

Saúde Pública é...: permanências e modernidades nas representações de universitários

Public Health is...: permanences and modernities in university students' representations

Marta Julia Marques Lopes

Professora Titular de Saúde Coletiva, Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Endereço: Rua São Manoel 963, Bairro Santa Cecília, CEP 90620-110, Porto Alegre, RS, Brasil.
E-mail: marta@enf.ufrgs.br

André Luis Machado Bueno

Bolsista PIBIC, Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Endereço: Rua São Manoel 963, Bairro Santa Cecília, CEP 90620-110, Porto Alegre, RS, Brasil.
E-mail: andre.mbueno@pop.com.br

Resumo

Este artigo apresenta e discute os resultados de uma pesquisa sobre as formas com que indivíduos e grupos entendem e representam a **saúde pública** como espaço de intervenção e assistência na área da saúde. Discute-se como estudantes universitários da área de saúde representam essas práticas, considerando que as representações são processos sócio-cognitivos, dependentes do sujeito, mas influenciados pelas condições sociais nas quais se elaboram e se transmitem. Trata-se de um estudo qualitativo, que se estendeu por oito semestres com oito turmas de estudantes de graduação em enfermagem, totalizando, aproximadamente, 350 alunos. Durante quatro anos (2000-2004), utilizamos a técnica de associação livre de palavras e expressões para desencadear, em sala de aula, a discussão temática ou “problemática” da **saúde pública** como campo de estudo e prática. Foram produzidos oito cartazes associativos categorizando o material por turmas de estudantes. A **saúde pública** configura-se em palco de representações com significados, predominantemente negativos para diferentes sujeitos. Predominou a idéia de que a saúde pública “serve para quem não tem escolha” ao lado de uma idealização do seu potencial transformador configurado no Sistema Único de Saúde (SUS).

Palavras-chave: Saúde Pública; Representações Sociais; Universitários.

Abstract

This article presents and discusses results of a study that investigated the ways in which subjects and groups understand and represent **public health** as a space of intervention and care in the health field. The discussion is about how university students in the health area represent such practices, considering that the representations are social and cognitive processes that depend on the subject but which are influenced by the social conditions in which they are elaborated and transmitted. It is a qualitative study conducted along 8 semesters with 8 groups of undergraduate students of the Nursing School, totaling 350 students approximately. During 4 years (2000/2004), we utilized the technique of free association of words and expressions in order to promote, in the classroom, the discussion on the theme or “problem” of **public health** as a field of study and practice. Eight posters were produced in connection with the issue and the material was set into categories per groups of students. **Public health** is configured on a stage of representations with meanings which are predominantly negative for different subjects. The predominant idea was that public health “is suitable for those who do not have any choice” and at the same time its transforming potential is idealized in Brazil’s National Health System (SUS).

Keywords: Public Health; Social Representations; University Students.

Introdução

Este artigo apresenta os resultados de uma pesquisa sobre as formas com que indivíduos e grupos entendem e representam a saúde pública como espaço de intervenção e assistência na área da saúde. Esses entendimentos resultam de representações que refletem e “instituem” profundas marcas e, muitas vezes, permanências, na maneira com que indivíduos e coletivos pensam e avaliam os serviços oferecidos no campo da saúde pública.

A terminologia de saúde pública traz consigo a base lingüística, comunicacional, das representações sobre esses serviços, sendo a denominação mais comumente usada e de maior domínio da população. Dessa forma, é nela que se assentam as concepções de senso comum e que constituem o que as pessoas entendem sobre esse campo específico da saúde. Refere-se, de maneira geral, aos serviços públicos de saúde oferecidos de forma gratuita à população. Os serviços oferecidos constituem hoje o que se denomina Atenção Básica de Saúde na forma de unidades de serviços do tipo ambulatorial, mais frequentemente representadas pelos “postos de saúde”, pronto-atendimentos e emergências hospitalares públicas.

Nesse campo, outras denominações têm presença histórica como a denominação de “saúde comunitária”, que se restringe ao domínio de uma minoria de profissionais da área e se refere, comumente, a projetos específicos que marcam experiências localizadas em saúde para grupos com demarcações ideológicas e espaciais. A denominação de “saúde coletiva” tem sido utilizada com mais frequência na atualidade, justificada pela necessidade de dar conta da abrangência das ações postas em prática para fazer frente à complexidade e diversidade desse campo de saberes e práticas da saúde. No entanto, essa última, limita-se a um espaço puramente acadêmico de compreensão dos eventos ligados à saúde das populações. Portanto, acredita-se que é no “conceito” de saúde pública que se enraízam as compreensões e significados do sistema de políticas e ações assistenciais públicas de saúde.

A partir dessa compreensão, buscamos elementos teóricos que nos fornecessem sustentação para discutir sobre as formas com que estudantes universitários da área da saúde representam essas práticas e, portanto, como as entendem, no sentido de subsidiarmos

nossas abordagens pedagógicas em sala de aula e em campo de atuação das práticas acadêmicas disciplinares. Motivá-los para a atuação e reorientação das atuais práticas foi outro elemento de estímulo à pesquisa.

Assim, acredita-se que essas denominações das práticas sociais de intervenção no processo saúde” adoecimento são marcadas pelas representações dos grupos, em particular daqueles que são mais afetados, sujeitos ou sujeitados a elas. Na perspectiva teórica de Moscovici (1984) ao falarmos em representações, referimo-nos sempre ao social, pois, para o autor, não existe uma realidade objetiva definida por componentes objetivos de uma situação e seu objeto. Toda a realidade é representada e apropriada por indivíduos ou grupos, reconstruída no seu sistema cognitivo, integrada no seu sistema de valores dependente da sua história e do contexto social e ideológico que os envolve. Para Moscovici (1984), toda representação é, portanto, uma forma de visão global e unitária de um objeto, mas também de um sujeito (Moscovici, 1984; Abric, 1997).

Segundo Jodelet (1993) as representações sociais são formas de conhecimento socialmente elaborado e compartilhado em uma visão prática e que levam à construção de uma realidade comum a um grupo social.

Nesse sentido, ao representarmos realidades integramos características do objeto e das nossas experiências anteriores como sujeitos, juntamente com nosso sistema de atitudes e normas. Assim, na linha das teorizações das noções apresentadas pelos autores citados, indivíduos e grupos estruturam uma visão funcional do mundo, atribuem-lhes sentidos para condutas, compreendem a realidade com ferramentas próprias ou referências, adaptam-se, enfim, definem sua própria posição em relação a essa realidade. Dessa forma, podemos considerar as representações como guias para ação, formas de orientação da ação e das relações sociais que estabelecemos. Indo mais além, é possível considerá-las processos sócio-cognitivos, dependentes do sujeito, mas influenciados pelas condições sociais nas quais se elaboram e se transmitem essas representações (Lopes e Ferreira, 1998; Ferreira, 2000).

Esse referencial permite, neste texto, pensarmos as práticas de saúde na perspectiva dos serviços de saúde oferecidos aos distintos grupos sociais. Particularmente, em se tratando de saúde pública, definida como as políticas e a oferta de serviços do Estado às populações, caracterizados como sistemas universais

e gratuitos, evidencia-se, portanto, a população consumidora desses serviços. Consta-se que é o grau de dependência econômica desse sistema assistencial e previdenciário que define os contextos de produção de significados, os quais são marcados por essa condição.

Essas compreensões encaminham a opção pela denominação “Saúde Pública” para desencadear esta pesquisa e, portanto, esta discussão. Trata-se de denominação consagrada historicamente na definição da ação do Estado sobre as questões de saúde. Pensa-se também que está ancorada suficientemente nos processos discursivos de senso comum, que permitem identificar as representações e suas condições de produção.

Nessa direção, a escolha dos sujeitos para a realização deste estudo foi definida a partir da necessidade de evoluirmos na discussão - compreensão do que universitários de um curso da área de saúde entendem por saúde pública ao serem iniciados no campo de estudo dessas práticas. A introdução dessa discussão como parte do conteúdo disciplinar e da aproximação dos estudantes com as práticas nesse campo proporcionadas no sétimo semestre de um curso de enfermagem levou-nos a tentar compreender as formas prévias de apropriação dessa realidade pelos estudantes.

Enfim, esses seriam, no nosso entendimento, elementos necessários para desencadearmos de forma investigativa, uma leitura das lógicas que influenciam as opções e as escolhas por campos de atuação profissional. A pesquisa, nesse sentido, foi construída a partir desses elementos, considerando que a enfermagem e as (os) enfermeiras (os), particularmente, estão presentes de forma substancial nesse campo.

Assim, este artigo apresenta, na seqüência, os fundamentos metodológicos considerados em sua consonância com a abordagem das representações sociais, ou seja, segundo Abric (1994a), existem formas de investigar que são próprias para fazer emergir essas representações, permitindo análises mais complexas.

Fundamentos Teóricos e Metodológicos

Trata-se de um estudo qualitativo que se estendeu por oito semestres (quatro anos) com oito turmas de estudantes de graduação em enfermagem, totalizando aproximadamente 350 alunos. Algumas quantificações

foram utilizadas para expressar o número de associações propostas pela técnica de coleta de dados e o contingente de sujeitos envolvidos. Nesse sentido, durante quatro anos (2000-2004), utilizamos a técnica de associação livre de palavras e expressões para desencadearmos, em sala de aula, a discussão temática ou “problemática” da saúde pública como campo de estudo e prática. Produziram-se oito cartazes associativos agregando o material categorizado por turmas de estudantes.

Para alcançarmos esse objetivo, ao analisarmos as manifestações verbais a respeito da denominação saúde pública, optamos por apreendê-las por meio do conteúdo e da organização das formas de expressão a respeito do tema.

Segundo as referências teóricas utilizadas como base reflexiva, essa é uma das formas de recuperar os componentes de uma representação. Outra forma é analisar sua organização, a estrutura interna da representação social e hierarquicamente seus elementos.

Trata-se, portanto, de recuperar uma produção verbal a respeito da temática, nesse caso a saúde pública que, segundo Abric (1994a), permite reduzir as dificuldades ou os limites da expressão discursiva. Consiste em, a partir de uma palavra indutora ou de uma série de palavras apresentadas ao sujeito ou sujeitos, produzir a motivação de manifestar todas as palavras, expressões ou adjetivos que lhes vêm a cabeça. Dessa forma, para o autor, o caráter espontâneo, menos controlado, e a dimensão projetiva dessa produção permite acesso muito mais rápido aos elementos que constituem o universo semântico do termo ou do objeto estudado que em uma entrevista,

Para a análise desses elementos, levantados a partir dessa técnica, necessita-se, primeiramente, considerar o sistema de categorias utilizadas pelos sujeitos, o que permite chegar ao conteúdo da representação. Em seguida, é necessário chegar aos elementos organizadores desse conteúdo. Para Abric (1994b), três indicadores podem ser utilizados: a frequência do item na população; seu lugar ou ordem de aparecimento na associação e sua importância para os sujeitos designada por eles próprios. Nessa perspectiva, a frequência e a ordem de aparecimento são indicadores do papel organizador dessa associação na representação. Além dessas categorizações e elementos hierarquizados, utilizaram-se as cores vermelha e azul para so-

licitar aos alunos que indicassem conotação positiva ou negativa nas palavras ou expressões referente ao termo indutor. Essa particularização “colorida”, permitiu também uma visão do conjunto das associações, estabelecendo um contraste visual em que o conteúdo das associações aparece indicando a predominância da referência positiva ou negativa à palavra indutora.

O material coletado na forma de associações foi organizado na forma de cartazes por turma de estudantes, totalizando oito cartazes. Cada ficha continha todas as palavras e ou expressões por ordem de aparecimento e importância. Para permitir a análise, organizaram-se as associações por categorias de conteúdo e pela ordem de aparecimento, privilegiando para essa análise as três primeiras palavras ou termos surgidos no sentido de elaborarmos cartazes associativos e algumas figuras associativas como optamos por denominar.

Resultados

Saúde Pública é...

As associações manifestadas, ao se usar o termo indutor “saúde pública”, totalizaram 142, entre palavras e expressões agregando até três termos. As expressões agregando três termos foram apenas duas do total de 142. Optamos por apresentar nestes resultados as associações mais frequentes com frequência de cinco ou mais citações. No entanto, ao categorizarmos de forma temática os termos e expressões, nos referimos ao total das 142 associações, evidentemente sem considerarmos as repetições.

Observa-se que em sete das oito turmas que participaram do estudo aparece a palavra prevenção, sendo a associação mais frequente. O leque semântico, nesse sentido, vai desde as clássicas associações à “prevenção”, “saneamento”, “fila” (associações mais comuns), até a uma terminologia que agrega “modernidade”, atualidade, ao se pensar nos serviços de saúde pública como “violência”, “desemprego”, “marginalidade”, entre outras.

Segundo as noções de Abric (1997), poderíamos talvez interpretar essas “novidades” de sentido como oriundas da periferia do sistema de representações, ou informações novas, que afetam a representação em si ou o núcleo central, como define o autor, mas estão mais distantes e possuem maior variabilidade e me-

nor freqüência do que o ponto mais estável e central. Representam o resultado entre as interações das experiências cotidianas dos indivíduos. Sua função é permitir a adaptação à realidade concreta respeitando a diferença de conteúdo. Têm como características, permitir a integração de experiências individuais; tolerar a heterogeneidade do grupo; ser flexível, ou seja, sensível ao conteúdo imediato, e evolutivo. Assim, muda-se com mais facilidade o sistema periférico (opinião) do que a atitude que está vinculada ao núcleo central.

A ordem de aparecimento das palavras e expressões por turmas de um a oito está representada no

Quadro 1, que mostra o que chamamos de cartazes associativos, estruturados a partir das três primeiras referências.

Considerando as palavras mais freqüentes e as três primeiras evocadas em cada um dos oito cartazes associativos, pode-se dizer que saúde pública se associa, na primeira linha de referência, a fila, criatividade, dedicação, falta de dinheiro, mau atendimento, povo, moradia (más condições), desvalorização; na segunda linha, a falta de verba; prevenção, falta de higiene, posto (repetida no 4º, 5º, 8º cartazes), demora, caos; na terceira linha, a prevenção, participação, povo, fila (repetida no 4º, 5º, 6º cartazes), comunicação, política.

Quadro 1 - Saúde Pública - Associações com freqüência 5 ou mais entre as 8 turmas de estudantes, EENF/UFRGS, entre 2000 e 2004

Freqüência decrescente - Associações: palavras/expressões		
7 vezes	6 vezes	5 vezes
Prevenção	Política	SUS
	Precariedade	Fila
	Poucos recursos	Alimentação precária
	Recessão	Condições sanitárias precárias
	Sucateamento	Crianças
	Falência	Culturas
	Gestão	Desemprego
	Imposto	Educação
	Necessidade de recursos	Escabiose
	Adm. de recursos	Esgotos
	CPMF	Famílias
	Desvio de recursos	Fome
	Desvio de remédio	Higiene (falta de)
	Dinheiro (falta de)	Ineficiência
		Marginalidade
		Miséria
		Moradia (más condições)
		Morte
		Parasitoses
		Pobreza
		População
		Povo
		Saneamento
		Sarna
		Sujeira
		SUS
		Vila
		Violência

Analisando o conteúdo dessas associações constata-se primeiramente o caráter predominantemente negativo que caracteriza as referências dos estudantes à saúde pública. Esse caráter pode ser visualizado também pelo contraste de cores apresentado no diagrama (Figura 1), o qual associa a cor cinza claro a aspectos positivos, a cor cinza escuro aos negativos e as duas cores às associações com essas duas conotações, tanto positivas como negativas congregadas.

No que diz respeito às primeiras palavras associadas em cada grupo, por exemplo, tem-se a conotação de serviço precário, desvalorizado, sem recursos, de difícil acesso, dirigido a populações pobres (povo) e mal atendido, o que está expresso nas longas filas de

espera para obtê-lo e no “caos” da sua organização. As palavras criatividade e dedicação, com caráter positivo, correspondem às características dos servidores ou trabalhadores, que, embora atuando em um espaço desvalorizado e precário, evidenciam a necessidade de “fazer milagres” sendo inventivos e mostrando compromisso com o trabalho que desenvolvem e com a população assistida, na avaliação dos estudantes. As associações seguintes reforçam essa condição de dificuldades, tanto da população assistida quanto do serviço oferecido, indicando fragilidades nas políticas de implementação, organização e gestão desses serviços. No entanto, associa-se positivamente o caráter preventivo das práticas nesse campo.

Figura 1 - Associações mais frequentes e as conotações positivas, negativas e mistas entre as 8 turmas de estudantes de 2000 a 2004.



Ao solicitarmos aos estudantes que marcassem as palavras ou expressões com cores indicativas de conotação positiva (cinza claro) e negativa (cinza escuro) ou mista (cinza claro e escuro), considerando as três primeiras associações, observaram-se referências predominantemente negativas em seis dos oito grupos. Se considerarmos as conotações mistas, ou seja, nas quais não existe predominância do positivo, somam sete os grupos em que a saúde pública é representada verbalmente de forma negativa. Ao considerarmos as primeiras associações por ordem de aparecimento, tem-se que seis dentre as oito palavras ou expressões têm conotação negativa. Na segunda linha de associações quatro das palavras têm conotação negativa e as restantes correspondem à palavra “posto” com algum tipo de referência à precariedade. Para a terceira linha, observam-se quatro associações com conotação negativas em si e as restantes relativizadas

nas explicações dos estudantes como política (clientelismo ou desajuste), povo (sentido de exclusão) e comunicação como dificuldade na operacionalização dos serviços. Esta última refere-se também à participação e a potencialidades do sistema, no sentido da proximidade com a população e acessibilidade “cultural”.

Outra perspectiva de análise complementar considerou o conjunto das associações (142) e resultou em um esforço de sintetizar significados a partir de categorias de classificação por conteúdo temático. Acredita-se que estiveram implicadas nas associações categorias de significado que podem ser sistematizadas como: 1 acesso e atendimento; 2 demanda; 3 práticas e modelos assistenciais; 4 elemento humano (pessoal); 5 recursos materiais/financeiros; 6 direitos individuais e sociais.

Dessa forma, encontraram-se as seguintes associações (Quadro 2):

Quadro 2 - Associação de palavras por ordem de aparecimento entre as 8 turmas de estudantes entre 2000 e 2004

Cartazes Associativos	Palavras/expressões*		
	1	2	3
Cartaz 1	Fila	Verba (falta de)	Prevenção
Cartaz 2	Criatividade	Prevenção	Participação
Cartaz 3	Dedicação	Higiene (precária)	Povo
Cartaz 4	Dinheiro (falta de)	Posto	Fila
Cartaz 5	Atendimento (mau)	Posto	Fila
Cartaz 6	Povo	Demora	Fila
Cartaz 7	Moradia	Caos	Comunicação
Cartaz 8	Desvalorização	Posto	Política

*Optou-se por apresentar apenas as três primeiras palavras/expressões.

• **Categoria 1 - acesso e atendimento:** equidade; integralidade; gratuidade; ausência de acesso e atendimento; falta de consultas; desarticulação; burocracia; bagunça; fila; fichas (poucas); espera; mau humor; má vontade; brigas; mau atendimento; desilusão; ineficiência; falta de qualidade; frustração; desrespeito; inacessibilidade; greve; dificuldades; discriminação; precariedade; tristeza; madrugadas; paciência (espera). Essa categoria evidencia que o acolhimento das demandas se configura em um velho e persistente problema. A referência atesta que os estudantes repro-

duzem as queixas dos usuários e as influenciadas pela mídia. Espera-se respeito e tratamento digno, consubstanciado em um atendimento humanizado; com equidade, universalidade e integralidade, que se expresse, tanto em uma recepção cordial, como em locais adequados para serem recebidos; quantidade de atendimentos suficiente; condições adequadas de espera nos serviços e respeito às suas limitações. Nesse sentido, esses saberes relativos, construídos socialmente e, portanto, compartilhados, tornam-se linguagem entre os estudantes, orientando comunicações e condutas.

• **Categoria 2 - demanda:** população (excluída); vazios (locais desassistidos); vila; comunidades pobres; desempregados; em más condições sanitárias; doenças/doentes; higiene (falta de); más condições de moradia; crianças (maior demanda); desigualdades sociais; miséria; morte (na fila); parasitoses (freqüentes); piolhos (freqüentes); saneamento (falta de); sarna; sujeira; fome; vergonha; violência; drogas; esperança/frustração. Essa categoria mostra com clareza o tipo de relação que os estudantes estabelecem entre oferta de serviços e populações desfavorecidas economicamente. Nesse sentido, ficam evidentes as correlações entre sistema público de saúde e reprodução das desigualdades sociais. A oferta de serviços precários e o seu acesso limitado estariam colocados na mesma dimensão das oportunidades na vida social. Dessa forma se poderia pensar em certa “naturalização” da situação. O desemprego e a violência evocados no sistema periférico de associações estariam correspondendo ao contexto socioeconômico. Sendo que a violência foi mencionada também na sua dimensão institucional e no sentido daquela imposta aos trabalhadores dos postos e unidades de atenção básica. A violência verbal, acusações de incompetência e mesmo agressões físicas fazem parte do cotidiano de diferentes serviços. Isso seria resultado de situações em que a precariedade dos serviços, tanto no que se refere aos recursos materiais como de qualificação profissional, responderia por boa parcela dessas reações violentas. Os estudantes ao referirem esses termos parecem considerar, além de suas próprias vivências, as queixas de servidores em algum momento de suas práticas de estágio disciplinar, manifestadas ou presenciadas, além da influência da mídia.

• **Categoria 3 - práticas e modelos assistenciais:** equipe (trabalho de); ambulâncioterapia; burocracia; prevenção; programas de saúde; promoção da saúde; campanhas; vacinação; PSF; qualidade de vida; responsabilidade; escuta; busca ativa; compartimentação; comprometimento; consultas; criatividade; práticas culturais; dedicação; desarticulação; descentralização; desilusão; frustração; desvalorização; disponibilidade; doação; otimismo; responsabilidade; saber ouvir; solidariedade; visita domiciliar; vocação; educação; grupos; informação; orientação. Considera-se que as associações evidenciam em seu conteúdo as influências dos ideais do SUS. As características dos servi-

ços, nesse caso, estariam em consonância com serviços capazes de proporcionar qualidade assistencial, respeitando os princípios do SUS e os direitos constitucionais. Na prática, essas idealizações misturam-se na fragilidade da articulação entre os serviços e na precariedade de implantação de muitas das práticas preconizadas. Os ideais misturam-se, portanto, com frustração e desilusão de quem deveria cuidar com integralidade e competência. No entanto, persistem associados valores potenciais como os vocacionais, a dedicação, o comprometimento, a responsabilidade, a escuta e a criatividade. Os estudantes deste estudo, mostram, portanto, ambivalência, ao acreditarem nas potencialidades do Sistema Único de Saúde e na atenção básica em particular, mantendo certo otimismo que se alicerça na dedicação e no trabalho de equipe multiprofissional preconizado.

• **Categoria 4 - elemento humano (pessoal):** agente de saúde (elemento novo); briga (discussão); carência de profissionais; corrupção; (des)comprometimento; dedicação; desrespeito; desvalorização, disponibilidade; doação; falta de qualidade; greve; má vontade; mau atendimento; mau humor; otimismo; recursos humanos (falta de); vocação; responsabilidade. A velha e sempre atual queixa de falta de cordialidade, respeito e resolutividade transparece nessas associações. As dificuldades com a ineficiência e a falta de quantitativos de pessoal, bem como sua qualificação, são identificadas. É importante salientar a referência ao agente comunitário de saúde como um elemento de integração com a comunidade. As referências são positivas, mesmo que calcadas em elementos idealizados como no “papel” definido para esse integrante da equipe particularmente na estratégia de saúde da família. Pensa-se, a partir dos referenciais, a proposta de saúde da família como essencialmente boa e seus elementos constitutivos como adequados à implementação das ações ampliadas para além das paredes das unidades. Uma preocupação que mostra certa tolerância com essas incongruências dos serviços oferecidos e certa “desculpa” aos trabalhadores, é devida ao esforço deles em trabalharem na precariedade e de assistirem a população (por vezes hostil) em situação tão adversa. Palavras como vocação, dedicação, otimismo, responsabilidade, doação, disponibilidade, parecem amenizar “a culpa”. A despeito de tudo, esses elementos são calcados em individualidades no esforço e

criatividade de cada um, que ajudam a tolerar o intolerável. A fragilidade dos vínculos de trabalho, das condições de trabalho, o pouco estímulo e as adversidades do meio funcionam como elementos explicativos.

• **Categoria 5 - recursos materiais/financeiros:** corrupção; desvio de recursos; desvio de remédio; falência; falta de verba; imposto/CPMF (falta de retorno); necessidade de recursos; poucos recursos; precariedade; sucateamento; recessão. As associações referentes a recursos, classicamente, atestam desconfiança. Particularmente a “falta de remédios” é atribuída a desvios de recursos e sonegação por parte de funcionários, que se utilizam dessa situação para demonstrações de poder e/ou barganha. A consciência de que o recurso público é freqüentemente alvo de corrupção e desviado dos fins para os quais deve se destinar alimenta a desconfiança que se dirige aos representantes do poder público mais próximo, ou seja, os trabalhadores da atenção básica. A idéia de sucateamento e precariedade vincula-se, em parte, à estrutura física que, em muitas situações, tem se mostrado resultado de adaptações de edificações existentes na comunidade que, nem sempre, se mostram adequadas ao funcionamento de um serviço de saúde. Permanece a idéia, que não é só idéia, de que, no Brasil, se paga muito imposto e, não necessariamente, existe o retorno em forma de benefícios para os mais necessitados.

• **Categoria 6 - direitos individuais e sociais:** cidadania (direito); coletividade (acesso); desigualdade; direito (a saúde); discriminação; equidade; esperança; frustração; governo (não garante); gratuito; humanização; igualdade; integralidade; militância; para todos; participação; política; povo; progresso; qualidade de vida; saneamento (acesso); solidariedade (social); solução; SUS; transformação; universalidade. A compreensão dos estudantes de que saúde se coloca no plano dos direitos dos cidadãos resulta na referência a um sistema injusto e desigual. A discriminação coloca-se nas explicações que se sustentam de que “ser pobre” é ser discriminado e não ter seus direitos respeitados. A frustração pela ausência de garantias da parte do Estado e dos governos, da equidade e da saúde “para todos” (universalidade) alimenta o descrédito. No entanto, o SUS é referido de forma ambivalente, insistentemente idealizado, no sentido de que representa uma esperança potencial coletiva e huma-

nizada de acesso a serviços de qualidades e integrados em um sistema solidário de atenção à saúde. É vislumbrado como solução político-assistencial, resultante da luta pelos direitos coletivos (participação) e como potencial transformação rumo a propostas terapêutico-assistenciais que privilegiem a qualidade de vida.

Considerações Finais

As representações sociais possibilitam o acesso a um campo vasto de investigação no sentido de compreender as diversas relações que se estabelecem na área da saúde, como por exemplo, aquelas que constituem e constituem-se das vivências individuais e coletivas da doença, do cuidado, dos cuidadores e dos serviços. Esses estudos podem auxiliar na compreensão do processo de adoecimento e nas concepções e práticas do ser saudável, na compreensão dos comportamentos e hábitos de saúde de uma população, como por exemplo, os processos de construção dos conceitos populares sobre a doença, permitindo entender a articulação que esses grupos sociais fazem entre o conhecimento científico, o saber popular e as informações veiculadas pela mídia (Jodelet e Madeira, 1998).

No campo da saúde, observa-se cada vez mais que todas as ações e ou omissões quanto ao auto-cuidado estão relacionadas com modelos, valores socioculturais e crenças. Não são apenas opções individuais como pressupõe o modelo biologicista, resultado de concepções e práticas em saúde dominantes no mundo ocidental. O processo saúde”doença e a busca de cuidados nas representações sociais são vistos como processos dinâmicos, históricos e sociais. O cuidado proporcionado nos serviços, nessa perspectiva, está em constante transformação, aberto às inúmeras influências cotidianas, exigindo constante repensar do seu conteúdo e expressão nas práticas sociais. Desta forma, por meio da riqueza de elementos levantados sobre determinados grupos em situações específicas, podemos transpor e transformar, nas práticas de cuidado em saúde, as influências de modelos ou desenhos assistenciais limitantes e que reduzem a complexidade desses fenômenos.

Os serviços públicos de saúde constituem-se em arena de contradições políticas expressando, em nos-

so meio, uma longa história de clientelismo e precariedade, que marcam e instituem permanências nas formas de entendimento dessas práticas por indivíduos e grupos sociais. Nesse caso, esses entendimentos não são uma constante apenas entre as camadas mais desfavorecidas da população, que correspondem em sua maioria aos “sujeitados”, guardando os limites desse sujeitamento, evidentemente. Esses últimos, entendidos não no sentido de incapazes de crítica ou reação ao sistema, mas no sentido de falta de escolha por dependerem economicamente do sistema público e gratuito. Esses entendimentos constituem também as concepções de outros grupos sociais, como os estudantes universitários deste estudo, que analisam os serviços e os visualizam como aquilo que é “para o consumo dos outros” pobres e excluídos. Apesar de, em sua maioria, não serem oriundos de camadas economicamente privilegiadas, os estudantes expressam distanciamento ou descompromisso, como se não fossem atingidos pelo problema, enquanto futuros profissionais e cidadãos. Os sentimentos expressos indicam atitudes de conformidade preocupantes, a nosso ver, considerando as potencialidades transformadoras das práticas nesse campo. A **saúde pública** configura-se, portanto, em palco de representações com significados predominantemente negativos para diferentes sujeitos. Pode-se perguntar: quem se beneficia com a saúde pública? Parece predominar a idéia de que a saúde pública “serve para quem não tem escolha”.

Essas referências, apesar de um pouco desalentadoras para quem assume papel protagonista e acredita nas potencialidades de políticas e práticas nesse campo, auxiliam na compreensão das representações sociais como elementos de entendimento, apreensão e indutores de práticas sociais das realidades, o que pode ser extremamente útil para compreendermos quem somos, o que sabemos, a quem prestamos o cuidado, qual é esse cuidado e seus significados. Nesse sentido, acredita-se que estudos norteados pela noção de representações sociais podem auxiliar a área da saúde na compreensão dos aspectos que moldam e influenciam o agir dos sujeitos e expressam-se em

suas vivências subjetivas e de grupo manifestadas cotidianamente. A construção e a articulação das práticas de enfermagem, por exemplo, podem ser compreendidas no contexto histórico-social, suas relações com as outras profissões da área de saúde, sua inserção nos processos de trabalho e capacidade de articulação de práticas terapêuticas dinâmicas e propositivas com elementos de transformação.

Referências

- ABRIC, J. C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; Oliveira, D. C. *Estudos interdisciplinares de representação social*. Goiânia: AB, 1997. p. 27-38.
- ABRIC, J. C. Méthodologie de recueil des représentations sociales. In: ABRIC, J. C. (Org). *Pratiques sociales et représentations*. Paris: Puf, 1994a. p. 59-82.
- ABRIC, J. C. (Org). *Pratiques sociales et représentations*. Paris: Puf, 1994b.
- FERREIRA, S. R. S. *O amor e o namoro me interessam, a Aids nem tanto!...*: representações sociais da Aids entre jovens de uma escola estadual de Ensino Fundamental de Porto Alegre. 2000. Dissertação - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2000.
- JODELET, D. *Les représentations sociales*. Paris: Puf, 1993.
- JODELET, D.; MADEIRA, M. C. *AIDS e representações sociais: a busca de sentidos*. Natal: EDUFRRN, 1998.
- LOPES, M. J. M.; FERREIRA, S. R. S. As representações sociais e os aspectos socio-cognitivos da prevenção da AIDS entre jovens escolares. 1998. Projeto de Pesquisa - Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1998.
- MOSCOVICI, S. *Psicologia social I e II*. Barcelona: Paidós Ibérica, 1984.

Recebido em: 12/09/2006

Aprovado em: 28/03/2007