

# SAÚDE, CIDADANIA E QUALIDADE DE VIDA: ESTUDO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE TRABALHADORES DE UMA COOPERATIVA POPULAR

Health, citizenship and quality of life: study of the social representations of workers that a popular cooperative

Márcia Niituma Ogata<sup>1</sup>; Cássia Irene Spinelli Arantes<sup>1</sup>; Maria Lúcia Teixeira Machado<sup>1</sup>; Yaisa França<sup>2</sup>

## RESUMO

A representação de saúde e doença tem diferentes significados e sentidos conforme a época e os grupos sociais em que se inscrevem. Compreender as concepções que os indivíduos têm do processo saúde/doença torna-se fundamental, uma vez que elas conduzem para o cuidado com a própria saúde. Este estudo teve por objetivo identificar as representações sociais dos membros de uma Cooperativa Popular sobre saúde/doença, sobre o SUS (Sistema Único de Saúde) e propor indicadores para planejamento de ação educativa. A pesquisa foi desenvolvida através da observação da população, aproximação com o grupo e realização de entrevistas semi-estruturadas analisadas qualitativamente. Foram identificadas três categorias (saúde/doença como ausência de sinais e sintomas, como capacidade física, e ancorada na medicalização), identificando a representação social de saúde/doença como vida/trabalho/morte. Os dados permitiram compreender o universo consensual deste grupo e refletir sobre a necessidade de ações de educação em saúde que busquem ampliar as formas de olhar e praticar as ações de saúde em busca de melhoria da qualidade de vida dos sujeitos deste estudo.

**PALAVRAS-CHAVE:** Conduta de Saúde, Atitude Frente à Saúde, Processo Saúde-Doença; Participação Comunitária. Sistema Único de Saúde.

## INTRODUÇÃO

As experiências subjetivas de saúde e de doença ganham diferentes significados e sentidos em diferentes épocas, regiões e grupos sociais em que se inscrevem.

## ABSTRACT

The concept of health and disease has a different meaning and sense according to the times and the social groups in which they are embedded. It becomes fundamental to understand the concept that individuals have regarding the health-disease process, once they seek care for their own health. This study had as its objectives: to identify the social concepts of health/disease of the members of a Popular Cooperative with regard to S.U.S. (Unified Health System), and to propose indicators for the planning of educational activities. The research was developed through observation of the population, meeting the group and carrying out semi-structured interviews for qualitative analysis. Three categories (health / disease in the absence of signs and symptoms, physical capacity, and anchored in the “medicalization” of the condition), identified the social concepts of health/sickness with life/work/ death. The data helped us understand the overall consensus of this group and then to consider the need for health education activities that tries to expand their ways of seeing in order to use healthier practices for improving the quality of the lives of the individuals in this study.

**KEY WORDS:** Health Behavior, Attitude to Health, Health-Disease Process; Consumer Participation. Single Health System.

Para Birman (1991), a saúde está na ordem do simbólico e da significação e o primeiro mostra-se tão concreto quanto os distúrbios do corpo. E, como o homem é um ser simbólico, ele desenha em sua mente, significados e sentidos de acordo com os códigos culturais e suas relações sociais.

<sup>1</sup> Universidade Federal de São Carlos, Prof. Adjunta do Departamento de Enfermagem  
Endereço: R. Manoel Rodrigues Jacob, nº 1451, casa 66. Santa Angelina CEP:14.802-195- Araraquara/SP – Fone: (16)9786-0663- E-mail: ogata@ufscar.br

<sup>2</sup> Universidade Federal de São Carlos, enfermeira, aluna do Curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade

O que poderá alterar o funcionamento do seu corpo e suas relações com sua saúde.

Os povos primitivos explicavam a doença a partir de concepções mágicas. O doente sentia-se vítima de espíritos malignos e, portanto, deixava-se definhando até morrer.

A partir das observações empíricas de Hipócrates, novas formas de conhecimento começam a surgir, vindo a modificar a forma de conceber a saúde e a doença. Nasceu então, a visão racional da medicina que condicionava fatores ambientais à doença.

Ao separar mente (alma/indivisível) e o corpo (divisível), Descartes (1987) comparava o corpo a uma máquina muito complexa e tudo o que ocorresse nela deveria ser fisicamente explicado. A partir dessa concepção, a medicina encarregou-se da parte corpórea, em que as doenças passaram a pertencer somente ao corpo e as questões da alma pertenciam somente a Deus.

Essa visão divisível de corpo e mente reflete-se na dificuldade de ver o indivíduo de forma integral. Nesse modelo, o homem perdeu sua identidade e passou a ser denominado como uma peça de engrenagem. As particularidades do indivíduo e os aspectos psicossociais são claramente anulados.

No Brasil, em 1986, aconteceu a 8ª Conferência Nacional de Saúde. Nesse evento, firmou-se um novo conceito para a saúde, não a considerando mais como mera ausência de sinais e sintomas patológicos, mas sim definindo saúde dentro de um contexto histórico de uma determinada sociedade e em um dado momento, sendo resultado de conquistas sociais.

A partir disso, formulou-se o que se denominou conceito ampliado de saúde:

*Saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas continuadas. (BRASIL, 1987, p.4).*

Em decorrência das discussões que emergiram desse evento sobre os determinantes e o direito à saúde, em 1988, a saúde conquistou seu espaço na Constituição Federativa do Brasil, como uma Seção do Capítulo II da Seguridade Social, do Título da Ordem Social onde é colocada como

um direito de todo cidadão e um dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas (BRASIL, 1991).

A legislação brasileira na área da saúde é considerada uma das mais avançadas do mundo, trazendo a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), um projeto de saúde baseado em princípios de planejamento e não apenas de mercado.

À luz do conceito ampliado de saúde (BRASIL, 1987) que incorpora dimensões relacionadas à qualidade de vida, participação social, de meio ambiente saudável e oportunidades de educação ao longo de toda a vida, é de extrema relevância a atuação em grupos sociais em seus diferentes espaços de organização da vida cotidiana, onde se manifestam as articulações entre os processos biológicos e sociais que determinam a saúde, no sentido de propiciar reflexões sobre saúde e cidadania, fortalecendo a população para o cuidado com a própria saúde e para participação social efetiva na defesa dos direitos coletivos da saúde.

Por isso é importante conhecer as concepções que esses sujeitos têm de saúde e doença.

Os estudos das representações sociais têm tido papel importante na área da saúde por preocupar-se com a subjetividade do cotidiano e com as relações que a permeiam. As representações sociais de saúde/doença permitem expor as concepções individuais, do grupo e de sua relação com o mundo social (OGATA, 2000).

Para Moscovici (1978), na Teoria das Representações Sociais, estas

*concernem aos conteúdos do pensamento cotidiano e ao estoque de idéias que dão coerência às nossas crenças religiosas, idéias políticas e às conexões que criamos tão espontaneamente como respiramos. Elas tornam possível classificar pessoas e objetos, comparar e explicar comportamentos e objetivá-los como partes do mundo social. (MOSCOVICI, 1978, p.214)*

Uma Representação Social é uma forma de saber prático, relacionando um sujeito a um objeto. É a representação de um objeto e de um sujeito e uma forma de conhecimento socialmente elaborado e compartilhado, que tem objetivos práticos e contribui para a construção de uma realidade comum a um grupo social (JODELET, 2001).

Uma representação é uma representação social na medida em que é partilhada por um conjunto de indivíduos, no sentido em que é coletivamente produzida como resultado de atividade cognitiva e simbólica, por um grupo social, e pela funcionalidade. Tais representações são teorias sociais práticas, são uns saberes práticos, são os organizadores das relações simbólicas entre os atores sociais. Aparecem

como conhecimentos que não se caracterizam por contraposição ao saber científico. Tratam de formas de saber que se diferenciam pelos modos de elaborações e funções a que se destinam.

Optou-se trabalhar com Cooperativas Populares de Trabalho em formação, por serem espaços privilegiados para os processos de comunicação e interação.

*A organização da cooperação, em seus aspectos práticos, exige de seus sujeitos e atores uma comunicação de interesses, de objetivos e práticas, a respeito do qual precisam falar, argumentar e decidir.* (FRANTZ, 2001, p.2).

O movimento cooperativista teve início com os socialistas utópicos que propunham a autogestão do trabalho como uma reação defensiva do desemprego e às condições de vida e de trabalho dos operários industriais. Com princípios democráticos e igualitários, propunha o associativismo no trabalho dentro do capitalismo ou como forma de superar o capitalismo.

No final do século XX e início do XXI, o cooperativismo tomou outro rumo. A crise da sociedade salarial que agregou direitos sociais à relação de trabalho rerepresentou a necessidade de buscar formas alternativas de organização do trabalho e de autonomia dos trabalhadores, diante do crescimento do desemprego, da perda dos direitos sociais do período anterior e do enfraquecimento do movimento sindical.

As cooperativas de trabalho e de produção surgiram com o trabalho industrial e com o movimento operário do século XIX. Essas propostas de cooperativismo e outras formas associativas de organização de trabalhadores têm sido recuperadas com o objetivo de dar continuidade à luta por uma sociedade mais igualitária, no novo contexto do desenvolvimento capitalista (LIMA, 2004).

Surge a economia solidária como modelo de produção e distribuição alternativo ao capitalismo, criado e recriado periodicamente pelos que se encontram marginalizados do mercado de trabalho. A economia solidária une o princípio da unidade entre posse e uso dos meios de produção e distribuição com o princípio da socialização desses meios (SINGER, 2000).

No Brasil, a economia solidária surgiu na década de 80 e toma impulso crescente a partir da década de 90, resultante de movimentos sociais que reagem à crise de desemprego em massa, que tem seu início em 1981 e se agrava com a abertura do mercado às importações a partir de 1990.

Levando em consideração o conceito ampliado de saúde e entendendo que a representação de saúde e de doença é

influenciada pelas experiências, tradições, mitos, limitações e pelo jeito de ser de cada indivíduo e construídos em seus grupos, propomos os seguintes objetivos para este estudo: 1) identificar as representações sociais de saúde/doença e do SUS dos membros da Cooperativa Popular de Trabalho (COOLETIVA) de catadores de lixo da cidade de São Carlos; 2) propor indicadores para planejamento de ação educativa com os membros de Cooperativas Populares de Trabalho sobre saúde, cidadania e promoção da saúde.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Na cidade de São Carlos, existem três Cooperativas Populares que trabalham com coleta seletiva de lixo, atendendo 50% de toda a cidade, num total de 48 bairros. São elas: ECOATIVA, COOPERVIDA e COOLETIVA. Todas estão vinculadas ao Programa Municipal de Coleta Seletiva, iniciado em junho de 2002, pertencente à Secretaria Municipal de Desenvolvimento Sustentável, Ciência e Tecnologia de São Carlos (SMDSCT). O trabalho se deu junto a COOLETIVA, por ser a cooperativa formada mais recentemente com 16 cooperados.

A escolha desses sujeitos se deu pelo aspecto da interação que a cooperativa proporciona aos seus integrantes. Na interação dos cooperados, em sua ação comunicativa, em seu diálogo como participantes de um projeto comum, produzem-se as condições para um processo de socialização de conhecimentos, experiências (FRANTZ, 2001).

Trata-se de uma pesquisa exploratória, de caráter qualitativo e a primeira etapa da pesquisa constitui-se um período de observação e aproximação com os sujeitos do estudo. Realizou-se uma primeira reunião com todos os cooperados e um representante da Secretaria de Desenvolvimento Sustentável, Ciência e Tecnologia de São Carlos para apresentação do projeto e para a obtenção do aceite do grupo para seu desenvolvimento, promovendo também o início do estabelecimento do vínculo entre cooperados e equipe de trabalho.

Durante a fase de observação e aproximação, que teve aproximadamente um mês de duração, utilizou-se um diário de campo onde foram registradas as informações observadas e as especificidades da interação pesquisador-sujeito da pesquisa e que não constaram dos registros das entrevistas formais conforme recomenda Minayo (1992).

No segundo momento da pesquisa, foi utilizada a técnica da entrevista que possibilitou a obtenção dos discursos e a interação com os sujeitos da pesquisa em torno do objeto de estudo, buscando apreender as representações sociais sobre saúde/doença e sobre o SUS.

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas que combinou perguntas fechadas (ou estruturadas) e abertas. Partiu-se de um roteiro orientado pelos objetivos da pesquisa com questões norteadoras.

Obtiveram-se dados de identificação e sociodemográficos (sexo, idade, estado civil, grau de escolaridade, tempo que mora na cidade, aspectos socioeconômicos, familiares e aqueles relacionados à saúde). A entrevista dirigia-se diretamente aos cuidados com a saúde, abordando as concepções de saúde e doença, saúde e trabalho e participação social na saúde dos sujeitos entrevistados.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSCar.

As entrevistas foram gravadas e transcritas integralmente. Todas foram realizadas individualmente e antes do início de cada uma delas, o entrevistado era esclarecido acerca dos objetivos da pesquisa e solicitado seu consentimento por escrito para que os dados pudessem ser trabalhados e divulgados, mantendo seu anonimato. Os consentimentos foram todos assinados e arquivados.

Todos os membros da cooperativa foram convidados. A coleta foi realizada com uma amostra de 56% dos trabalhadores que se dispôs a participar.

As nove entrevistas foram realizadas no espaço reservado para reuniões na sede da cooperativa em dia e horário previamente acordados.

As entrevistas foram submetidas à análise qualitativa segundo os preceitos da análise de conteúdo, utilizando a técnica de análise categorial temática (BARDIN, 1979) que requer o desmembramento do texto em unidades temáticas, tomando como base os objetivos propostos neste estudo.

Numa análise categorial temática busca-se *“identificar os núcleos de sentido que representam uma comunicação cuja presença ou frequência tenham relevância para o objetivo visado”* (MINAYO, 1992).

Após a realização da pré-análise dos dados da entrevista, foi possível identificar duas unidades de registro: **conceito saúde/doença e recursos de saúde**. Os conteúdos foram alocados nas unidades de registro, considerando a recorrência das expressões de sentido.

Construíram-se áreas temáticas ou núcleos temáticos que foram definidos a partir do universo das falas dos entrevistados. Dos núcleos temáticos, foi possível a formação de categorias, que representam a fragmentação semântica máxima que um núcleo pode comportar. Foi possível defini-las pelas expressões da maneira que foram emitidas ou pela re-tradução das verbalizações das entrevistas. Os conteúdos registrados no diário de campo sobre o cotidiano de trabalho destes sujeitos auxiliaram na compreensão das categorias.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir das informações das entrevistas encontrou-se o seguinte perfil da amostra de profissionais da cooperativa COOLETIVA.

Dentre os nove entrevistados, oito eram do sexo feminino e apenas um do sexo masculino, na faixa de 22 a 40 anos (média de 28 anos). Quatro são amasiados, três solteiros e três casados. Todos moram há mais de 15 anos na cidade. A maioria (66%) não cursou o ensino médio. A renda familiar aproximada é, em média, um salário mínimo e meio, com quatro pessoas dependentes por família.

Quatro possuem casa própria, três moram em casa alugada e três, em cedida. Todas as casas são de tijolos e recebem água tratada e energia elétrica, seis possuem esgoto canalizado e sete são servidas pela coleta de lixo municipal.

Apenas um entrevistado não tem filhos, os outros têm em média dois filhos, sendo a maioria (63%) do sexo feminino, concentrados na faixa etária de 6 a 15 anos. Cerca de 95% dos filhos dos entrevistados estudam.

Quanto ao cônjuge, um está desempregado, dois são cooperados da COOLETIVA, um trabalha no serviço rural, um é pedreiro e um é torneiro mecânico. Estão na faixa de 23 a 42 anos e 50% completaram o período de 1ª a 4ª séries escolares.

Em relação à morbidade referida, oito dos entrevistados declararam não ter tido nenhuma doença no último ano e não sofrer de doenças crônicas. Quatro referiram que pelo menos um familiar tinha uma doença crônica, entre elas diabetes, bronquite, problemas mentais e problemas cardíacos.

Seis sujeitos declararam que não consomem bebida alcoólica e os outros três declararam consumir em pequena quantidade, cerca de uma garrafa de cerveja por semana. Seis dos entrevistados referiram que um membro da família consome bebida alcoólica e, na maioria, em grande quantidade, até ficar embriagado.

Cinco sujeitos disseram ser fumantes há mais de 10 anos e consomem em média de 20 a 30 cigarros por dia. Todos referiram que pelo menos um membro da família é fumante.

Na maioria dos países existe uma correlação entre tabagismo, baixa renda e baixo nível de escolaridade. Um inquérito realizado pelo INCA, no município do Rio de Janeiro, em 2001, mostrou que, embora a prevalência de fumantes tenha diminuído, a proporção de fumantes entre pessoas de baixa renda e escolaridade manteve-se maior do que entre os grupos de maior renda e escolaridade.

Dentre os fatores sociais destacam-se o menor acesso à informação, à educação e à assistência à saúde nas classes sociais menos favorecidas. Esses fatores são potencializados por estratégias de mercado que estimulam o consumo ao mesmo tempo em que facilitam o acesso das populações de baixa renda e escolaridade aos produtos de tabaco, sobretudo aos cigarros.

Identificar e compreender conceitos de saúde/doença e suas representações sociais na perspectiva do outro se mostraram um grande desafio. Os conceitos apresentaram-se incompletos e indefinidos, reforçando a grande complexidade que envolve a questão do conceito saúde/doença que, embora faça parte do nosso cotidiano de vida e das nossas relações sociais, seu entendimento e expressão são complexos.

As concepções atribuídas pelos sujeitos distribuíram-se em três categorias não excludentes. Foram identificadas três categorias relacionadas à concepção de saúde/doença: **1. saúde/doença como ausência de sinais e sintomas;** **2. saúde/doença como capacidade física e 3. saúde/doença ancorada na medicalização** (esta categoria relacionada à concepção de saúde/doença e o SUS)

### 1. Saúde /doença como ausência de sinais e sintomas

Nesta categoria, estar com saúde tem relação com estar bem, não ter problemas no corpo, não sentir nenhuma dor. Doença é quando algo se mostra no corpo em alguma dimensão biológica. A existência de algo que incomoda e mostra-se no corpo, aquilo que está aparente torna-se o reflexo de saúde ou de doença.

*Ab, tá com o teu corpo não precisar, que não tá doendo nada ou que não tá te prejudicando em nada você tá com saúde. Agora se seu corpo tiver com algum probleminha é porque tem algum problema errado. (sujeito 8)*

Também estão nesta categoria as concepções de doença enquanto uma situação que incapacita ou é incurável e com conseqüências físicas e biologicamente determinadas.

*A doença pra mim é a tal da aids, né. A tal da aids, essa virose que deu esses dias atrás aí. E tem outras doenças transmissíveis né, tem muita doença aí. (sujeito 6)*  
*Aquilo que não tem cura, pra mim o que tem cura não é doença não. É apenas um estado rapidinho, entendeu. (sujeito 8)*

Esta concepção mostra como o modelo biológico está presente na vida dos sujeitos deste grupo, todos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Neste sentido, os indivíduos só procuram os serviços de saúde quando sentem que não estão bem e esperam um atendimento médico rápido e eficaz. Isso retrata o modelo assistencial centrado no médico e na doença que tem como principal característica o pronto atendimento, em que os profissionais trabalham com o modelo queixa-conduta, o qual apresenta baixa resolutividade.

Ainda há, nos serviços de saúde, um predomínio da medicina especializada, dentro de um paradigma “naturalista” e “biologicista”, baseada no hospital. Nessa concepção, a doença é percebida como resultado de uma única causa afetando um único órgão ou estrutura do organismo humano. A população, ao reivindicar soluções práticas que permitam restabelecimento às condições normais de vida e de trabalho reforça o intervencionismo médico ligado a uma tecnologia hospitalar especializada (QUEIROZ, 1991).

Ao contrário dessa medicina curativa, valorizada no contexto capitalista ocidental, a medicina preventiva percebe a doença como resultado de problemas multicausais relacionados com o modo de vida tomado num sentido amplo, considerando fundamental na sua determinação, a dimensão social da saúde e da doença. Se a concepção de doença pressupõe a necessidade da existência de um sintoma ou sinal para justificar a procura pelos serviços de saúde, o comparecimento dos usuários em atividades de ação preventiva é dificultado (QUEIROZ, 1991; OGATA, 2000).

Os sujeitos entrevistados apresentaram essa concepção em seus discursos em que os determinantes sociohistóricos e psicossociais são desconsiderados, o que culmina num entrave para o emprego e para a concretização do Sistema Único de Saúde baseado no conceito ampliado de saúde da 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986 e no texto da Constituição Federativa do Brasil de 1988. Destaca-se, neste aspecto, que é fundamental para a reificação desta concepção biologicista, o fato de que os serviços de saúde têm ofertado um restrito cardápio de ações de cuidado à saúde, em função da hegemonia do modelo queixa-conduta, centrado no profissional médico.

Apesar da permanência dessa visão biologicista, algumas falas mostram que pode estar ocorrendo uma transformação dessa visão, quando inserem aspectos sociais, culturais e emocionais, apesar de ainda apresentarem-se desarticulados entre si.

*Ab, (saúde) é se alimentar bem, é assim trabalhar no limite do corpo, não fazer nada de exagerado, né. (sujeito 4)*

### 2. Saúde/doença como capacidade física

Nos discursos dessa categoria, a saúde tem relação com



o trabalhar bem, e a doença com o **não conseguir fazer alguma coisa**. Os sujeitos relacionam a saúde com a capacidade física de desenvolver atividades, principalmente relacionadas ao trabalho, sem limitações. Quando algo o impede de realizar essas atividades representa a doença.

*Ah, saúde é muito importante né, tendo saúde pro trabalho né.* (sujeito 5)

*Ah, doença é quando a pessoa num, num tem, assim, não consegue fazer nada. Fica doente, não tem vontade de fazer nada.* (sujeito 4)

Para os sujeitos, aquele que adoece não pode permanecer muito tempo doente, porque ficar doente implica em não cumprir tarefas. Daí o doente ignorar a sua doença, quando a considera sem importância, e segue cumprindo normalmente as suas tarefas ou se dedica à tarefa específica de eliminar a doença como obstáculo ao pleno cumprimento das tarefas (LEFÈVRE, 1991).

Em um estudo realizado no Rio de Janeiro com catadores de lixo (PORTO, 2004), também foi identificada essa mesma concepção de saúde/doença. Os cooperados percebem a saúde como capacidade para o trabalho e, portanto, tendem a negar a relação entre trabalho e problemas de saúde.

Neste sentido, ver saúde/doença intimamente ligada à capacidade para trabalhar, dificulta o acesso do trabalhador às ações de saúde, considerando a atual dinâmica funcional dos serviços de saúde. É cada vez mais necessária a adequação destes serviços não às suas necessidades, mas às reais necessidades da população, facilitando o acesso às ações de saúde, especificamente em horários acessíveis aos trabalhadores. Porém, é também necessário que esses trabalhadores saibam a importância da saúde não só como garantia de trabalho, mas também para a melhoria na qualidade de vida.

### 3. Saúde/doença ancorada na medicalização

Esta categoria refere-se aos recursos de saúde utilizados pelos sujeitos em situações de saúde e doença. Está intimamente interligada com as outras categorias, pois ela se mostrou de forma hegemônica nos discursos de todos os sujeitos.

Ao procurar os recursos de saúde, os sujeitos utilizam as Unidades Básicas de Saúde e, preferencialmente, o Pronto Socorro em busca da medicação para o alívio da dor e do sofrimento. Isto indica a relação oferta-consumo, em que o usuário busca aquilo que os serviços da saúde têm disponibilizado, em geral, ações curativas e de pronto

atendimento, o que reforça o modelo hegemônico de saúde. Estas práticas vêm em oposição ao princípio da integralidade no SUS que prevê que os serviços de saúde em todos os níveis devam desenvolver ações de promoção, proteção e recuperação de doenças e agravos.

Quando utilizam os serviços de saúde, os sujeitos vão à procura do médico. Apenas um sujeito referiu buscar um farmacêutico em situações consideradas por ele não graves. Esse fato caracteriza que a busca pela farmácia, tão comum em tempos anteriores, tem se tornado mais escassa, possivelmente, em função do maior acesso aos serviços públicos de saúde.

A hegemonia médica no setor saúde é um fenômeno resultante do processo de apropriação pelos médicos do saber sobre a saúde dos povos, transformando-o em saber médico. Isso aconteceu a partir de um processo em que a assistência médica passou a fazer parte dos interesses das classes dominantes, e mais notadamente do governo, com o sistema previdenciário, no Brasil, na década de 70. Aos poucos, os Institutos de Aposentadorias e Pensões começaram a propiciar assistência médica, o que era uma necessidade não só para a classe trabalhadora como para o próprio sistema previdenciário, e era também um poderoso instrumento de manipulação política, de modo que, aos poucos, o poder médico foi se consolidando (SCILAR, 1987).

Os recursos utilizados pelos sujeitos quando procuram a cura ou o alívio do sofrimento é sempre o medicamento, já que a doença é entendida no aspecto biológico. Segundo Lefèvre (1991), quando a doença está localizada no espaço da consulta médica, já está reduzida a um fenômeno orgânico a ser enfrentado pelos instrumentos ou tecnologias pertinentes e, neste contexto, o medicamento se insere de forma incontestável.

*Ah, a gente leva no pronto socorro e vê os medicamentos que pode ser passado pra tomar.* (sujeito 1)

*Eu, graças à Deus, na minha família a única doença que aparece é gripe, quando eu tenho dinheiro eu compro o remédio.* (sujeito 4)

Isso representa a era da medicalização, em que o medicamento aparece como uma das materializações ou símbolos de saúde, o que equivale dizer que saúde é um produto à venda no mercado. Assim, “a saúde é sujeita a um processo de reificação, que se traduz por uma hipertrofia de sua dimensão orgânica, sendo o medicamento um dos agentes desse processo de reificação” (LEFÈVRE, 1991, p.50).

É necessário romper com a idéia de que saúde é algo que se tem, ou mais precisamente, que se compra e, princi-

palmente, com a idéia de que saúde está ligada ao consumo de mercadorias, dentre elas, o medicamento.

Quando os usuários dos serviços de saúde vão atrás do médico, do medicamento e do pronto atendimento fica claro que o aspecto curativo da saúde é mais valorizado em detrimento do aspecto preventivo.

A doença ocupa papel central no campo do saber e das práticas de saúde. Porém, manter o discurso que os serviços de saúde pública devem executar apenas ações preventivas é hoje um pensamento que não encontra mais sustentação e serve para manter o modelo médico hegemônico. Na realidade, o que a sociedade espera dos serviços de saúde é que ela encontre mecanismos de produzir saúde que refletem na eliminação da doença (OGATA, 2000).

A partir das três categorias, ao utilizar a Teoria das Representações Sociais no estudo das concepções de saúde/doença e do SUS, foi possível perceber que as experiências do cotidiano orientam o comportamento social e o pensamento dos sujeitos nas práticas diárias de saúde.

O núcleo da representação social de saúde/doença, para os sujeitos deste estudo, constitui-se em vida/trabalho/morte, onde as categorias encontram-se dispostas ao seu redor formando uma rede de determinações.

Observou-se que os sujeitos deste estudo recorrem a um fundo comum de significações para elaborar as Representações Sociais de saúde/doença. A representação social é sempre a representação de alguma coisa. Esta relação compreende uma parte intrínseca. Por isso, Moscovici (1988) a chama de social, em função da não separação do sujeito/objeto, chamada de realidade objetiva, caracterizada pela presença de componentes objetivos da situação e do objeto. A princípio, não existe realidade objetiva, mas representada, ou seja, apropriada pelo sujeito ou grupo e reconstituída num sistema cognitivo, integrada dentro de um sistema de valores, vinculada à história e ao contexto social e ideológico que o envolve (ABRIC, 1994). Portanto podemos dizer que essa representação social pertence a esse grupo estudado, desse contexto, numa perspectiva que se mostrou unitária e global.

Os sujeitos referem-se à saúde como uma condição vital, como o principal na vida, como condição essencial para ter e fazer as coisas. A doença representa a condição que inviabiliza a capacidade do indivíduo de satisfazer suas necessidades. A concepção do SUS, pautada no aspecto curativo e na medicalização como forma de restabelecimento imediato da saúde/capacidade para o trabalho reifica essa representação.

Numa sociedade capitalista e neoliberal, onde os indivíduos têm por base a responsabilidade pela própria vida,

a saúde é considerada como o bem mais precioso, que permite ter acesso às condições que garantam a própria existência (OGATA, 2000). A saúde permite que o sujeito trabalhe e que disponha de sua própria força de trabalho para garantir a sua subsistência, e, por conseqüência, melhor qualidade de vida.

Se saúde leva à vida e a vida é garantida através do trabalho, vê-se uma forte relação entre saúde e trabalho. O tempo de trabalho e o tempo fora do trabalho formam um continuum dificilmente dissociável. O homem não pode ser dividido em uma metade produtora e uma metade consumidora (DEJOURS, 1988). A partir disso, o trabalho pode ser considerado como vida para os sujeitos.

A doença é representada pelos sujeitos como não estar bem e não realizar as atividades, aproximando-a da morte. Se saúde é condição fundamental para a manutenção da vida, o valor dado a ela define-se pela percepção que se tem da morte. Viver torna-se uma meta alcançável, inerente à existência humana, assim como morrer está no limite da vida, sendo que a doença significa a concretude da aproximação com a morte (OGATA, 2000).

Para Castelhanos (1997), somente a morte significa a negação absoluta da saúde e da doença. Sentimo-nos doentes quando os problemas de saúde e de doença limitam a realização de nossos projetos pessoais e/ou coletivos.

A concepção de saúde/doença enquanto vida/trabalho/morte faz parte de um pensamento social amplo que incorpora aspectos relacionados à dor, ao sofrimento, à atividade, à sobrevivência, à vida e à morte presentes no universo reificado.

Identifica-se a presença de outros elementos no universo simbólico decorrentes do mundo vivido de concepções de saúde/doença de alguns sujeitos que indicam a existência de determinantes sociais e econômicos nesse processo. Isto aponta a possibilidade de modificação das representações sociais deste grupo. A concepção de saúde/doença é produzida a partir de experiências dos sujeitos nos saberes e nas maneiras de pensar. Esse movimento de apropriação da realidade traduz-se no conceito das representações sociais como produto e processo de uma atividade que se apropria de uma realidade distinta, externa ao pensamento e de uma elaboração psicológica e social (JODELET, 2001).

No processo saúde/doença, existem vários determinantes que formam uma rede de fluxos de determinações que se inter-relacionam, integram, influenciam e sofrem influências entre si, somando-se e potencializando-se (CAMPOS, 1997).

A saúde é produzida no interior da sociedade, que possui formas de organização da vida cotidiana, do trabalho,

da sociabilidade, do lazer, da afetividade, da subjetividade, da cultura, das relações com o meio ambiente e também das suas carências. É fundamental integrar os aspectos biológicos, sociais e emocionais, sem negar que existe o sofrimento no processo saúde/doença, que se encontra no âmbito físico, social e emocional (OGATA, 2000).

## CONCLUSÃO

Estudar as concepções de saúde/doença, tomando como referência a Teoria das Representações Sociais, mostrou-se de grande valia no sentido de buscar compreender os diversos conteúdos do conhecimento cotidiano.

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

A utilização da Teoria das Representações Sociais, no estudo das concepções de saúde/doença, possibilitou identificar que os conteúdos do cotidiano orientam o comportamento social e o pensamento dos sujeitos nas práticas diárias de saúde, em que grande parte de seu conteúdo depende do pensamento já conhecido. Isto permite afirmar que as condições sociais em que vivem os indivíduos são responsáveis pela determinação do pensamento observado na confluência dos conteúdos de conhecimentos elaborados e dos processos envolvidos na sua elaboração.

Conceber saúde/doença como vida/trabalho/morte mostra que os sujeitos as têm como o corpo biológico. Para eles, a saúde e a doença estão num corpo físico que trabalha e que garante a subsistência. A doença é objetivada em lesões e cura dessas lesões através de atendimento médico rápido e eficiente, em detrimento das ações coletivas de saúde.

Nesta concepção, os determinantes sociohistóricos e psicossociais da saúde e da doença são desconsiderados o que mostra que apesar de haver um conceito ampliado de saúde, previsto em lei, este conceito ainda não foi incorporado e nem sentido por estes sujeitos, apesar de alguns já apontarem para a existência desses determinantes.

A fim de ampliar o conceito de saúde dos sujeitos para o alcance de melhores condições de saúde, de vida e trabalho, vê-se a necessidade de envolver os cooperados em um

processo de reflexões relativas à cidadania, enfocando: o conceito ampliado de saúde, o direito à saúde, as doutrinas e princípios do SUS e o controle social no SUS, visando contribuir para a melhoria da sua qualidade de vida.

Porém, faz-se necessário também uma transformação dos serviços de saúde na construção de um novo modo de prover saúde, em que o centro não seja a doença, mas que se baseie em vínculos efetivos, buscando a resolução dos problemas, orientados para a conquista da autonomia dos usuários diante do seu jeito de conduzir a vida.

## REFERÊNCIAS

- ABRIC, J. C. **Pratiques sociales et représentations**. Paris: Presses Universitaires de France, 1994. 251p.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.
- BIRMAN, J. Interpretação e representação na saúde coletiva. **Physis. - Rev. Saúde Coletiva**, v.1b, n.2, p. 7-22, 1991.
- BRASIL. Constituição, 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988. São Paulo. Atlas, 1991.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da previdência e Assistência Social. Relatório final. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8, 1986, **Anais...** Brasília: Ministério da Saúde, 1987. 21p.
- CASTELHANOS, P. L. Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida: considerações conceituais. In: BARATA, R. B. (Org.). **Condições de vida e situação de saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 1997. p. 60-62.
- CAMPOS, G. W. S. Análise das contribuições da saúde coletiva à organização das práticas de saúde no SUS. In: FLEURY, S. (Org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos, 1997. p. 113-124.
- DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. São Paulo: Cortez, 1988.
- DESCARTES, R. 1566-1650. **Discurso do método: as paixões da alma**. Tradução J. Guisburg; Bento Prado Junior. São Paulo. Nova Cultura, 1987. (Coleção Os Pensadores).



FRANTZ, W. Educação e cooperação: práticas que se relacionam. **Sociologias**, n.6, p.242-264, jul./dez., 2001. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/soc/n6/a11n6.pdf>>. Acesso em: 16 dez. 2005.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Dados sobre tabaco e pobreza, um círculo vicioso. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tabagismo/31maio2004/dados.doc>>. Acesso em: 15 fev. 2005.

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

LEFÈVRE, F. **O medicamento como mercadoria simbólica**. São Paulo: Cortez, 1991.

LIMA, J. C. O trabalho autogestionário em cooperativas de produção: o paradigma revisitado. **Rev. Bras. Ci. Soc.**, v.19, n.56, p.45-62, out., 2004. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v19n56/a04v1956.pdf>> Acesso em: 16 dez. 2004.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec - Abrasco, 1992.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

MOSCOVICI, S. Notes towards a description of social representation. **Eur. J. Social Psychol.**,v.18, p. 211-250, 1988.

OGATA, M. N. **Concepções de saúde e doença**: estudo das representações sociais de profissionais de saúde. 2000. 233p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

PORTO, M. F. S. *et al.* **Lixo, trabalho e saúde**: um estudo de caso com catadores em um aterro metropolitano no Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, n.6, p.1503-1514, nov./dez. 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n6/07.pdf>>. Acesso em: 24 fev. 2005.

QUEIROZ, M. S. **Representações sobre saúde e doença**. Campinas: Editora da Unicamp, 1991.

SCLIAR, M. **Do mágico ao social**: a trajetória da saúde pública. São Paulo: LPM, 1987.

SINGER, P. Economia Solidária: um modo de produção e distribuição. In: SINGER, P.;SOUZA, A.R.(org.). **A economia solidária no Brasil**. São Paulo: Contexto, 2000, p.11-28.

---

Submissão: setembro de 2007

Aprovação: abril de 2008

---