Qual é o sentido do termo saúde? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n.2, p.300-301, abr-jun, 2000.

ALVES-MAZZOTTI, A.J. Representação dos Educadores Sociais sobre os moradores de rua. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógico**, Brasília, v.77, n.187, p. 497-524. 1996.

ALVES, P. C.; RABELO, MC. orgs. **Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; Rio de Janeiro: Editora Relume Dumará, 1998. 248 p. ISBN 85-7316-151-5. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>.

APERIBENSE, P.G.G.C; BARREIRA, I.A. Nexos entre Enfermagem, Nutrição e Serviço Social, profissões femininas pioneiras na área da Saúde. **Rev. esc. enferm. USP**. São Paulo, v.42, n.3, p.474-482. 2008.

ARRUDA, A. La representación de la salud en un barrio de bajos recursos económicos en Campina Grande, Paraíba. **Suplementos Anthropos**, Madrid, v. 44, p. 97-101, 1994.

ARRUDA, A. Novos significados da saúde e as representações sociais. 2002. In: SOUSA, C.P; *et.al.* (orgs). **Angela Arruda e as Representações Sociais: estudos selecionados**. Curitiba: Champagnat, 2014. 399p.

ARRUDA, A. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. **Cad. Pesqui**. São Paulo, n. 117, p. 127-47, dez. 2002.

BATISTELLA, C. Saúde, Doença e Cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: Fonseca, Angélica Ferreira (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 25-86.

BRASIL. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2.ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 44 p.

_____. **História e Evolução dos Hospitais**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 1965.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **HumanizaSUS: A Política Nacional de Humanização: A Humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 20p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 44 p.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. **Emenda Constitucional n 59/09**. Dispõe sobre a obrigatoriedade do ensino de quatro a dezessete anos e ampliação da abrangência dos programas suplementares para todas as etapas da educação básica. Brasília, DF, 2009.

_____. Lei n.º 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**, Brasília, DF, 20 set. 1990. p. 18055.

_____. Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p. 25694, 31 dez. 1990a.

_____. **Pesquisa brasileira de mídia 2015: hábitos de consumo de mídia pela população brasileira**. Brasília: Secom, 2014.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília : Ministério da Saúde, 110P. 2012.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p.

_____. **Relatório Final 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF. 1986. Disponível em www.abrasme.org.br/arquivo/download?ID_ARQUIVO=3701. Acesso em 13 de maio de 2014.

_____. Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem.

Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 9 Nov. 2001. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>>. Acesso em 01 ago. 2014.

BOURDIEU, P. A distinção: crítica social do julgamento. Tradução de Daniela Kern e Guilherme J. F. Teixeira. São Paulo: EDUSP; Porto Alegre: Zouk, 2008.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**. São Paulo (SP): Cultrix; 1993.

CARVALHO, A.A.S; CARVALHO G.S. Efeito da formação nas concepções de saúde e de Promoção da Saúde de estudantes do ensino superior. **Rev. Port. Sau. Pub.**, Lisboa, v. 28, n. 2, dez. 2010.

CARVALHO, A.A.S.; CARVALHO, G.S.; RODRIGUES, V.M.C.P. Valores na educação em saúde e a formação profissional. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 527-540, Nov. 2012.

COELHO, M.T.A.D; ALMEIDA FILHO, N. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. **História, Ciências, Saúde — Manguinhos**, Rio de Janeiro, vol. 9, n.2, p. 315-33, maio-ago. 2002.

COFEN. **Análise de dados dos profissionais de enfermagem existentes nos Conselhos Regionais. Relatório de pesquisa**. Brasília: COFEN; 2011.

COLUSSI, C.B. **Representações sociais de saúde e doença para crianças de uma escola em Campo Grande/MS**. 2008. 142f. (Mestrado em Psicologia) Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2008.

CROMACK, L.M.F; BURSZTYN, I; TURA, L.F.R. O olhar do adolescente sobre saúde: um estudo de representações sociais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 627-634, Abril. 2009.

CZERESNIA, D.E; MACIEL, M.G.S.; OVIEDO, R.A.M. **Os sentidos da saúde e da doença**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013. 119p.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; Disponível em <http://cmdss2011.org/site/wpcontent/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>

DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v.14, n.54, p.7-11, abr./ jun.1986.

DONATI, L.; ALVES, M.J.; CAMELO, S.H.H. Perfil do estudante ingressante no curso de graduação em enfermagem de uma faculdade privada. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.18, n.3, p.446-50, jul/set, 2010.

ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY. **Etapas Curriculares EEAN.** Disponível em: <www.eean.ufrj.br/graduacao/estrutura.htm> Acesso em 15 de maio de 2014.

ESCOLA DE ENFERMAGEM AURORA DE AFONSO COSTA. **Departamentos.** Disponível em: <<http://www.eeaac.uff.br/index.php/departamentos/mfe>> Acesso em 20 de setembro de 2014.

_____. **Matriz curricular.** Disponível em: <<https://sistemas.uff.br/iduff/sid137avUfd98/consultaMatrizCurricular.uff>> Acesso em: 04 ago. 2014.

FAWCETT, J. **Contemporary nursing knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories.** 2 ed. Philadelphia: F.A. Davis Company, 2006. 641p.

FIOCRUZ; COFEN. Perfil da Enfermagem no Brasil. Acesso em 05 de novembro de 2015. Disponível em: <http://www.coren-rj.org.br/>

GALLEGUILLOS, T.G.B.; OLIVEIRA, M.A.C. A gênese e o desenvolvimento histórico do ensino de enfermagem no Brasil. **Rev Esc Enf USP**, v.35, n. 1, p. 80-7, mar. 2001.

IBGE. **Estatísticas de gênero: uma análise dos resultados do censo demográfico 2010.** Rio de Janeiro. 2014. Acesso em 20 de novembro de 2015. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/apps/snig/v1/?loc=0>

_____. **Estatísticas de Registro civil.** Rio de Janeiro, v. 37, p.1- 178, 2011.

_____. **Censo Demográfico 2010.** Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br>

JODELET, D. (Ed.). Les représentations Sociales. Paris: PUF, 1989. In: SÁ, C.P. **A Construção do objeto de Pesquisa em Representações Sociais.** Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 1998. 110p.

JODELET, D. Representações Sociais: um domínio em expansão. In: SÁ, C.P. (Org.). **As representações sociais.** Rio de Janeiro : EDUERJ, 2001. p. 17-44.

KRAWCZYK, N. Reflexão sobre alguns desafios do ensino médio no Brasil hoje. **Cad. Pesqui.**, São Paulo , v. 41, n. 144, p. 752-769, Dez. 2011 .

LIMA, K.Y.N. *et. al.* Humanização e acolhimento na concepção e prática dos alunos de enfermagem. **Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online)**; 6(2): 735-746, abr.-jun. 2014.

LOURENÇO, L.F.L. *et.al.* A História filosófica do Conceito saúde. **HIST. ENF.**

REV. ELETR(HERE).V.3, n.1, p. 17-35, jan-julho. 2012.

MARCONDES, W.B. A convergência de referências na Promoção da Saúde. **Saúde e Sociedade**.v.13, n.1, p.5-13, jan-abr. 2004.

MATOS, I.B.; TOASSI; R.F.C.; OLIVEIRA, M.C. Profissões e Ocupações de Saúde e o Processo de Feminização: Tendências e Implicações. **Athenea Digital**, v.13,n.2,p. 239-244, julho. 2013.

MOREIRA, M.A.S.; et.al. Pensando a saúde na perspectiva dos imigrantes brasileiros em Portugal. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre. v.28, n.4, p.527-33, dez. 2007.

MORIN, E. **O método 4: as ideias**. Porto Alegre: Sulina; 1998.

_____. **A cabeça bem feita. Repensar a reforma, reformar o pensamento**. Trad. Eloá Jacobina. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.

MOSCOVICI, S. **A psicanálise, sua imagem e seu público**. Petrópolis (RJ): Vozes, 2012.

_____. **Representações Sociais: Investigações em Psicologia Social**. Petrópolis, RJ: Vozes 2003. p.20.

NAHAS, M.V.; BARROS, M.V.G.; FRANCALACCI, V. O Pentáculo do Bem-estar – Base conceitual para avaliação do estilo de vida indivíduos ou grupos. **Rev Bras Ativ Fís Saúde**. v.5, n.2, 2000.

NERY, A.A. *et. al.* Concepção de saúde: visão de adolescentes do ensino fundamental de um município da Bahia. **Rev.Saúde.Com**. v.5, n.1, p.17-30. 2009.

OLIVEIRA, D.C.; *et. al.* Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A.S.P; *et.al.* **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2005. P. 573-603.

OLIVEIRA, R.C.C. Representações sociais sobre situação de vida, saúde e doença na concepção indígena Potiguara. 2009. 133f. (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2009.

OMS. **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. Disponível em <http://www.direitoshumanos.usp.br/> Acesso em 15 de maio de 2014.

PAIM, J.S. **O que é o SUS?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. 148p.

PELLEGRINI, A.; BUSS, P. Artigo aborda os problemas da saúde e seus determinantes sociais. [S.l.]:Biomanguinhos, 2010. Disponível em <<http://www.bio.fiocruz.br/index.php/artigos/329-artigo-aborda-os-problemas->

da-saude-e-seus-determinantes-sociais>. Acesso em: 01 de ago. 2014.

RATES, C.M.P.; PESSALACIA, J.D.R. Posicionamento ético de acadêmicos de Enfermagem acerca das situações dilemáticas em saúde. **Revista Bioética**. v.18,n.3,p.659 – 75, 2010.

RODRIGUES, F.R.A.; PEREIRA, M.L.D.; AMENDOEIRA, J. A transição paradigmática da saúde e suas reflexões na enfermagem como disciplina. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**. v.9, n.1, 2015.

SÁ, C.P. **A Construção do objeto de Pesquisa em Representações Sociais**. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 1998. 110p.

SÁ, C.P. **Núcleo central das representações sociais**. 2.ed. Petrópolis. Editora Vozes, 1996.

SILVA, M.J.; SOUSA, E.M.; FREITAS, C.L. Formação em enfermagem: interface entre as diretrizes curriculares e os conteúdos de atenção básica. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 64, n. 2, Apr. 2011 .

SILVA, I.J. *et al.* Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 43, n. 3, p. 697-703, Sept. 2009 .

SILVA, C.R.L.D.; COSTA, M.A.S.M.C. Concepts of Health in Nursing Education in Undergraduate Schools of Brazil and Portugal. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 18, n. 6, p. 1115-1122, Dec. 2010 .

SILVA, H.M.G; RIBEIRO, R. O acesso à universidade pública no Brasil e a questão social: uma análise dos dados do relatório do vestibular da Universidade Estadual Paulista Julio Mesquita Filho UNESP. **Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação**, v. 7, n. 3. 2012.

SPINK, M.J. P. **Psicologia Social e Saúde: Práticas, saberes e sentidos**. 9.ed. Petrópolis: Vozes, 2013. 339p.

TEIXEIRA, M.C.T.V.; SCHULZE, C.M.N.; CAMARGO, B.V. Representações sociais sobre a saúde na velhice: um diagnóstico psicossocial na Rede Básica de saúde. **Estudos de Psicologia**. v.7, n.2, 351- 59. 2002.

TURA, L.F.R. *et al.* Representações Sociais de saúde construídas por idosos do oeste paraense. **REV. BRAS. GERIATR. GERONTOL**, v.14, n.4, p. 743-752. 2011.

UNESCO. **Relatório de monitoramento de educação para todos Brasil 2008: educação para todos em 2015; alcançaremos a meta?** – Brasília: UNESCO, 2008.

VALE, E.G.; PAGLIUCA, L.M.F. Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: contribuição para o ensino de graduação. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 64, n. 1, p. 106-113, Feb. 2011 .

VELOSO, R.C; FERREIRA, M.A. Saúde e serviços: relações estabelecidas com os usuários à luz das representações sociais da cidadania. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p 60-5, jan/mar. 2013.

WACHELKE, J. Social representations: a review of theory and research from the structural approach. **Universitas Psychologica**, v.11, p. 729-741. 2012.

WAGNER, W. Sócio-gênese e características das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P; OLIVEIRA, D. C. (Orgs.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB. 1998. p. 3-25.

WEGNER, W; PEDRO, E.N.R. Concepções de saúde sob a ótica de mulheres cuidadoras-leigas, acompanhantes de crianças hospitalizadas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v17, n.1, p.88-93. 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A

COLETA DE EVOCAÇÕES LIVRES

Data da entrevista: /...../..... Código de identificação do participante:

1ª Parte - Dados Gerais:

Instituição: _____ Período: _____

Sexo: () Masculino () Feminino Idade: _____ anos

Nacionalidade: _____ Naturalidade: _____

Estado marital: _____ cor (por autodeclaração): _____

Religião: _____ Técnico em enfermagem: () sim () não

Renda familiar: _____ Bolsista de extensão ou IC: () sim () não

Fez estágio extracurricular? () sim () não

Se sim, em que instituição e setores? _____

Qual a escolaridade dos avós? Avô _____ /avó _____

Qual a escolaridade dos pais? Pai _____ /mãe _____

2ª Parte :

Quais as primeiras palavras que passam por sua cabeça quando ouve falar

“Saúde”?

- Por favor, marque um X ao lado das 02 palavras que você avalia como mais importante.
- Agora, justifique por que você escolheu estas palavras.

APÊNDICE B
QUESTIONÁRIO

Data da entrevista: /...../..... Código de identificação do participante:

Instituição: Período:

1- Principais fontes de acesso à informação sobre saúde:

() Televisão () rádio () revistas em geral () artigos científicos () internet em geral () redes sociais () livros em geral () livros técnicos e científicos () jornal impresso () Outros () Aulas da Faculdade () Eventos científicos

2- Saúde tem a ver com o que?

3- O que você faz no seu dia a dia que tem a ver com saúde?

4- Quando você vê uma pessoa, como você identifica que ela seja uma pessoa saudável?

5- E o que você vê que não as identifica como saudável?

6- Que práticas no dia-a-dia você diria que são IMPORTANTES para uma pessoa TER saúde?

7- E as práticas que não têm a ver com saúde, quais são?

8- Você acha que se cuida bem? Como e Por quê?

9- O que é saúde pra você?

APÊNDICE C
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EEAN/HESFA

Prezado (a) estudante, você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada: “Representações Sociais dos estudantes de Enfermagem sobre saúde” que tem como objetivos: Caracterizar as representações sociais de estudantes de graduação em enfermagem sobre saúde; Identificar as práticas de cuidado à saúde que tais representações engendram; Analisar os reflexos dos modelos biomédico e de produção social da saúde nas representações e práticas identificadas. Este é um estudo baseado em uma abordagem qualitativa, tendo como referencial a Teoria das Representações Sociais (TRS).

A pesquisa terá duração de 02 anos, com o término previsto para 2015. Em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Serão mantidos o **anonimato e confidencialidade**. Sua privacidade será garantida uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Os **dados coletados** serão utilizados somente **NESTA** pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Sua **participação** nesta pesquisa consistirá em responder a um questionário, posteriormente, alguns estudantes serão selecionados para responder perguntas a serem realizadas sob a forma de entrevista, gravada em meio digital (gravador portátil) para posterior transcrição – que será guardada por cinco (05) anos e incinerada após esse período. A sua participação é **voluntária**, ou seja, a qualquer momento você pode **recusar-se** a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento sem qualquer constrangimento. Caso a entrevista já esteja gravada, a mesma será excluída.

Você não terá ganhos ou gastos financeiros nesta pesquisa. **Os riscos** potenciais relacionados à sua participação no estudo podem ocorrer no âmbito das emoções, não sendo possível prever o efeito emocional que as perguntas poderão lhe causar. Os riscos potenciais podem ser justificados pela importância do benefício esperado. O **benefício** relacionado à sua participação será o de aumentar o conhecimento científico para a área de enfermagem além de possibilitar subsídios para a discussão acerca dos saberes e das práticas dos estudantes de enfermagem sobre saúde.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o celular/e-mail do pesquisador responsável e da orientadora do trabalho. Em caso de dúvidas as pesquisadoras estarão disponíveis a qualquer momento para esclarecimentos. Desde já agradecemos!

Dra. Márcia de Assunção Ferreira
Sousa
(Professora EEAN – UFRJ)
Cel: (21) 98563-2640
E-mail: marcia.eean@gmail.com
zaira_andressa@yahoo.com.br

Enfa. Zaira Andressa Alves de
(Mestranda Enfermagem da EEAN)
cel: (21) 97613-6057
E-mail:

Comitê de Ética em Pesquisa EEAN/HESFA: (21) 22938148/ ramal 228

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2014.

Estudante de Graduação em Enfermagem

APÊNDICE D

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA NA ESCOLA DE ENFERMAGEM AURORA DE AFONSO COSTA

Prof^a. Dr^a. Ana Lúcia Abrahão da Silva
Diretora da EEAAC-UFF

Vimos por meio desta solicitar sua autorização para desenvolver nesta instituição, a pesquisa intitulada *Representações Sociais de estudantes de graduação sobre saúde*. A presente pesquisa dará origem a dissertação de mestrado em enfermagem, em curso no Programa de Pós-Graduação da EEAN e tem por objetivo: caracterizar as representações sociais de estudantes de graduação em enfermagem sobre saúde; identificar e analisar as práticas de cuidado à saúde que tais representações engendram.

A pesquisa aplicará a teoria método das Representações Sociais, cujas técnicas serão a Livre Associação de Ideias e entrevista semiestruturada, junto aos alunos do primeiro e último período do curso de graduação. A análise será quantitativa, por meio do emprego dos softwares Alceste e Evoc. Os preceitos éticos serão respeitados, segundo a Resolução 466/2012 do CNS.

O Projeto foi aprovado em sessão acadêmica na EEAN, no dia 28 de agosto de 2014, pela banca composta pelos seguintes examinadores: Dr. Luiz Fernando Rangel Tura (IESC-UFRJ) e Dr. Enéas Rangel Teixeira (EEAAC-UFF), presidida pela orientadora, Dr^a. Márcia de Assunção Ferreira.

Esta carta é prévia à submissão do projeto na Plataforma Brasil, de modo a obter autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN-HESFA.

Agradeço a atenção e colocamo-nos à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

Rio de Janeiro, 22 de setembro de 2014.

Zaira Andressa Alves de Sousa
(Mestranda, DRE 114002023)

Márcia de Assunção Ferreira
(Prof^a. Titular da EEAN-UFRJ, Orientadora)

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA NA ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY

Prof^a. Dr^a. Neide Aparecida Titonelli Alvim
Diretora da EEAN-UFRJ

Vimos por meio desta solicitar sua autorização para desenvolver nesta instituição, a pesquisa intitulada *Representações Sociais de estudantes de graduação sobre saúde*. A presente pesquisa dará origem a dissertação de mestrado em enfermagem, em curso no Programa de Pós-Graduação da EEAN e tem por objetivo: caracterizar as representações sociais de estudantes de graduação em enfermagem sobre saúde; identificar e analisar as práticas de cuidado à saúde que tais representações engendram.

A pesquisa aplicará a teoriamétodo das Representações Sociais, cujas técnicas serão a Livre Associação de Ideias e entrevista semiestruturada, junto aos alunos do primeiro e último período do curso de graduação. A análise será quanti-qualitativa, por meio do emprego dos softwares Alceste e Evoc. Os preceitos éticos serão respeitados, segundo a Resolução 466/2012 do CNS.

O Projeto foi aprovado em sessão acadêmica na EEAN, no dia 28 de agosto de 2014, pela banca composta pelos seguintes examinadores: Dr. Luiz Fernando Rangel Tura (IESC-UFRJ) e Dr. Enéas Rangel Teixeira (EEAAC-UFF), presidida pela orientadora, Dr^a. Márcia de Assunção Ferreira.

Esta carta é prévia à submissão do projeto na Plataforma Brasil, de modo a obter autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN-HESFA.

Agradeço a atenção e colocamo-nos à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

Rio de Janeiro, 22 de setembro de 2014.

Zaira Andressa Alves de Sousa
(Mestranda, DRE 114002023)

Márcia de Assunção Ferreira
(Prof^a. Titular da EEAN-UFRJ, Orientadora)