

FACULDADES PEQUENO PRÍNCIPE

ROSSANA ANDRESSA MAZZARO DE FIGUEIRÊDO

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE E DOENÇA DE ACADÊMICOS DE
MEDICINA**

CURITIBA

2019

ROSSANA ANDRESSA MAZZARO DE FIGUEIRÊDO

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE E DOENÇA DE ACADÊMICOS DE
MEDICINA

Dissertação apresentada ao Mestrado em Ensino nas
Ciências da Saúde das Faculdades Pequeno Príncipe,
como requisito parcial para a obtenção de título de
Mestre em Ensino nas Ciências da Saúde

Orientadora: Dra. Leide da Conceição Sanches

CURITIBA

2019

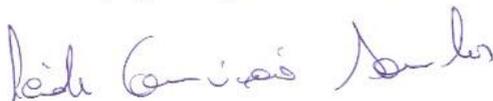
FICHA CATALOGRÁFICA

TERMO DE APROVAÇÃO

ROSSANA ANDRESSA MAZZARO DE FIGUEIRÊDO

**“REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE E DOENÇA DE ACADÊMICOS
DE MEDICINA”**

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre, no Programa de Pós-Graduação em Ensino nas Ciências da Saúde da Faculdades Pequeno Príncipe, pela seguinte banca examinadora:



Orientador (a):

Prof.^a Dr.^a Leide da Conceição Sanches

Doutora em Sociologia. Professora e Orientadora do Programa de Pós-Graduação em Ensino nas Ciências da Saúde da Faculdades Pequeno Príncipe.



Prof.^a Dr.^a Suely Grosseman

Doutora em Engenharia de Produção. Professora e Orientadora do Programa de Pós-Graduação em Ensino nas Ciências da Saúde da Faculdades Pequeno Príncipe.



Prof.^a Dr.^a Romilda Teodora Ens

Doutora em Educação (Psicologia da Educação). Professora titular do Programa de Pós-Graduação em Educação Stricto Sensu da Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

Curitiba, 12 de abril de 2019.



AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus pela sua misericórdia e a todos os que Dele me aproximam e que me acalentam ao tornar concreta a manifestação do Seu amor, revigorando as minhas forças para criarmos uma realidade diferente do que a que nos é apresentada.

Aos meus pais por guiarem os meus passos, na minha infância com as suas mãos e eternamente com o seu exemplo e com o seu amor. Agradeço também por estarem comigo em todos os momentos de lutas e de conquistas. Agradeço a toda a minha família por seu apoio e por sua tolerância.

Ao meu esposo Francisco Pascoal, que pacientemente esteve ao meu lado nesse processo, amparando-me, incentivando-me e simplificando-o.

À minha querida orientadora Prof^a Leide da Conceição Sanches, por ter-me permitido voar e mergulhar e, pacientemente, norteou e cuidou detalhadamente do meu aprendizado. A quem a cada dia nutro maior admiração.

A Profa. Romilda Teodora Ens e a Profa Suely Grosseman por aceitarem de bom grado a tarefa de participar da qualificação e da defesa do Mestrado, e por generosamente partilharem sua experiência comigo. Agradeço também a Jaqueline Nagel, que junto a Profa. Romilda dividiram comigo o seu conhecimento sobre o Software IRAMUTEQ.

Aos professores e amigos do Mestrado pela sensação de pertencimento que vivenciamos juntos, ao percebermos que somos muitos os que sonhamos com uma formação nas ciências da saúde empática e humana. Agradeço especialmente a minha amiga Mariana Franco Ribeiro de Oliveira, por ter aceitado o entrelace das nossas mãos e dos nossos corações rumo a esse objetivo, sempre e para sempre.

Ao meu preceptor e orientador de TCC da Residência de Medicina de Família e Comunidade, Rodrigo Cechelero Bagatelli e a minha amiga-irmã Marylice Porfiria Ramos Petruzalek que em intermináveis noites se aventuraram comigo pelo desconhecido caminho da pesquisa qualitativa.

Aos meus acadêmicos que são a minha inspiração, a minha esperança, e com quem aprendo a cada dia.

Não há ensino sem pesquisa e pesquisa sem ensino. Esses quefazer se encontram um no corpo do outro. Enquanto ensino continuo buscando, reprocurando. Ensino porque busco, porque indaguei, porque indago e me indago. Pesquiso para constatar, constatando, intervenho, intervindo educo e me educo. Pesquiso para conhecer o que ainda não conheço e comunicar ou anunciar a novidade.

Paulo Freire

RESUMO

FIGUEIREDO, R.A.M. **Representações Sociais de Saúde e Doença de Acadêmicos de Medicina.** 2019. Dissertação (Mestrado em Ensino nas Ciências da Saúde) – Faculdades Pequeno Príncipe, Curitiba.

Orientadora: Dra. Leide da Conceição Sanches

Trata-se de um estudo sobre as representações sociais de saúde e doença de acadêmicos de medicina que tem por objetivo evidenciar as representações sociais de saúde e de doença de acadêmicos de Medicina do início, meio e final da graduação. É uma pesquisa de abordagem qualitativa, fundamentado nas investigações em representação social, com aporte teórico de Abric e Moscovici e analisada sob a perspectiva da Teoria do Núcleo Central e a Análise de Conteúdo de Bardin. A coleta das informações foi realizada a partir de um questionário sociodemográfico, do teste de evocação livre de palavras gerado pelos termos indutores “Saúde” e “Doença” e de uma pergunta de resposta curta sobre a causalidade do adoecimento. Para a organização do material coletado utilizou-se o software IRAMUTEQ. Os resultados da pesquisa demonstraram que a formação médica propiciou aos acadêmicos um contato conceitual com o modelo ampliado de saúde, o que pôde ser evidenciado, por meio do aumento das evocações da palavra “biopsicossocial” e também da inclusão desta nas respostas dadas sobre a causalidade do adoecimento. Entretanto, observou-se que, a aproximação ao modelo ampliado ainda é teórica e tênue, uma vez que, foi constatado nas respostas sobre a causalidade do adoecimento citações desse conceito, mas foram raras as reflexões detalhadas frente a ele, não demonstrando, a compreensão por parte dos acadêmicos da totalidade da sua dimensão. Frente a isto, demonstra-se a necessidade de que o sentido da saúde, da doença e a sua causalidade sejam abordados de forma diferenciada durante a formação médica, objetivando-se a compreensão por parte dos acadêmicos da sua importância e relevância e a ampliação da capacidade reflexiva e crítica frente ao tema. A relevância de alguns temas, importantes para a formação dos acadêmicos de Medicina, ainda ocupa espaço marginal na representação social de saúde, de doença e da sua causalidade. Investigar a representação social da saúde, da doença e da causalidade do adoecimento na percepção de acadêmicos de medicina durante a sua formação, trouxe substrato, tanto para a reflexão sobre os modelos paradigmáticos que norteiam essas concepções, quanto embasou ponderações acerca da formação médica e da sua adequabilidade às DCNs.

Palavras-chave: Representação Social. Processo Saúde-Doença. Educação Médica. Humanização do Ensino.

SUMMARY

FIGUEIREDO, R.A.M. **Social Representations of Health and Illness of Medicine Scholars**. 2018. Dissertation (Master in Teaching in Health Sciences) - Faculdades Pequeno Príncipe, Curitiba.

Advisor: Dr. Leide da Conceição Sanches

This was a study about the social representation of health and illness of medical students that aims to highlight the social representation of health and illness of medical students at the beginning, middle and end graduations. It is a research of qualitative approach, based upon investigation in social representation, with theoretical contribution of Abric and Moscovici and also analyzed from the perspective of Central Core Theory and Bardin Content Analysis. The information collected was carried out through a sociodemographic questionnaire, from a free word recall test generated by the inductive terms "Health" and "Illness" and through a short answer to a question about the illness cause. The IRAMUTEQ software was used to organize the collected material. The research results demonstrate that medical degree provided a conceptual contact with the extended health model, which could be evidenced by the increase of the recalls of the word "biopsychosocial" and also its inclusion in the responses given on illness causality. Nonetheless, it has been observed that, the close estimate to extended health model is yet theoretical and subtle, once, it was verified on the answers about the causality of illness quotations of this concept, however the detailed reflections before it was rare, not demonstrating, an understanding by the academics of its total dimension. In the face of it, demonstrates how the sense of health, illness, and its cause are approached differently during medical graduation, aiming comprehension from all academics of their importance and relevance furthermore the extension of the reflective and criticism capacity on the subject. The relevance of some themes, important to the medical students, still occupies marginal space in representation of social health, illness and its causality. Investigating the social representation of health, illness and the causality illness in medical students perception during their graduation, brought up support, both for the reflection on the paradigmatic models which guide these conceptions, as well as support for consideration about medical education and their suitability for DCNs.

Keywords: Social Representation. Health-illness process. Medical Education. Humationation of Teaching.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

GRÁFICO 1 – Faixa etária dos acadêmicos de Medicina de acordo com a IES e o período	80
GRÁFICO 2- Religião dos acadêmicos de Medicina de acordo com o período e a IES	81

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: A balança de Gordon.....	36
FIGURA 2 Modelo dos Determinantes Sociais da Saúde proposto por Dahlgren e Whitehead e adotado pela OMS.....	39
FIGURA 3: Modelo dos Determinantes Sociais da Saúde proposto por Solar e Irwin.....	41
FIGURA 4: Árvore Máxima Saúde 0.....	97
FIGURA 5: Árvore Máxima Doença 0.....	98
FIGURA 6: Árvore Máxima Saúde 6.....	99
FIGURA 7: Árvore Máxima Doença 6.....	100
FIGURA 8: Árvore Máxima Saúde 12.....	101
FIGURA 9: Árvore Máxima Doença do período “12”.....	102

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - As diferentes abordagens da Teoria das Representações Sociais	54
QUADRO 2 - Características do sistema central e do sistema periférico de uma representação.	56
QUADRO 3: Regras para constituição do corpus.....	63
QUADRO 4: Etapas da pesquisa e da análise de conteúdo.....	66
QUADRO 5 Características das Instituições e Ensino Superior participantes da pesquisa.....	67
QUADRO 6: Resultado do processo de lematização.....	72
QUADRO 7: Distribuição das palavras evocadas por quadrante no quadro de quatro casas.....	76
QUADRO 8:Distribuição dos elementos estruturais organizados pela OME do termo “saúde” nos acadêmicos do período “0”	83
QUADRO 9: Distribuição dos elementos estruturais organizados pela OME do termo “doença” nos acadêmicos do período “0”	83
QUADRO 10: Distribuição dos elementos estruturais organizados pela OME do termo “saúde” nos acadêmicos do período“6”	84
QUADRO 11: Distribuição dos elementos estruturais organizados pela OME do termo “doença” nos acadêmicos do período“6”	85
QUADRO12: Distribuição dos elementos estruturais organizados pela OME do termo “saúde” nos acadêmicos do período “6” da IES 1.....	86
QUADRO 13: Distribuição dos elementos estruturais organizados pela OME do termo “saúde” nos acadêmicos do período “6” da IES 2.....	86
QUADRO 14: Distribuição dos elementos estruturais organizados pela OME do termo “saúde” nos acadêmicos do período “6” da IES 3.....	87
QUADRO 15: Distribuição dos elementos estruturais organizados pela OME do termo “saúde” nos acadêmicos do período “6” da IES 4.....	87
QUADRO 16: Distribuição dos elementos estruturais organizados pela OME do termo “doença” nos acadêmicos do período “6” da IES 1.....	88
QUADRO 17: Distribuição dos elementos estruturais organizados pela OME do termo “doença” nos acadêmicos do período “6” da IES 2.....	88
QUADRO 18: Distribuição dos elementos estruturais organizados pela OME do termo “doença” nos acadêmicos do período “6” da IES 3.....	88

QUADRO 19: Distribuição dos elementos estruturais organizados pela OME do termo “doença” nos acadêmicos do período “6” da IES 4.....	89
QUADRO 20: Distribuição dos elementos estruturais organizados pela OME do termo “saúde” nos acadêmicos do período “12”	89
QUADRO 21: Distribuição dos elementos estruturais organizados pela OME do termo “doença” nos acadêmicos do período “12”	90
QUADRO 22: Distribuição dos elementos estruturais organizados pela OME do termo “saúde” nos acadêmicos do período “12” da IES 1.....	91
QUADRO 23: Distribuição dos elementos estruturais organizados pela OME do termo “saúde” nos acadêmicos do período “12” da IES 2.....	91
QUADRO 24: Distribuição dos elementos estruturais organizados pela OME do termo “saúde” nos acadêmicos do período “12” da IES 4.....	92
QUADRO 25: Distribuição dos elementos estruturais organizados pela OME do termo “doença” nos acadêmicos do período “12” da IES 1.....	92
QUADRO 26: Distribuição dos elementos estruturais organizados pela OME do termo “doença” nos acadêmicos do período “12” da IES 2.....	93
QUADRO 27: Distribuição dos elementos estruturais organizados pela OME do termo “doença” nos acadêmicos do período “12” da IES 4.....	93
QUADRO 28: Mudanças de quadrantes das evocações geradas pelo termo indutor “Saúde”	94
QUADRO 29: Mudanças de quadrantes das evocações geradas pelo termo indutor “Doença”	95
QUADRO 30: Representações Temáticas, Unidades de Significação e Vocábulos de saúde e de doença	103
QUADRO 31: Alocação da palavra “hospital” após análise prototípica das palavras evocadas pós indução pelos Termos “saúde” ou “doença” de acordo com o período e a IES dos participantes	113
QUADRO 32: Palavras correlacionadas a evocação de “Medicina” a partir da análise de similitude	118
QUADRO 33: Alocação da expressão “Qualidade de vida” após análise prototípica das palavras evocadas pós indução pelos Termos “Saúde” ou de acordo com o período e a IES dos participantes	127
QUADRO 34: Alocação da palavra “remédio” após análise prototípica e de similitude das palavras evocadas pós indução pelos Termos “saúde” ou “doença”	135

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Caracterização do período, IES, sexo, idade, cor de pele, naturalidade, religião, curso superior prévio dos acadêmicos.....	78
--	----

LISTA DE SIGLAS

APS	-	Atenção Primária a Saúde
CDSS	-	Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde
DCN	-	Diretrizes Curriculares Nacionais
DSS	-	Determinantes sociais da saúde
ESF	-	Estratégia de Saúde da Família
IES	-	Instituição de Ensino Superior.
IRAMUTEQ	-	Interface de R Pour Les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires
LDBEN	-	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
OME	-	Ordem Média de Evocações
OMS	-	Organização Mundial da Saúde
PNC	-	Elemento do Provável Núcleo Central
Pró-Saúde-	-	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
1ª P	-	Primeira Periferia
SUS	-	Sistema Único de Saúde
2ª P	-	Segunda Periferia
TNC	-	Teoria do Núcleo Central
TRS	-	Teoria das Representações Sociais
ZC	-	Zona de Contraste

LISTA DE ABREVIATURAS

ed.	–	edição
Cap.	-	capítulo
Art.	-	artigo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
1.1	BREVE TRAJETÓRIA PESSOAL: ENLACE ENTRE DIFERENTES MUNDOS	18
1.1.1	O Quantitativo e o Qualitativo da Medicina	18
1.1.2	Humanização da Medicina e a relação entre Professor e Aluno	19
1.2	CONTEXTUALIZAÇÃO DA PERGUNTA DE PESQUISA	20
1.3	DESCRIÇÃO DA ESTRUTURA DA DISSERAÇÃO	22
2	UM OLHAR SOBRE A LITERATURA	26
2.1	SENTIDO DA SAÚDE E DA DOENÇA	26
2.2	DO CONCEITO DE CAUSALIDADE AOS DETERMINANTES DO PROCESSO SAÚDE- DOENÇA.....	32
2.3	MEDICINA E EDUCAÇÃO MÉDICA.....	42
2.4	TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	48
2.5	TEORIA DO NÚCLEO CENTRAL	55
2.6	REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE E DOENÇA	57
3	PERCURSO METODOLÓGICO	61
3.1	ETAPAS DA PESQUISA	65
3.2	CONTEXTO DA PESQUISA E PROCESSO DE GERAÇÃO DAS INFORMAÇÕES	66
3.3	PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS.....	70
3.3.1	Sistematização dos dados provenientes do Teste de Evocação Livre de Palavras: o uso do software IRAMUTEQ	71
3.3.2	Análise Prototípica	73
3.3.3	Análise de Similitude	76
3.3.4	Sistematização dos dados provenientes do corpus monotemático de respostas curtas	76
4	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA	78
5	REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE E DOENÇA	82
5.1	RESULTADOS DAS ANÁLISES PROTOTÍPICAS.....	82
5.1.1	Análise prototípica do período “0”.....	83
5.1.2	Análises prototípicas do período “6”.....	84
5.1.3	Análises prototípicas do período “12”.....	89

5.2	RESULTADOS DAS ANÁLISES DE SIMILITUDE.....	96
5.2.1	Análise de similitude do período “0”	96
5.3	NÚCLEOS TEMÁTICOS DA REPRESENTAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE E DE DOENÇA EM ACADÊMICOS DE MEDICINA.....	103
5.3.1	Binômio Saúde-Doença.....	104
5.3.1.1	Enfoque na Doença e Modelo Biomédico.....	106
5.3.1.2	Saúde como ausência de Doença.....	108
5.3.2	Subjetividade do Adoecimento	108
5.3.2.1	Saúde e bem-estar.....	110
5.3.2.2	Doença como Sofrimento e Dor.....	111
5.3.3	Locais de atenção à Saúde.....	113
5.3.3.1	Saúde e Doença no Modelo Hospitalocêntrico.....	113
5.3.3.2	Saúde e Doença no SUS.....	116
5.3.4	Saúde e Doença como Medicina.....	117
5.3.5	Modelo Ampliado de Saúde.....	119
5.3.5.1	Aspectos Social e Biopsicossocial e sua relação com “saúde e doença”..	120
5.3.5.2	Família na saúde e na doença.....	124
5.3.5.3	Saúde como qualidade de vida.....	127
5.3.5.3	Espiritualidade, Saúde e Doença.....	130
5.3.6	Estilo de Vida como promotor de saúde e preventivo de doença.....	132
5.3.6.1	Promoção de Saúde e Prevenção de Doenças.....	132
5.3.6.2	Alimentação, Exercício Físico e Sono.....	134
5.3.7	Intervenções terapêuticas sobre a saúde e a doença.....	135
5.3.8	Aspectos relacionados aos desfechos da doença.....	138
5.3.9	Aspectos inter-relacionais vinculados a saúde e a doença.....	139
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	141
	REFERÊNCIAS.....	144
	APÊNDICE 1: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	161
	APÊNDICE 2: LEMATIZAÇÃO DAS PALAVRAS EVOCADAS A PARTIR DO TERMO INDUTOR “SAÚDE”	162
	APÊNDICE 3: LEMATIZAÇÃO DAS PALAVRAS EVOCADAS A PARTIR DO TERMO INDUTOR “DOENÇA”	170
	ANEXO 1: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	180

1 INTRODUÇÃO

1.1 BREVE TRAJETÓRIA PESSOAL: ENLACE ENTRE DIFERENTES MUNDOS

Quando os opostos se encontram e em vez de se repelirem, transcendem a sua natureza, unem-se e se complementam, podemos nos aproximar de uma visão mais ampla da realidade. E assim se fez e se faz a minha relação com a Medicina, com a docência e com a pesquisa.

1.1.1 O Quantitativo e o Qualitativo da Medicina

Como ao adentrar no curso de Medicina, em 2004, as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (DCN) de 2001 (BRASIL, 2001) tinham sido propostas há pouco mais de dois anos, vivenciei uma tentativa inicial de formação pautada no paradigma biopsicossocial. No entanto, essas diretrizes foram notadamente traçadas prioritariamente no modelo biomédico, o que denota a pesquisa quantitativa como um dos pilares do método investigativo, com forte influência sobre a minha formação universitária.

Minha aproximação com a pesquisa qualitativa neste período foi tênue, pois esta não era considerada relevante por não possuir as características valorizadas pelo curso, cuja orientação prioritária era a tentativa de se encontrar as verdades absolutas, objetivas, cartesianas e lógicas nas quais a Medicina deveria se pautar. As pesquisas qualitativas eram consideradas uma forma de arte e não um conjunto de procedimentos sistemáticos e científicos. Na formação médica as artes não eram até então valorizadas.

Meu primeiro contato com os resultados de pesquisa qualitativa ocorreu ao adentrar na Residência de Medicina de Família e Comunidade, durante a apresentação de um Trabalho de Conclusão de Curso que abordava qual era o significado da menstruação para as pacientes de uma Unidade de Saúde. A sensação gerada por essa pesquisa foi a de que meus olhos foram desembaçados, o que propiciou um aumento do campo de visão frente à realidade, e também a compreensão de que os fenômenos até então estudados na formação acadêmica tinham uma dimensão muito maior do que aquela que me tinha sido apresentada. Para ser médico poder-se-ia estudar também a antropologia, a sociologia e a

psicologia, dentre vários outros saberes antes tidos até então como intangíveis e, por meio dos quais se poderia compreender profundamente não só a doença em si, mas também o processo do adoecimento e o sofrimento por esta gerados nos seus pacientes.

A pesquisa qualitativa,

[...] começa com pressupostos e o uso de estruturas interpretativas/teóricas que informam o estudo dos problemas da pesquisa, abordando os significados que os indivíduos ou grupos atribuem a um problema social humano (CRESWELL 2014, p. 49-50).

Para Cassorla (2003) trabalhar com o método qualitativo, que tenta compreender o significado dado pelo sujeito às suas ações, assemelha-se ao que faz o médico clínico, que em seu ofício procura conhecer profundamente seu paciente, para além dos sinais e sintomas que apresenta.

Conjuntamente com a vontade de ampliar e aprofundar meu conhecimento sobre a saúde e a doença dos seres humanos, e assim aumentar a compreensão sobre a existência humana, superei vários obstáculos para a cada dia construir a aproximação com a pesquisa qualitativa. Estes obstáculos foram, desde a quebra de paradigmas pessoais até a sensação de solidão ao ler muitos livros com o apoio de poucos colegas os quais, assim como eu, pouco sabiam sobre esse tipo de pesquisa, até que, ao adentrar no programa de Mestrado em Ensino nas Ciências da Saúde da FPP encontrei uma base para, enfim, poder concretizar minha esperança de experimentar a pesquisa qualitativa.

1.1.2 Humanização da Medicina e a relação entre Professor e Aluno

Atualmente é mais evidente a importância do método qualitativo na Medicina, como uma forma de abordagem indispensável ao conhecimento de questões relevantes que afetem seus pacientes dos pontos de vista individual e coletivo. Entretanto, o objeto dessa pesquisa não é a significação de saúde e de doença dos pacientes, mas sim, dos acadêmicos de Medicina. Existe uma demanda advinda dos acadêmicos a ser ponderada, de que a tão almejada Humanização da Medicina não dependa somente do ensino de técnicas de humanidade, mas também da Humanização da Educação Médica. Neste sentido, como orientar o estudante de Medicina a ser humano em meio a tratamento desumano? Como demandar do

estudante que se importe com a subjetividade dos seus pacientes, enquanto for deflagrada durante sua formação a desvalorização da sua própria subjetividade?

A partir dessa demanda, reflete-se que o estudante dificilmente internalizará o conceito ampliado de saúde e aumentará sua capacidade de compreensão da significação de saúde e doença dos seus pacientes, se não refletir sobre essa significação.

Ao lidar com a demanda social de médicos mais humanos, torna-se necessário partir do cerne da questão, buscando a significação, e não apenas a estrutura do pensamento. Se isso não ocorre, qualquer possibilidade de mudança não se torna efetiva e duradoura. Considerando os desafios encontrados na arte de pesquisar, Minayo (2013, p. 32) reporta-se a Thomaz (1963), o qual já afirmava que “o problema das ideias que se tem e o problema das questões que se pensa é que, aquilo que se pensa é real nas suas consequências”. A autora continua:

Chamo a atenção para isso porque, em determinadas correntes de pensamento, há uma tendência a valorizar, isoladamente, ora a ideia, ora o fato material. Parto do princípio de que uma concepção social ou uma representação social é capaz de revelar a natureza contraditória da realidade: ela une a base material e a ideia que vigora na sociedade. Se a ideia influencia a base material, esta, por sua vez, também repercute na elaboração das concepções vigentes. (MINAYO, 2013, p. 32).

Portanto, o conhecimento por meio de pesquisas qualitativas, da significação de saúde e de doença para os estudantes dos cursos da saúde, no caso deste estudo, do curso de Medicina, é imprescindível para que seja possível tanto compreender quanto mudar a forma de cuidado da saúde da população.

1.2 CONTEXTUALIZAÇÃO DA PERGUNTA DE PESQUISA

“As mudanças profundas que agora ocorrem na medicina só podem ser totalmente entendidas se forem vistas a partir de uma perspectiva histórica [...] A medicina se transforma em resposta a muitas influências: algumas científicas e tecnológicas e outras sociais” (MCWHINNEY, 2010, p.1).

No dicionário da língua portuguesa (FERREIRA, 2009), encontram-se como sinônimos de saúde as palavras: força e vigor; e de doença: moléstia, falta de saúde, coisa que incomoda. Entretanto, ao se questionar diferentes pessoas sobre qual o significado de Saúde, de Doença e quais são as causas do adoecimento, existem

diversificadas e abrangentes respostas. Essas respostas dependem do momento histórico e cultural no qual elas estão inseridas, da sua própria história, dos seus valores, das suas crenças, das suas expectativas e da sua postura diante da vida (CZERESNIA et al., 2013).

A Medicina tem como temas centrais de estudo, o ser humano e o binômio saúde – doença, nos quais estão contidos os seus aspectos objetivos, mas também os subjetivos, e isso os torna complexos e dinâmicos. Por não existir um conceito científico universal que possa ser generalizado e aplicado a todas as pessoas e todas as situações, faz-se necessário a ampliação da visão e da compreensão sobre o processo saúde-doença na formação médica, assim como a individualização ao olhar para o processo de adoecimento de cada paciente.

Todavia, no último século, a Medicina caminhou no sentido da priorização das doenças, das suas causas e das suas consequências biológicas em detrimento da compreensão da significação do processo saúde-doença para a pessoa que sofre do padecimento. A modernização da sociedade e o aprimoramento tecnológico tiveram impacto sobre a Medicina que, junto a essa priorização das doenças, experimentou uma valorização do tecnicismo, da fragmentação do conhecimento e da superespecialização. Os Hospitais, cada vez maiores e com maior aparato tecnológico para o diagnóstico e para o tratamento de doenças passaram a ocupar o centro da estruturação dos serviços médicos. Esse processo e essa organização são descritos como modelo biomédico de atenção à saúde, tornando-se o paradigma hegemônico na medicina moderna.

Se por um lado, o paradigma do modelo biomédico de atenção mostrou-se capaz de trazer avanços diagnósticos e terapêuticos em um tempo histórico curto, por outro lado, não valorizou a integralidade do ser humano, a complexidade e a subjetividade do processo saúde-doença. Limitou-se à abrangência do cuidado prestado pelo profissional médico, o que gerou crescente demanda social por um cuidado à saúde integral e humanizado. Observa-se essa demanda nas Diretrizes Curriculares do Curso de Medicina de 2001 e de 2014, que orientam a formação médica a partir do Conceito Ampliado de Saúde em prol de uma formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética (BRASIL, 2001; 2014). O Conceito Ampliado de saúde, proposto em 1948 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), descreve que a saúde vai além da mera ausência de doenças, e abrange o completo bem-estar físico, mental e social de uma pessoa (OMS, 1948).

Com base nesse contexto, as Escolas Médicas buscam remodelar o processo educativo em prol de uma mudança de paradigma na visão e na compreensão dos acadêmicos sobre o processo saúde-doença. A estruturação curricular pode ser um fator auxiliador na ampliação da compreensão do processo saúde-doença, mas esta é, também, permeada pelo pensamento sociocultural no qual o acadêmico, os profissionais do ensino e dos serviços e a própria comunidade se inserem.

As justificativas do presente estudo são: a importância da aproximação entre a área da saúde e a das ciências humanas e sociais, a qual possibilita a ampliação e o aprofundando das reflexões sobre o tema; a influência nas ações comportamentais e atitudinais dos acadêmicos de medicina que a significação de saúde e doença propiciam; por fim, apesar das representações sociais de saúde e de doença ser um tema amplamente estudado e discutido na literatura, este carece de enfoque na formação acadêmica do médico.

Os pressupostos do estudo foram: as representações sociais de saúde e de doença dos acadêmicos de medicina se modificam durante a sua formação acadêmica; as representações sociais de saúde e de doença dos acadêmicos de medicina diferem de acordo com as metodologias de ensino utilizadas durante a sua formação e de acordo com os diferentes períodos de inserção dos acadêmicos na comunidade.

A partir desses pressupostos foram estabelecidos os os seguintes objetivos: Conhecer as representações sociais de saúde e de doença de acadêmicos de Medicina; Comparar as representações sociais de saúde e de doença de acadêmicos de Medicina que estejam em diferentes períodos de formação: antes de iniciarem o curso, no sexto e décimo segundo períodos; e, Observar as representações sociais de saúde e de doença dos acadêmicos de Medicina matriculados em cursos com diferentes formatos e diferentes períodos de inserção nos cenários práticos na comunidade.

1.3 DESCRIÇÃO DA ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

Para a realização desse estudo, elegeu-se a abordagem qualitativa, fundamentada nas investigações em Representação Social, articulada e analisada com o aporte da Teoria do Núcleo Central (ABRIC, 2001) e da Análise de Conteúdo de Bardin (BARDIN, 2016). A geração de dados foi realizada a partir de um

questionário sociodemográfico, do teste de evocação livre de palavras a partir dos termos indutores “Saúde” e “Doença” e de uma pergunta de resposta curta sobre a causalidade do adoecimento, cujo detalhamento está apresentado no capítulo do percurso metodológico, Capítulo 3.

Nessa perspectiva, a pesquisa teve início com um estudo bibliográfico que resultou no capítulo de revisão teórica que sucede essa introdução. Este segundo capítulo apresenta na primeira seção, intitulada “sentido da saúde e da doença”, pensamentos que promovem reflexões sobre a relevância da sua abordagem no meio acadêmico e a produção de artigos e pesquisas nessa área, assim como da importância do diálogo entre as diversas áreas de conhecimento que se propõem a estudar o tema. Sequencialmente, a seção 2.2 apresenta uma abordagem histórica sobre “a causalidade e os determinantes do processo saúde-doença”. A seção 2.3, “a medicina e a educação médica”, descreve o histórico e o panorama atual dos temas em questão. Na fundamentação teórica da metodologia utilizada no presente estudo é detalhada nas seções 2.4, 2.5 e 2.6, que abordam respectivamente a teoria das representações sociais, a teoria do núcleo central e as representações sociais de saúde e de doença.

.A fundamentação para esse estudo está traçada a partir dos trabalhos dos seguintes autores: : Almeida-Filho (2011), Amoretti (2005), Ayres (2007), Barata (1990), Barros (2002), Berlinguer (1988), Canguilhem (2011), Capra (2006), Dahlgren; Whitehead (2007), Feuerwerker (2002), Fontes (1995), Leavell; Clark, (1976), Lampert (2002), Mitre (2008), Rezer (2015), Stanga (2015), Scliar (2007) Streit (2012), entre outros.

O terceiro capítulo, com o título de “Percurso Metodológico”, aborda o percurso trilhado para a realização da pesquisa, assim como o aporte teórico metodológico utilizado. Descreve e justifica a escolha da abordagem da pesquisa; as etapas da pesquisa; Processo de preparação da pesquisa; Processo de geração e sistematização de dados; Associação Livre de Palavras, Análise de Frequências Múltiplas, Análise Prototípica e Análise de Similitude. Apresenta o Software IRAMUTEQ (RATINAUD, 2009). Evidencia a Análise de Conteúdo de Bardin (BARDIN, 2016). Apoiaram estes estudos, autores, como: Abric (2001); Ens e Behrens (2013); Minayo (1998), Moscovici (1978; 2012; 2015); Sá (1996), entre outros.

O quarto capítulo, intitulado “caracterização dos participantes da pesquisa” apresenta os dados sociodemográficos e características da formação acadêmica dos participantes da pesquisa, destacando a relevância dessas informações para as pesquisas em representações sociais.

O quinto capítulo, intitulado “representações sociais de saúde e de doença” apresenta os resultados obtidos pelo estudo e a sua análise e correlação com a literatura. A primeira seção mostra os resultados da análise prototípica gerados a partir dos termos indutores “Saúde” e “Doença” e delineados pelo quadro de quatro casas de cada período e de cada instituição de ensino participantes da pesquisa. De maneira complementar, foi elaborada a análise de similitude entre as palavras evocadas para cada um dos três períodos pesquisados. A partir desta, pode-se analisar o grau de conectividade entre os elementos das representações sociais, o que auxilia na sua classificação temática, na observação da dinâmica e relevância das palavras evocadas para interpretar os dados.

Sequencialmente, a segunda seção, demonstra a análise interpretativa dos núcleos centrais e periféricos proveniente da análise prototípica e das árvores de similitude, classificando-se em núcleos temáticos e correlaciona cada um dos núcleos a literatura. Os núcleos identificados neste estudo foram: Binômio Saúde-Doença, Aspectos Subjetivos, Locais de atenção à Saúde, Medicina, Modelo Ampliado, Medidas Preventivas, Intervenções terapêuticas, Aspectos relacionados aos desfechos da doença, Aspectos inter-relacionais. A fundamentação para essa seção se deu a partir dos trabalhos dos seguintes autores: Amoretti (2005), Andrade (2003), Berlinguer (1988), Cromack (2006), Foucault (2002), Guimarães (2005), Grossi (2012), Illich (1975), Lind (2000), Laguardia (2016), Nogueira (2009), Oliveira (2005), Pohontsch (2018), Rotta (2009), Segre (1997), Shimizu (2015) Siqueira, (2009) Oliveira (2005), entre outros.

Nas considerações finais resgata-se o problema que norteou a proposição e a realização da pesquisa, tendo por norte os objetivos, a fundamentação teórica e metodológica adotada para a análise de dados; são apontadas reflexões sobre os resultados obtidos sobre a representação social de saúde e de doença e sobre a representação social da causalidade do adoecer, assim como as associações e correlações ocorridas entre eles. Posteriormente serão apresentados os fatores limitadores da pesquisa e a proposição de estudos complementares para confirmação da centralidade dos elementos da representação.

Para a geração dos dados e das informações foram respeitados os aspectos éticos conforme as resoluções 466/2012 e 510/2015 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de ética em pesquisa da Faculdade Pequeno Príncipe sob CAAE: 76027317.8.0000.5580.

2 UM OLHAR SOBRE A LITERATURA

Este capítulo aborda os temas centrais do estudo, como o sentido da saúde e da doença, os fatores determinantes do processo saúde-doença e a medicina e a educação médica. Contempla reflexões sobre o referencial teórico metodológico utilizado, a Teoria das Representações Sociais e a Teoria do Núcleo Central.

2.1 SENTIDO DA SAÚDE E DA DOENÇA

Não se pretende nesta sessão abordar o sentido da saúde e da doença em toda a sua amplitude, dada a impossibilidade disso decorrente da complexidade do tema e da vastidão de literatura disponível acerca deste. Objetiva-se, então, trazer pensamentos que promovam reflexões sobre a relevância da sua discussão no meio acadêmico e da produção de artigos e pesquisas nessa área, assim como da importância do diálogo entre as diversas áreas de conhecimento que se propõem a estudá-la. Isto porque, a busca pela compreensão do sentido da saúde e da doença dentro do contexto atual, é fator inerente ao processo de reconhecimento dos aspectos problemáticos no campo da saúde, da aproximação de possíveis soluções (STANGA; REZER, 2015), da tomada de decisões e da efetivação de políticas e de práticas na área da saúde (SÁ; FERRETTI; KLEBA, 2013).

Diversos conceitos de saúde e de doença foram estabelecidos ao longo dos anos. Eles dependem do entendimento que se tem sobre o ser humano e da sua relação com o meio em que está inserido, ou seja, eles têm sido compreendidos ou enfrentados de acordo com as diferentes formas de existir das sociedades, expressas nas diferentes culturas e formas de organização.

Essas mudanças vão desde a medicina mágico-religiosa, suplantada na antiguidade, até o modelo biomédico predominante atualmente (BARROS, 2002). Scliar (2007) em seu artigo História do Conceito de Saúde enfatiza que “a saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas, mas sim que esta dependerá da época, do lugar, da classe social, de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas” (SCLIAR, 2007, p. 30). Refere então, que o mesmo pode ser observado em relação às doenças, uma vez que estas possuem uma grande variação. O autor, a partir dessa ideia introdutória analisa os conceitos de saúde e de doença ao longo da evolução histórica (SCLIAR, 2007).

Fontes (1995) expõe a ocorrência de mudanças invisíveis que afetam os paradigmas culturais e científicos vigentes, e que nos forçam a transformar nossos pensamentos e conceitos. Dentre essas mudanças, ressalta a importância da influência do desenvolvimento tecnológico, da globalização e das mudanças paradigmáticas que tem ocorrido dentro das religiões, dos mercados financeiros e da própria consciência humana quanto à realidade bio-psíquico-mental que o integra.

Entretanto, diante do fato de que a compreensão sobre a significação de saúde e de doença é mais abrangente nas últimas décadas, sabe-se que, apesar da palavra saúde ser citada cotidianamente nos cursos da área da saúde, ainda há muitas lacunas no processo de formação, que permitam ampliar as referências e percepções dos acadêmicos sobre esse tema. Durante a formação são abordados os conceitos de historicidade da causalidade e dos determinantes de saúde e doença, no entanto, isso é feito habitualmente de forma teórica e nos períodos introdutórios dos cursos, carecendo uma abordagem longitudinal e aprofundada sobre o assunto Stanga e Rezer (2015, p.20) trazem a hipótese de que

Vivemos um momento em que o interesse por questões de ordem conceitual vem perdendo valor, em detrimento a questões de ordem utilitária. Neste caso, ainda se percebe uma forte dicotomia entre teoria e prática estabelecida nos cursos de formação na grande área da saúde.

Dentre as reflexões conceituais sobre a saúde e a doença, destacam-se as seguintes questões: a saúde como conceito inapreensível; a mútua referência entre saúde e doença e a suposta polaridade entre elas; definições dicionarizadas de doença e a sua pouca resolutividade dos problemas da vida; a saúde como valor social e econômico; o normal, a normalidade e o patológico, a saúde relacionada às relações interpessoais e o cuidado multidisciplinar. Dada a relevância de sua abordagem na formação acadêmica na área da saúde trazemos nesta revisão autores que tem refletido esses temas.

Stanga e Rezer (2015) ponderam ser inesgotável a discussão do significado de saúde devido à subjetividade e a circularidade das ações humanas, historicamente edificadas em meio a diferentes interesses e relações de poder. Os autores, ao considerarem a saúde como um fenômeno inapreensível, entendem que, qualquer esforço em encontrar a resposta à pergunta “o que é saúde” não pode ambicionar uma resposta clara e objetiva, mas sim qualificar o horizonte ao se lidar com tamanha complexidade. Adicionam à sua reflexão que o seu “esforço se coloca

na condição de compreender melhor o conhecimento do conhecimento, a partir de uma postura hermenêutica de suspeita frente à naturalização do mundo” (STANGA; REZER, 2015, p.612).

Ayres (2007) propõe o rompimento com o pressuposto da mútua referência entre as noções de saúde e de doença. O autor não as considera como situações polares, tendo em vista que além destas não falarem de uma mesma coisa, também não falam de um mesmo modo. E indica que a doença é passível de uma maior objetivação, uma vez que, quando recorre-se ao termo doença este já é colocado na área de discursividade construída com base no ideal biomédico. Entretanto, o autor enfatiza que é preciso superar esse modelo biomédico e afirma que o fenômeno saúde, diferente da doença, é muito mais complexo e difícil de se identificar. Mais do que uma caracterização objetiva, a saúde perpassa o contexto social, cultural e histórico, localizado num determinado espaço e no tempo. A experiência da saúde envolve a construção compartilhada de nossas ideias de bem-viver e de um modo conveniente de buscar realizá-las na nossa vida.

Esse entendimento proposto por Ayres (2007) de que os termos saúde e doença se referem a construções linguísticas oriundas de esferas diversas de racionalidade e de valor, mas que estão em um mesmo campo da experiência humana, ratifica a afirmação de que esses termos tratam de situações diferentes e ao mesmo tempo indissociáveis.

Corroborando essas ideias, Gadamer (2011) discorre sobre a dificuldade existente em objetivar uma compreensão de saúde clara, explícita, coerente, mas que, ao longo do tempo, conseguiu-se objetivar a doença. O autor aponta a saúde como um esquecimento de si, devido a uma situação de harmonia. O desafio dentro da formação acadêmica médica, na qual ainda ocorre uma predominância do paradigma biomédico reducionista, é o enfrentamento dessas questões sem a pretensão de alcançar a um conceito universal, matemático e replicável.

Nesta perspectiva, ainda, Berlinguer (1988) questiona as várias definições dicionarizadas, legais e enciclopédicas de doença, destacando as suas imprecisões contextuais e a irrisória resolutividade dos problemas da vida que esses aportes terminológicos nos oferecem. Em sua obra literária intitulada *A Doença* o autor significa a doença dentro de duas percepções principais: como face opressora da vida e como sinal, estímulo. Na primeira percepção estão contidos o sofrimento, a diversidade e o perigo, e, o autor requisita que as pessoas se coloquem no papel do

doente, que sintam e pensem o seu processo de adoecimento de forma mais ampla e que tentem compreendê-lo. Pode-se fazer um paralelo disso ao que hoje se chama comumente de empatia, palavra tão enfatizada na educação médica e tão requerida pelos pacientes. Na segunda percepção do autor, ao posicionar a doença como sinal, gera o entendimento de que esta traz um presságio de fenômenos mais complexos que ocorrem nas coletividades humanas, e como estímulo, posiciona que, se por um lado, as doenças levam as pessoas a sentimentos e sensações negativas e ao isolamento, por outro lado, potencializam situações de resistência, de aquisição de conhecimento, fomentam criatividade e geram aprendizados de novas estratégias para se viver. Essa segunda visão pode trazer, se abordado pelo profissional de saúde em suas intervenções, tanto um estímulo a reflexão acerca dos sentidos e significados dos pacientes, seus padecimentos e contextos, quanto novas perspectivas e esperança.

Entretanto, o autor não fecha em sua obra os significados de doença, como apenas os contidos dentro dessas duas categorias, e ao perguntar ao leitor do livro o que para ele é a doença, demonstra que ela é constantemente reconstruída e sujeita à apreensão de novos conceitos e novas percepções (BERLINGUER, 1988).

Na obra *O que é saúde?* Almeida-Filho (2011), convencionou a saúde em 3 modelos: a saúde como fenômeno individual (fisiopatológico), como medida (passível de) e como ideia que incorpora a experiência pessoal e os aspectos simbólicos. Contudo, esses três modelos, segundo o autor, restringem a perspectiva da saúde à ausência de doença e incorpora processos e caminhos que vão além dessas concepções. A partir desse entendimento, posiciona a saúde como problema e traz reflexões como Ayres (2007), de que há a polarização entre saúde e doença. Complementando, toma a oposição conceitual entre virtude e vício para discorrer sobre saúde como valor social e econômico e como campo de práticas, no qual esta é entendida como um espaço convergente de saberes e práticas sociais (ALMEIDA-FILHO, 2011).

As concepções de que a doença seria apenas uma variação quantitativa do normal, uma realidade objetiva e alheia ao processo de vida do sujeito estão em desconformidade ao que Canguilhem propôs, em 1943, em seu famoso livro “*O Normal e o Patológico*”. O autor inicia sua obra descrevendo a visão positivista e biomédica de que o “normal designa ao mesmo tempo o estado habitual dos órgãos e seu estado ideal, já que o restabelecimento desse estado habitual é o objeto usual

da terapêutica” (CANGUILHEM, 2006, p.66) e a refuta, entendendo que o normativo é qualquer julgamento que determina uma norma, sendo essa subordinada ao homem que a institui. Com base nisso, a doença só pode ser definida a partir da perspectiva de cada sujeito, ou de grupos de sujeitos submetidos ao mesmo meio. Entre o estado normal e patológico há diferenças qualitativas, que não podem ser traduzidas apenas em diferenças quantitativas, e a tese do autor é de que, o estado patológico não é um simples prolongamento quantitativamente variado do estado fisiológico, mas sim, é algo totalmente diferente.

Canguilhem (2006) discorre sobre a complexidade conceitual do tema saúde e doença e sobre as divergências existentes no modo cultural de compreendê-las. A doença pode existir como algo externo ao equilíbrio normal do organismo, algo que entra e sai dele, ou, ao contrário, como uma reação global e salutar de defesa e até de sua adaptação a certas condições novas e diferentes. Assim, percebem-se as dificuldades de diferenciação e entendimento do normal e do patológico, como atividade normativa que é dependente das condições nas quais está inserida. O autor afirma que a saúde corresponde tanto à dimensão biológica da vida quanto ao modo de vida, ao considerar assimiláveis as dimensões subjetivas, filosófica, além da doença e dos riscos, e estar saudável seria poder desobedecer, produzir ou acompanhar uma transformação, adoecer e poder sair do estado patológico, mas, isso estaria implicado diretamente com a forma pela qual o indivíduo interage com a vida (CANGUILHEM, 1943).

Dias e Oliveira (2013, p.24), observam que ainda hoje “nas práticas cotidianas da produção de saúde, permanece a noção biológica que captura e normaliza o corpo, mantendo o sentido da patologia do que é individual e coletivo.” Para os autores, a saúde necessita de uma abstração relacionada principalmente a uma concepção de futuro e objetivos, e que não parece relevante, quando a questão se refere apenas à descrição de condições presentes, atuais. Por outro lado, a doença é mais imediatista e impõe competências operacionais e uma explicação. Os autores entendem a saúde como uma produção do próprio viver e resultante de um processo de construção de si no mundo. Em suas palavras, a saúde é

[...] um estar dinâmico na vida, sempre singular, um estado que não corresponde a ausência de doença. Ao contrário, nessa perspectiva, relaciona-se com a capacidade de enfrentar a doença e de expandir as condições de vida, processo que se dá mediante a interação, quando o

homem e o meio se transformam simultaneamente, num processo de coengendramento. (DIAS; OLIVEIRA, 2013, p.26).

Os autores concluem que atualmente é necessário buscar o sentido de saúde/doença, por meio de um olhar direcionado às relações interpessoais e vislumbrar a possibilidade de um cuidar multidisciplinar, que compreende o sentido de saúde como a capacidade de instruir novas normas em vários tipos de situações (DIAS; OLIVEIRA, 2013).

Sobre a importância dos relacionamentos interpessoais e da valorização dos vários saberes referem Barros e Gomes (2011, p 64) que saúde

é estar na vida com o outro, construída na alteridade. Alteridade como experiência da existência do outro, não como objeto, mas como outro sujeito, co-presente no mundo das relações intersubjetivas”. A concepção de saúde tem que levar em consideração a variabilidade inerente ao ser humano, tem que levar em consideração a diversidade dos humanos.

Na concepção de Czeresnia, Maciel, e Oviedo (2013), o sentido dado à doença se relaciona com o modo próprio de ser da pessoa, a sua história, o momento de vida pelo qual ela está passando, o contexto social no qual ela se insere e, assim, a doença se manifesta de um modo singular em cada indivíduo.

Com base nos aspectos destacados pode-se dizer que a compreensão ampliada de saúde se edificou no decorrer de todo o processo histórico. Entretanto, cabe ressaltar que a definição de saúde dentro desta visão ocorreu formalmente apenas após a criação da Organização Mundial da Saúde (OMS), a qual, pela da carta de princípios de 1948, definiu saúde como “o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”. Nesta carta de princípios a saúde também foi reconhecida como um direito humano e a sua promoção e proteção como uma obrigação do Estado (OMS, 1948).

O conceito ampliado de saúde refletia, de um lado, uma aspiração nascida dos movimentos sociais do pós-guerra de que, a Saúde deveria expressar o direito a uma vida plena e sem privações. Entretanto, esta ampliação pela OMS (1948) acarretou críticas, algumas de natureza técnica, na qual (a saúde seria algo utópico, ideal, inatingível, cuja definição não poderia ser usada como objetivo pelos serviços de saúde) (SEGRE, 1997), outras críticas de natureza política, nas quais o conceito permitiria abusos por parte do Estado, que interviria na vida dos cidadãos, sob o pretexto de promover a saúde (SCLIAR, 2007).

Em 1978, como resposta a essas críticas, na Conferência Internacional de Assistência Primária à Saúde (Alma-Ata) promovida pela OMS, foi reafirmada a definição de saúde, entretanto, de forma palpável, por meio da proposição de ações que visavam transformá-la na principal meta social de todos os governos a nível mundial. Em conformidade com esta declaração e responsabilização governamental pela saúde da população, em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde apresentou a seguinte definição de saúde:

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 cotidianas. A saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. E assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (BRASIL, 1986, p. 382).

Essa definição amplia e assegura um novo horizonte conceitual e uma rede de relações que convergem na possibilidade de se lidar com os diversos aspectos relacionados ao processo saúde-doença no cotidiano. Salienta-se que, é nesse contexto que o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado a partir da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), onde ficou determinado que a garantia de saúde a toda a população é dever do Estado. Em 1990, o Congresso Nacional aprovou as Leis Orgânicas da Saúde que regulamentam o sistema (SCLIAR, 2007).

2.2 DO CONCEITO DE CAUSALIDADE AOS DETERMINANTES DO PROCESSO SAÚDE- DOENÇA

O conceito de causalidade e os fatores determinantes do processo saúde-doença estão intimamente vinculados às diferentes concepções de saúde e de doença. Dessa forma, segundo Contandriopoulos (1998, p.201)

Uma nova compreensão de determinantes da saúde só poderá emergir se houver um diálogo entre as ciências humanas e as ciências da vida. Este diálogo não poderia deixar de ser perturbador e incômodo, pois supõe que os pesquisadores de cada disciplina repensem os fundamentos de seus trabalhos, que aceitem trabalhar com outros métodos, que encarem horizontes temporais diferentes e conseqüentemente modifiquem a maneira de conceber os fenômenos que estudam.

Para estudar causalidade e fatores determinantes do processo saúde-doença inicia-se neste estudo com uma abordagem histórica sobre a causalidade de saúde e doença, ao final estabelece a correlação com os modelos paradigmáticos biomédico e biopsicossocial de saúde.

Para a abordagem histórica sobre o tema optou-se por iniciá-lo na antiguidade e encerrá-lo nos dias de hoje, na visão da sociedade ocidental. Segundo Canguilhem (2011), até o século XIX, as formas de interpretação da causalidade da doença podem ser sintetizadas em duas vertentes fundamentadas na uni causalidade: a ontológica e a dinâmica. A primeira, presente nas concepções dos assírios, egípcios, caldeus, hebreus e outros povos que também tinham sistemas filosóficos de compreensão do mundo de caráter religioso, entende o corpo humano como receptáculo de uma causa externa que, penetrando-o, irá produzir a doença sem que o organismo, de algum modo, participe ativamente do processo. As causas tanto podem ser elementos naturais, quanto espíritos sobrenaturais. A segunda vertente é representada pela medicina hindu, grega e chinesa. A saúde, para esses povos, é vista como um equilíbrio e apenas existe doença quando há a perda desse equilíbrio. A causa do desequilíbrio era buscada no ambiente físico, isto é, por influência dos astros, no clima, nos insetos e outros animais associados às doenças. Nesta concepção da doença, o ser humano desempenha papel ativo no processo, e as causas são naturalizadas, isto é, perdem o caráter mágico e religioso predominante na outra conceituação.

A medicina científica foi sistematizada com Hipócrates (460-370 a.C.), considerado o pai da medicina moderna, que reconhecia a doença como parte da natureza, e estabeleceu a divisão entre o sobrenatural e o natural. A qualidade de vida, para ele era dada aos fatores ambientais e sociais. A saúde era a harmonia entre os hábitos físicos e mentais, e a inter-relação destes com o ambiente (FONTES, 1995).

Durante a Idade Média, ou seja, no período de consolidação do modo de produção feudal, praticamente não ocorreram avanços no estudo da causalidade. Os princípios hipocráticos são conservados quanto à explicação teórica, entretanto, a prática clínica é abandonada, uma vez que, o enfoque da medicina volta a se revestir do caráter religioso, sob influência do Cristianismo. Neste período, o cuidado de doentes estava habitualmente entregue a ordens religiosas, que administravam também os hospitais. Mas, ao mesmo tempo, as ideias hipocráticas se mantinham,

por meio de da temperança no comer e no beber, na contenção sexual e no controle das paixões (SCLYAR, 2007).

No final desse período, com o número crescente de epidemias que assolavam a Europa, retorna-se à importância da causalidade das doenças, principalmente as infecciosas, e a concepção de contágio existente no século XIV, que relaciona-se com a noção de que a doença poderia ser produzida por meio do contágio entre os homens. Quanto à causalidade, as explicações encontradas iam desde a influência da conjugação de certos planetas, até o envenenamento dos poços pelos leprosos e judeus ou pelas bruxarias dos endemoniados (OLIVEIRA; EGRY, 2000).

No Renascimento, a medicina volta a ser exercida predominantemente por leigos, e são retomados os experimentos e as observações anatômicas que resultarão na formação das ciências básicas. Neste período, a concepção hipocrática mais totalizadora fica relegada, uma vez que enfoque passa a ser dado na descoberta da origem das matérias contagiosas que causavam as grandes epidemias (SCLYAR, 2007).

Fracastoro, no século XVI, elabora a teoria do contágio, no qual os “seminaria” (princípio do contágio, os quais são externos ao organismo) se disseminam escolhendo os humores corporais pelos quais têm afinidade. Desta forma, novamente, o organismo humano é entendido como o receptáculo da doença, pouco se podendo fazer para evitá-la. Do desdobramento dessas elaborações teóricas iniciais sobre o contágio, vai surgir a teoria miasmática, que foi hegemônica até o aparecimento da bacteriologia, na segunda metade do século XIX (OLIVEIRA; EGRY, 2000). Para esses autores, a teoria miasmática, formulada por Thomas Sydenham e Giovanni Maria Lancisi, postula a origem das doenças em miasmas, um conjunto de odores fétidos provenientes de matéria orgânica em putrefação nos solos e lençóis freáticos contaminados (OLIVEIRA; EGRY, 2000).

Já o desenvolvimento da mecânica influenciou as ideias de René Descartes, no século XVII. Decartes postulava um dualismo mente-corpo e o corpo funcionando como uma máquina. Ao mesmo tempo, o desenvolvimento da anatomia, também consequência da modernidade, afastou a concepção humoral da doença, que passou a ser localizada nos órgãos (SCLYAR, 2007).

Durante todo o século XVIII, os estudos médicos voltam-se para a compreensão do funcionamento do corpo humano e das alterações anatômicas sofridas durante a doença. O estudo das causas cede lugar à prática clínica. As

peças científicas interessam-se pela localização das sedes das doenças no organismo e voltam-se para desvelar a linguagem dos sinais e sintomas clínicos. O método clínico, por seu próprio caráter intensivo e singular, não propicia a abordagem das questões relativas às causas das doenças, pois estas se dão no plano coletivo, não sendo, portanto, verificáveis na dimensão particular do indivíduo (OLIVEIRA; EGRY, 2000).

O avanço científico, no final do século XIX foi marcado pela revolução pasteuriana. Com ela, as tentativas de explicar o contágio resultaram na compreensão de que pequenas partículas invisíveis seriam as causadoras da doença, retomando desta forma a vertente ontológica da causalidade. Iniciava-se assim a “Era bacteriológica”, na qual a máxima era a de que para cada doença um agente etiológico deve ser identificado e combatido, por meio de vacinas ou produtos químicos (OLIVEIRA; EGRY, 2000).

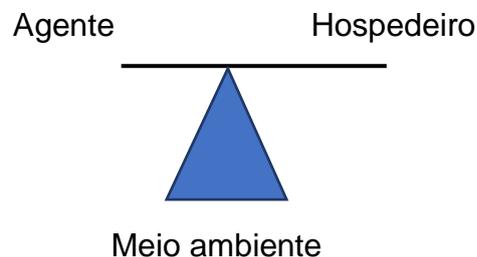
Após a Revolução Francesa, no contexto da crescente urbanização dos países europeus e da consolidação do sistema fabril, aparece, com força crescente a concepção de causação social, isto é, das relações entre as condições de vida e de trabalho das populações e o aparecimento de doenças. O ambiente, origem de todas as causas de doença, deixa, momentaneamente de ser natural para revestir-se do social. É nas condições de vida e de trabalho do homem que as causas das doenças deverão ser buscadas. Neste contexto surge a Medicina Social, que compreende que os fatores externos que até então vinham sendo responsabilizados pela produção das doenças têm seu papel minimizado, sua ação só se traduzirá em doença onde e quando o contexto social permitir que tal fato ocorra. Esboçavam-se assim as primeiras evidências da determinação social do processo saúde-doença e os primeiros modelos estatais de interferência na saúde das coletividades, a saúde pública inglesa e a medicina social francesa. Tais modelos articulavam-se aos movimentos ideológicos do sanitário e da medicina social (BARATA, 1990).

É necessário ressaltar que a concepção miasmática da causalidade permaneceu hegemônica, enquanto a medicina social apareceu entre os revolucionários ligados aos diversos movimentos políticos do final do século XVIII e primeira metade do século XIX, e que, com a derrota dos movimentos revolucionários, a Medicina Social, teve seu desenvolvimento retardado (BARATA, 1990).

O modelo de pensamento que tomou força na era bacteriológica foi um dos pilares originadores do Modelo Biomédico, que denota uma compreensão dos fenômenos de saúde e doença a partir da Biologia. Quanto à causalidade da doença, o modelo biomédico adota uma lógica unicausal, também designada lógica linear, procurando-se identificar uma causa a qual, por determinação mecânica, cartesiana, unidirecional e progressiva, explicaria o fenômeno do adoecer, direcionando a explicação a se tornar universal. Dentro dessas condições o modelo biomédico tende a reproduzir conhecimentos universais relativos aos seres humanos. Na visão epidemiológica de base biomédica, pode-se definir a saúde populacional pela presença ou ausência de fatores de risco (BARATA, 1990). Ainda segundo o autor, no início do século XX, observa-se a ausência de resposta da unicausalidade para algumas doenças, em especial as crônicas ou degenerativas (ex. Hipertensão Arterial, Diabetes, Artrose), e retornaram às condições multicausais, sem que, entretanto, se recupere o conceito de causação social. Diversos modelos de multicausalidade foram propostos, destacam-se o modelo da Balança de Gordon, o modelo de Leavell e Clark e o do feedback regulador.

Na balança elaborado por Gordon, a saúde é vista como um estado de equilíbrio entre fatores diversos e múltiplos (FIGURA 1). A doença ocorre quando o estado de equilíbrio é alterado por uma mudança na força com que opera um ou mais destes fatores. São reconhecidos três tipos de fatores: os do agente, os do hospedeiro e os do meio-ambiente (OLIVEIRA; EGRY, 2000).

FIGURA 1: A balança de Gordon



FONTE: A autora, 2018.

A doença pode surgir por desequilíbrios que aumentam o peso dos fatores relacionados ao agente ou ao hospedeiro, ou por deslocamento dos fatores do meio-

ambiente na direção de um ou outro desses fatores. Este modelo representa uma simplificação e um mecanicismo do processo de causação. Nessa concepção, os fatores são tomados isoladamente, como se não houvesse interações entre eles e, na prática, apenas um tipo de fator, aquele de maior peso, atuaria na produção da doença (OLIVEIRA; EGRY, 2000).

Enquanto no modelo biomédico o conceito de saúde prevalece na condição lógica exclusivamente em razão da ausência da doença (primordialmente sobre a doença infecciosa), no modelo multicausal, sistematizado por Leavell e Clark (1976), privilegia-se o conhecimento da história natural da doença. O conceito de saúde ganha estruturação explicativa proporcionada pelo esquema da tríade ecológica (agente, hospedeiro e meio ambiente). Com esses elementos, o proposto modelo epidemiológico englobaria o modelo biomédico: "conjunto de processos interativos que cria o estímulo patológico no meio ambiente, ou em qualquer outro lugar, passando pela resposta do homem ao estímulo, até as alterações que levam a um defeito, invalidez, recuperação ou morte" (LEAVELL; CLARK, 1976, p. 46).

O modelo considerado como o mais abrangente e completo do conceito de multicausalidade é o modelo ecológico, no qual as inter-relações entre os fatores são apresentadas sob a forma de um sistema fechado com um "feed-back" regulador, ou seja, a atividade e a sobrevivência dos agentes e hospedeiros dependem do ambiente, são alteradas por ele e, por outro lado, também alteram o ambiente em que se encontram.

Se por um lado os modelos multicausais reconhecem no processo saúde-doença múltiplas determinações - e por isso mesmo é que poderiam representar um avanço na história da epidemiologia - por outro lado, ainda é forte a influência que recebem do hegemônico modelo biomédico (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2011). E da mesma forma que processam uma redução naturalista da interpretação das relações sociais que o homem, estabelecem com a natureza e os outros homens, a produção de sua vida material. Todos os elementos da relação são colocados em um mesmo plano ahistórico, intemporal, e a vida humana fica reduzida à sua condição animal (BARATA, 1990).

No início do século, outra ordem de fatores causais passa a ser agregada ao conceito de multicausalidade: os fatores psíquicos. Assim é que o movimento da Medicina Integral, nos Estados Unidos, na década de 40, vai definir o homem como um ser "bio-psico-social". Novamente, o social vai aparecer como atributo do homem

e não como a essência da própria existência humana. O homem que tem um corpo biológico também tem funções psíquicas e atributos sociais, tais como a ocupação, renda, instrução e outros (BARATA, 1990).

As críticas aos modelos multicausais intensificaram-se na década de 60, e estas sugeriam a reformulação da compreensão da causalidade do processo saúde-doença, de tal forma que esta estivesse relacionada aos interesses populares, orientando novas práticas de intervenção. Surge daí uma nova conceituação do processo saúde-doença e a formulação da concepção de determinação social das doenças. Esta concepção compreendeu a produção das doenças no plano da coletividade e construiu uma análise científica dos processos que operam como determinantes destas, por meio da ampliação da explicação do princípio da causalidade:

Por processo saúde-doença da coletividade entendemos o modo específico pelo qual ocorre nos grupos, o processo biológico de desgaste e reprodução, destacando como momentos particulares e presença de um funcionamento biológico diferente, com conseqüências para o desenvolvimento regular das atividades cotidianas, isto é, o surgimento da doença". (LAURELL, 1983, p. 152).

Desde a virada do século XX, a temática da determinação social da saúde passou a ocupar uma posição central nos debates internacionais a respeito das relações entre a saúde e a sociedade. Entretanto, tal retomada entrou na agenda política mundial a partir de uma perspectiva teórico-metodológica bastante diferenciada daquela produzida pela corrente médico-social latino-americana, a epidemiologia social das décadas de 1960 e 1970 (ALMEIDA-FILHO, 2010).

As discussões reapareceram sob a chancela de 'determinantes sociais da saúde' (DSS), no sentido de fomentar um intenso debate cujo foco principal de análise incide sobre o tema 'desigualdades', por meio da constatação de importantes disparidades nas condições de vida e de trabalho, no acesso diferenciado a serviços assistenciais, na distribuição desigual de recursos de saúde e nas suas repercussões sobre a morbidade e mortalidade entre os diferentes grupos sociais (ALMEIDA-FILHO, 2010).

Esse contexto de reaparecimento da temática foi, em grande parte, alavancado pela OMS quando, em 2005, criou uma comissão específica para discutir os determinantes sociais da saúde - Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde (CDSS) - e convocou as autoridades dos países para a

necessidade de chegar a uma decisão coletiva de combater as expressivas desigualdades em saúde.

A CDSS entende os determinantes sociais da saúde como as circunstâncias em que as populações crescem, vivem, trabalham e envelhecem, bem como os sistemas implementados para lidar com a doença, circunstâncias tais que são moldadas, por outro lado, por "forças de ordem política, social e econômica". (COMISSÃO PARA OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2010, P. 1).

Nesse sentido, as condições de vida mostram-se determinadas pelo lugar que cada um ocupa na hierarquia social. Esse conceito, tal como elaborado pela comissão, foi inspirado no modelo de Dahlgren e Whitehead (COMISSÃO PARA OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2010), e pode ser resumido conforme a figura 2.

FIGURA 2 Modelo dos Determinantes Sociais da Saúde proposto por Dahlgren e Whitehead e adotado pela OMS



FONTE: Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (2010).

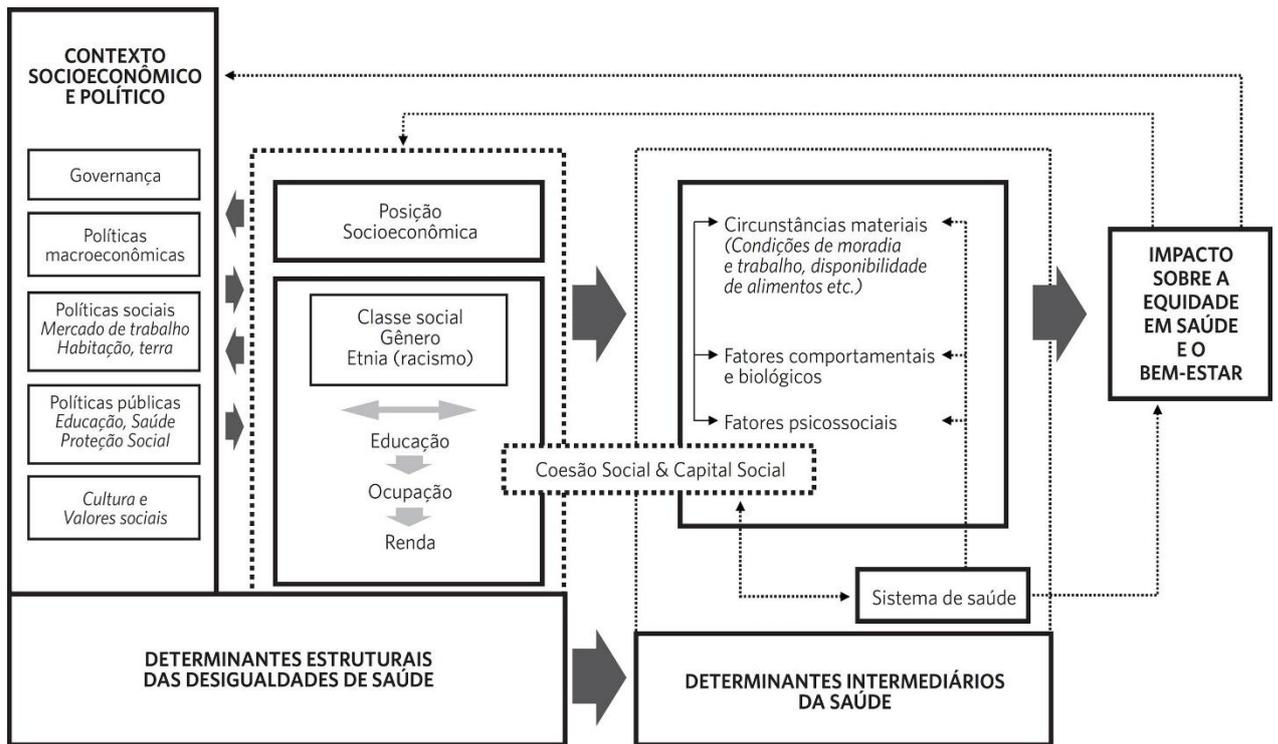
O modelo de Dahlgren e Whitehead (2007), sobre os determinantes de saúde organiza os fatores determinantes do processo saúde-doença em diferentes camadas, sendo que estes podem influenciar de maneira positiva ou negativa a mesma e estão relacionados com os estilos de vida.

Os indivíduos estão na base deste modelo, com suas características pessoais, como sexo, faixa etária e fatores hereditários, os quais influenciam as condições de

saúde na esfera individual. Na camada subsequente, aparecem os estilos de vida dos indivíduos e seus comportamentos. A mesma está relacionada tanto com aspectos individuais, quanto com aspectos sociais, culturais e políticos, e é condicionada por determinantes sociais, como pressão dos pares, informações e o acesso a alimentos saudáveis entre outros (DAHLGREN; WHITEHEAD, 2007).

Em 2010, a OMS estabelece um novo marco conceitual sobre os DSS, sintetizado a partir do modelo proposto por Solar e Irwin (2010), e que foi adotado no ano seguinte, na Conferência Mundial sobre os Determinantes Sociais da Saúde de 2011, sendo incluído no relatório 'Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde' (OMS, 2011). Nesse modelo (FIGURA 3), os determinantes estruturais operam por meio de um conjunto de determinantes intermediários para moldar os efeitos na saúde. Os determinantes intermediários referem-se ao conjunto de elementos categorizados em circunstâncias materiais (como condições de moradia, características da vizinhança, condições de trabalho, qualidade do ar, acesso e disponibilidade a alimentos, água), fatores comportamentais (estilos de vida e comportamentos, que se expressam, entre outros, nos padrões de consumo de tabaco, álcool e na falta de atividade física), biológicos (fatores genéticos) e psicossociais (estressores psicossociais, circunstâncias estressantes, falta de apoio social). Nesse marco conceitual, o sistema de saúde é considerado um determinante intermediário da saúde, reconhecendo principalmente a influência das barreiras de acesso. A coesão social e o capital social atravessam as dimensões estrutural e intermediária (SOLAR; IRWIN, 2010)

FIGURA 3: Modelo dos Determinantes Sociais da Saúde proposto por Solar e Irwin



FONTE: Solar e Irwin (2010).

Algumas críticas têm sido estabelecidas a essa abordagem da OMS sobre os determinantes sociais da saúde, em especial aquelas articuladas entre a diferenciação dos determinantes sociais da saúde e da determinação social do processo saúde-doença (ALBUQUERQUE; SILVA, 2014). A OMS aborda os determinantes sociais da saúde sob o ponto de vista de 'fatores' (condições de vida, de trabalho, de moradia, de educação, de transporte etc.), 'contextos', 'circunstâncias' e 'condições', adotando, assim, uma perspectiva reducionista e fragmentada da realidade social. Considera-se que isso pode ofuscar o entendimento dos múltiplos processos socioeconômicos, culturais, ecobiológicos, psicológicos que compõem as articulações dinâmicas do objeto saúde-doença, uma vez que não reconhece que o perfil patológico é criado e transformado pela sociedade em diferentes momentos históricos, ao mesmo tempo que converte as estruturas sociais em variáveis e não em categorias de análise do movimento de produção e reprodução social.

Com base nesse relato histórico sobre a causalidade e os fatores determinantes do processo saúde doença, as DCNs de 2001 e de 2014, para os cursos de medicina, orientam nas suas Diretrizes Gerais (Capítulo I):

Art. 3º O graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença. (BRASIL, 2014, p. 8).

Assim como, no capítulo III, que abordam conteúdos curriculares e do projeto pedagógico do curso de graduação em medicina, está escrito no Art. 23º. que esses devem comportar

II - compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença;
III - abordagem do processo saúde-doença do indivíduo e da população, em seus múltiplos aspectos de determinação, ocorrência e intervenção. (BRASIL, 2014, p. 10).

Desta forma, como orienta a DCN (2014) acima, espera-se que os estudantes de medicina insiram esses modelos explicativos dentro de seu raciocínio clínico e dentro de suas ações coletivas ou individuais.

2.3 MEDICINA E EDUCAÇÃO MÉDICA

No século XX a Medicina avançou de maneira vertiginosa, quando observada a capacidade diagnóstica de doenças, a descoberta de fatores causais biológicos, a descrição da evolução natural de doenças, o tratamento com intervenções medicamentosas e cirúrgicas, em suma, a incorporação de conhecimentos e tecnologias que influenciaram a assistência à saúde e por consequência o ensino e a pesquisa nesta área (AMORETTI, 2005).

A assistência à saúde, passou a ser feita em Hospitais cada vez mais paramentados e especializados, entretanto, sem se pautar nas necessidades reais da população, mas sim, nos interesses da indústria médico-farmacêutica. Desta forma, aqueles que possuíam acesso a esses bens de consumo eram os que tinham o poder aquisitivo para adquiri-los, enquanto os que não o possuíam eram assistidos por entidades filantrópicas e sem os mesmo recursos.

Esperar-se-ia que os benefícios para a humanidade decorrentes do desenvolvimento tecnológico se consolidassem na mesma escala e de forma

universal, no entanto, ao se fazer uma análise histórica e crítica sobre os indicadores de saúde da população, nota-se que isso não ocorreu.

No Brasil, essa discrepância tornou-se mais perceptível a partir de 1970, época na qual ocorreu a alta incorporação tecnológica, mas também quando as desigualdades sociais e de acesso à saúde ficaram mais evidentes e a situação da saúde pública brasileira se mostrou caótica. A crise desta década ocorreu por uma soma de fatores, como: a própria crise do modelo econômico implantado pela ditadura militar gerada por sua vez pela recessão do capitalismo a nível internacional; a diminuição do crescimento econômico brasileiro repercutiu na arrecadação do sistema previdenciário responsável pela assistência à saúde da população contribuinte, reduzindo as suas receitas; o conseqüente aumento da população de marginalizados, que sem carteira assinada e contribuição previdenciária, se via excluída do sistema; os desvios de verba do sistema previdenciário para cobrir despesas de outros setores e para realização de obras por parte do governo federal; o não repasse pela união de recursos do tesouro nacional para o sistema previdenciário, visto ser esse tripartite - empregador, empregado, e união; a priorização da medicina curativa mostrou-se incapaz de solucionar os principais problemas de saúde coletiva, com o as endemias, as epidemias, e os indicadores de saúde, como por exemplo, a mortalidade infantil; a centralidade da medicina na atenção médico-hospitalar de complexidade crescente gerou custos crescentes ao atendimento aos usuários do sistema (VARGAS, 2008).

A partir dessa crise, ganharam corpo os movimentos internacionais e os nacionais que culminaram na Reforma Sanitária Brasileira, a qual buscava encontrar respostas para os dilemas da política de saúde nacional (BERTOLLI FILHO, 2004).

Um dos marcos internacionais que paramentaram a Reforma Sanitária no Brasil, foi a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, Cazaquistão, União Soviética, em 1978, da qual originou-se a Declaração de Alma-Ata, na busca da promoção de saúde a todos os povos do mundo. Nela foram definidos 10 itens que enfatizam a Atenção Primária à Saúde (APS), os quais salientam a necessidade de atenção especial aos países em desenvolvimento, defendem a saúde como direito fundamental e como a principal meta social de todos os governos. A partir disso, firmava-se então um compromisso em relação à promoção da saúde, tendo como meta, atingir um nível aceitável em

saúde de todos os povos até o ano 2000 (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 1978).

A Reforma Sanitária influenciou, durante o processo de abertura democrática, a VIII Conferência em Saúde, a inclusão do capítulo referente à saúde da nova Constituição de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde como lei constitucional. A VIII Conferência reuniu diversos setores organizados da sociedade e teve como tema básico a Saúde como direito do cidadão e dever do Estado, assim como condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção, e recuperação de saúde, em todos os níveis de atenção à saúde (BRASIL, 1988).

Os principais pontos abordados pela Constituição de 1988, também conhecida como Constituição Cidadã e que consolidam as diretrizes do SUS foram: a saúde como direito universal e dever do Estado; as ações de saúde e seus serviços passaram a ter relevância pública, cabendo ao poder público regular, fiscalizar e controlar tais atividades; Constituição do Sistema Único de Saúde por meio de princípios de hierarquização, regionalização, descentralização e de atendimento integral, com a participação da comunidade; A complementariedade do setor privado no sistema de saúde, dando-se preferência por entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos públicos para subvenção às instituições (BRASIL, 1988).

A Constituição se baseia no conceito ampliado de saúde e considerou na sua formulação que a saúde, em seu sentido mais abrangente, é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde” (BRASIL, 1988).

A Educação Médica caminhou concomitantemente com a assistência à Saúde e tem dois marcos de transição paradigmática importantes de serem pontuados: a publicação do relatório Flexner em 1910 e a publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Medicina, no Brasil, em 2001 e 2014 (STREIT et al. 2012).

O Relatório Flexner trouxe respostas pertinentes aos problemas da formação médica no Canadá e Estados Unidos, em um processo que influenciou também muitas outras escolas fora dos EUA, inclusive o Brasil e que, pelas interpretações realizada a partir do documento, foi gerado o “modelo biomédico de atenção” (ALMEIDA 2010). Este modelo de atenção e de ensino era consonante ao processo

de desenvolvimento tecnológico da época, uma vez que este passou a determinar a necessidade de atualização permanente nos conteúdos do aprendizado e na formação dos profissionais. A formação médica se concentrou nos hospitais, constituindo o modelo hospitalocêntrico de atenção, as pesquisas e inovações reforçavam às aplicações do conhecimento científico, a divisão do trabalho especializado influenciou os conteúdos curriculares e a consequente departamentalização curricular, a necessidade de treinamento e a capacitação dos profissionais para o uso das tecnologias consagrou as residências médicas e a lógica da formação em hospitais de ensino, com aumento da formação de especialistas focais (AMORETTI, 2005).

A ótica Biomédica, utilizada durante as últimas décadas na formação médica, com os seus preceitos de mecanicismo, biologicismo, tecnicismo, hospitalocentrismo, fragmentação em especialidades e curativismo, mostrou-se limitada para o cuidado da saúde da população. A nível de organização social, esta limitação culminou com a criação do SUS, conforme abordado anteriormente, e a nível de formação médica, as DCNs de 2001 e de 2014 são reflexos das necessidades sociais da ampliação na visão e na abordagem sobre o processo saúde-doença e a sua causalidade, conforme abordado nos capítulos 2.1 e 2.2. (BRASIL, 2001, 2014)

Essas diretrizes valorizam a integração entre conteúdos psicológicos, biológicos, sociais, culturais e ambientais do processo saúde-doença. Também enfatizam a importância da integração entre a teoria e a prática, da pesquisa e do ensino, do olhar integral ao paciente e a inserção precoce dos acadêmicos nos três níveis de atenção, com ênfase no trabalho em rede, multidisciplinar e intersetorial, objetivando uma formação médica crítica, reflexiva, ética e humanística, conforme pode ser observada no artigo 3º, do primeiro capítulo da DCN 2014:

Art. 3º O graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença. (BRASIL, 2014, Cap. 1, Art. 3º).

Para acompanhar a demanda da saúde de ampliar a sua compreensão frente aos determinantes do processo saúde-doença, a educação deve se estender à comunidade, e nesse sentido, a partir das Diretrizes Curriculares, cada instituição de

ensino elabora o seu currículo pautado na expressão do equilíbrio de interesses e forças que operam no sistema educativo e expressa o modo como cada instituição de ensino se vê no mundo e a concepção que se tem sobre saúde, sobre doença, sobre o papel do médico na sociedade, sobre como é o médico que se deseja formar (FEUERWERKER, 2002).

Entretanto, mesmo tendo-se passado mais de 30 anos da criação do SUS e 17 anos das mudanças nas diretrizes curriculares, ainda é considerado hegemônico na prática, o modelo de formação biomédico. No Brasil, a velocidade de mudanças alcançadas é heterogênea, assim como o processo instituído em busca dessas não ocorre de maneira uniforme, mas sim, direcionada aos diferentes contextos políticos, administrativos e sociais nos quais está inserida cada instituição de ensino. Apesar das mudanças dos referenciais teóricos trazidos aos educadores em saúde há dificuldade na transposição para a prática e para o fazer pedagógico concretos (LAMPERT, 2012).

As alterações instituídas no processo educativo dos acadêmicos de medicina em prol de uma mudança de paradigma da visão e da compreensão do processo saúde e doença, tanto é fruto quanto é semente geradora de mudanças sociais. A estruturação curricular pode auxiliar na ampliação da compreensão do processo saúde-doença, mas esta é, também, permeada pelo pensamento sociocultural no qual o aluno, os profissionais do ensino e dos serviços e a própria comunidade se inserem. Exemplifica-se esse pensamento por meio de um estudo realizado por Restom et al. (2015), demonstrou que os acadêmicos do curso de Medicina de uma instituição no sudeste brasileiro passaram a desvalorizar as atividades na atenção primária, enfocam o contexto social e familiar do paciente e as quais eram aplicadas desde o primeiro período do curso, após o quinto período, momento no qual entraram em contato com outros locais de prática, atenção secundária e terciária. Ao estarem inseridos em ambientes de prática que valorizam o pensamento Biomédico hegemônico ocorreu desvalorização da compreensão ampliada do processo saúde-doença que estava sendo construída pela formação acadêmica até então.

Ainda sobre a correlação existente entre as mudanças paradigmáticas que tem ocorrido nas últimas décadas na representação social de saúde e de doença, as quais podem ser ocasionadas pelas mudanças de abordagem ao assunto em questão dentro formação médica, mas agora sob a ótica da consequência social que esta gera, Stanga e Rezer (2015) investigaram a compreensão das concepções de

saúde que orientam o trabalho dos professores articuladores inseridos no Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), um conjunto de dispositivos e estratégias que tende a qualificar e atualizar a forma de condução sobre as intervenções voltadas à saúde na educação superior e à educação em saúde. Estes autores inferiram que a percepção que os participantes da pesquisa tiveram sobre a saúde está articulada às experiências que tiveram durante seu próprio processo de formação, e como percebem a formação atualmente enquanto docentes.

Questiona-se frequentemente o papel social da IES e sua capacidade de formar egressos contextualizados na sociedade na qual estão inseridos. Atualmente, a produção de conhecimento é extremamente veloz, tornando as verdades construídas pelo saber científico cada vez mais volúveis e provisórias. O acesso a toda essa informação produzida é igualmente rápido, fácil e amplamente difundido. Essa realidade leva a reflexão de o quanto o processo de ensino que foi formador dos atuais docentes tem validade limitada nos processos de ensino-aprendizagem dos acadêmicos.

Sob o modelo de concepção de saúde biomédico, a formação dos profissionais de saúde, historicamente, foi pautada no uso de metodologias tradicionais de ensino, sob forte influência do mecanicismo de inspiração cartesiana e newtoniana, fragmentado e reducionista. Separou-se o corpo da mente, a razão do sentimento, a ciência da ética, compartimentalizando-se, conseqüentemente, o conhecimento em campos altamente especializados, em busca da eficiência técnica (CAPRA, 2006). Todavia, atualmente a educação formativa já não é o espaço exclusivo para obtenção de conhecimento técnico e científico. Assim, a IES, local que outrora os acadêmicos frequentavam às aulas, sedentos pela possibilidade de ter acesso ao conhecimento que era transmitido verticalmente, de forma expositiva pelos professores experts em determinado assunto, já não parece tão atrativa ou até adequada às demandas. Ocorre também que, os acadêmicos formados como meros reprodutores de conhecimento técnico científico mostram-se longe de suprir a necessidade da população, que clama por uma atenção integral e humana.

Nesse cenário mostram-se incansáveis as tentativas de encontrar quais os métodos adequados a serem aplicados na educação superior. Buscam-se práticas educativas que assumam a construção do conhecimento como traço definidor da

apropriação da informação e explicação da realidade e que propiciem na formação médica um aprendizado reflexivo e crítico.

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDBEN surge em 1996 no cenário da educação superior, definindo, entre suas finalidades, o estímulo ao conhecimento dos problemas do mundo atual e a prestação de serviço à população, estabelecendo com ela uma relação de reciprocidade (BRASIL, 1996). Tais prerrogativas foram reafirmadas DCNs do Curso de Graduação em Medicina, acolhendo a importância do atendimento às demandas sociais, com destaque para o SUS (BRASIL, 2001; 2014). Neste momento, as instituições formadoras são convidadas a mudarem suas práticas pedagógicas, numa tentativa de se aproximarem da realidade social e de motivarem seus corpos docente e discente a tecerem novas redes de conhecimentos. Com esse objetivo, os estudantes devem ser inseridos precocemente em atividades práticas relevantes para a sua futura vida profissional, em concordância com seu grau de autonomia, de modo a vincular, por meio de da integração ensino e serviço, a formação médico-acadêmica às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS.

A proposta de uma prática pedagógica inovadora é um ponto de partida para o desconhecido que abre novos horizontes e possibilidades de transformação. A reflexão coletiva, o diálogo, o reconhecimento do contexto e de novas perspectivas são a base para a reconstrução de novos caminhos e somente por meio de uma prática reflexiva, crítica e comprometida pode-se promover a autonomia, a liberdade, o diálogo e o enfrentamento de resistências e de conflitos (MITRE et al. 2008).

2.4 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

A palavra “representação” revela que se pretende acessar a subjetividade, o ideário e a significação do assunto em questão: Saúde e Doença. Para alcançar este objetivo optou-se por utilizar como referencial teórico a Teoria de Representações Sociais, que tem como uma de suas premissas a inexistência de uma realidade objetiva, pois compreende que toda realidade é representada, ou seja, apropriada pelo indivíduo e pelo grupo e reconstruída a partir dos seus sistemas cognitivos e de valores. Essa reconstrução é dependente de sua história e do contexto social e político no qual está inserido (MOSCOVICI, 1978).

Na presente seção aborda-se o aporte teórico metodológico deste estudo, a Teoria das Representações Sociais, trazendo à luz um breve histórico da teoria, destacando suas definições e objetivos propostos por Moscovici (1978). Para complementar a Teoria das Representações Sociais para análise dos dados e como caminho metodológico, selecionou-se a Teoria do Núcleo Central desenvolvida por Abric (2001), com objetivo de conhecer como as representações sociais se estruturam em torno de dois sistemas: central e periférico.

A Teoria das Representações Sociais (TRS) foi idealizada por Serge Moscovici, na década de 1960. Ancorado nos estudos de Émile Durkheim sobre representações coletivas, o autor descreve a teoria em seu estudo pioneiro sobre as maneiras como a psicanálise adentrou na França, disposta na obra *La psychanalyse, son image et son public*, publicada no ano de 1961 (ENS; BEHRENS, 2013).

O sociólogo francês Émile Durkheim (1858-1917) aborda a possibilidade da existência de uma consciência coletiva embasada na preservação dos valores morais na sociedade. O autor pressupõe a perspectiva de observação e de interpretação pós-categorização dos pensamentos pelos quais determinada sociedade elabora e expressa sua realidade, sendo que essas categorias surgem unidas aos fatos sociais. Nesse sentido, as representações coletivas não seriam apenas o produto de cooperação ocorrida num determinado espaço, mas também estariam relacionadas ao acúmulo de experiências atravessadas por longas séries de gerações. As representações coletivas, por terem características de fato social, assim como as instituições e estruturas, são exteriores ao indivíduo e exercem coerção sobre as consciências individuais (MINAYO 1998).

Durkheim propôs a separação entre as representações individuais e as coletivas, associando as primeiras ao campo da Psicologia e a segunda na formação do objeto da Sociologia e desta forma estabelece a sociologia como uma ciência autônoma (MOSCOVICI, 2015). Oliveira (2012, p. 70) explica que nesta conjuntura as representações coletivas permitem a existência do grupo e evidencia a realidade que o cerca.

Minayo (1994) observa que a concepção positivista de Durkheim sofreu críticas do ponto de vista da sociologia compreensiva e da abordagem fenomenológica, pois elas questionam esse poder de coerção, quase que absoluto, atribuído à sociedade sobre os indivíduos. Já do ponto de vista marxista, “a visão

durkheimiana elimina o pluralismo fundamental da realidade social, em particular as lutas e antagonismos de classe” (MINAYO, 1994, p. 92)

Tendo como base essa concepção, Moscovici “renovou a análise, insistindo sobre as especificidades dos fenômenos representativos nas sociedades contemporâneas, caracterizadas por: intensidade e fluidez das trocas e comunicações; desenvolvimento da ciência; pluralidade e mobilidade sociais” (JODELET, 2001, p. 22).

Nesta época, Moscovi iniciava seus estudos no seu contexto social e acadêmico e vivia um crescente interesse acerca dos fenômenos do domínio simbólico com base nas noções de consciência e imaginário para esclarecer as noções de representação e memória social compartilhada por um grupo social. A Psicologia Social era pautada pela tradição behaviorista que enfatizava uma ligação direta entre o estímulo e a resposta comportamental (HERZLICH, 2005).

Neste contexto e a partir do conceito de representações coletivas de Durkheim, Moscovici (2015) desenvolveu o conceito de representação social, destacando as singularidades de determinado grupo social, pois, para o autor as representações são fenômenos que necessitam ser descritos e explicados.

Segundo Herzlich (2005), na TRS, as pessoas passam a ser consideradas autoras e atrizes dos significados sociais, dos fenômenos das representações, assumindo um papel ativo na construção da realidade, participando constantemente da formação de significados criados e partilhados coletivamente. A autora acredita que as RS têm como uma de suas funções a orientação de condutas sociais e individuais e afirma que para Moscovici:

[...] uma representação social é um modo de pensamento sempre ligado à ação, à conduta individual e coletiva, uma vez que ela cria ao mesmo tempo as categorias cognitivas e as relações de sentido que são exigidas. (HERZLICH, 2005, p. 59).

A esse respeito, Sá (2010, p. 589) ressalta que:

Além de conceituar as representações sociais como um fenômeno que emerge caracteristicamente nas sociedades contemporâneas, distinguindo-o dessa forma das representações coletivas, Moscovici conferiu-lhes um caráter essencialmente psicossocial, na medida em que as tomou como resultado de uma construção social por grupos concretos, por meio de da interação entre seus membros na vida cotidiana.

Moscovici (2012) trata as representações sociais como um conhecimento produzido no cotidiano por meio de da interação dos indivíduos, com a intenção de tornar familiar aquilo que ainda não é. O autor também entende que os indivíduos não podem ser considerados como meros receptores de informação, seguidores passivos de ideologias ou de crenças coletivas. Pelo contrário, são pensadores ativos nas variadas relações sociais que permeiam os diversos eventos de seu cotidiano, ao criarem e comunicarem em um contexto de relações em que o pensamento é construído, ou seja, o indivíduo está em constante transformação pelo meio social em que vive e as representações dominantes da sociedade interferem no processo de formação individual. Considera-se que as Representações Sociais são elaboradas e coletivamente compartilhadas, tornando-se importantes para o cotidiano por nos guiar “[...] no modo de nomear e definir conjuntamente os diferentes aspectos da realidade diária, no modo de interpretar esses aspectos, tomar decisões e, eventualmente, posicionar-se frente a eles de forma decisiva.” (JODELET, 2001, p. 17). Dessa maneira, a Representação Social é concebida como uma forma de conhecimento, o saber do senso comum, o qual é socialmente elaborado e compartilhado. E este possui alcance prático ao agir como um guia para as ações e relações sociais (JODELET, 2001).

Jodelet (2001) salienta que o saber do senso comum distingue-se do conhecimento científico. Entretanto, ele também é tido como um objeto de estudo tão legítimo quanto o conhecimento científico, por sua importância na vida social, pelos esclarecimentos que traz acerca dos processos cognitivos e das interações sociais. A autora refere que as RS são como sistemas de interpretação, que conduzem as relações com o mundo e com os outros, tendo os papéis de orientar e organizar as condutas e as comunicações sociais, de intervir na difusão e assimilação dos conhecimentos, no desenvolvimento individual e coletivo, na definição das identidades pessoais e sociais, na expressão dos grupos e nas transformações sociais.

Essas prerrogativas são apoiadas por Minayo (1998) que descreve as Representações Sociais como uma reprodução da percepção anterior ou do conteúdo do pensamento. A autora atribui grande importância a esses conteúdos e os entende como material de estudo, que podem ser definidos pelas ciências sociais como categorias de pensamento, de ação e de sentimento e que vão expressar a realidade, explicando, justificando ou questionando. A TRS, em seu esforço para a

compreensão dos fenômenos coletivos, tem aprofundado a sua busca pelo entendimento das influências que orientam o pensamento coletivo no qual a opinião acerca de um determinado objeto é compartilhada (ABRIC, 2001).

Para Abric (2001) uma representação confere sentido a condutas e atitudes do indivíduo ou do grupo. Uma vez que estas partem de seus pensamentos e sentimentos, estes são formados com base nas experiências prévias do sujeito, as quais por sua vez, estão integradas a um sistema de normas e atitudes compartilhadas socialmente. As representações se constroem e se transformam na inter-relação entre o sujeito e seu contexto social imediato, afetando não só o indivíduo como o grupo social ao qual pertence (SÁ, 2010). E, segundo Abric (2001) a representação não se constitui apenas em reflexo da realidade, mas uma organização significativa que depende de conjunto de fatores e de informações que temos de um determinado objeto, conjunto esse que envolve crenças, opiniões e atitudes de um objeto específico.

Moscovici (2012) refere que a representação de um objeto não se pauta somente na sua reprodução, mas também em como modificá-lo de acordo com o contexto, desdobrando-o em duas faces, uma figurativa e outra simbólica. Dessa estrutura originou-se a caracterização dos processos formadores de uma representação: ancoragem e objetivação. No processo de objetivação, o indivíduo ou o grupo dá materialidade a um objeto abstrato, ou seja, replica “um sentido por uma figura”. Já no processo de ancoragem, uma figura é duplicada por um sentido, ao inferir um contexto inteligível ao objeto (SÁ, 1995, p. 34).

O processo de ancoragem é capaz de transformar o não familiar em familiar ao assimilar esse conhecimento em um sistema particular de categorias pré-existentes e geradas por uma classificação prévia. Desta forma, é na esfera do familiar que o estranho pode ser comparado e interpretado. A ancoragem é a classificação e a nomeação de alguma coisa, e é, portanto, um processo que transforma algo estranho e perturbador, que nos intriga, em nosso sistema particular de categorias e compara com um paradigma de uma categoria que a pessoa ou o grupo social julgam ser apropriada (MOSCOVICI, 2012). Classificar, por sua vez, é categorizar e optar por paradigmas que se encontram na memória, utilizando-os para confinar o que está sendo classificado às regras e condutas que ditam o que lhes é ou não permitido. Nomear algo, embora seja sempre algo arbitrário, torna-se algo necessário para associar a palavra com o que pretende-se representar.

Interpretar uma ideia, requer sua classificação, denotação e alocação de categorias e nomes. A neutralidade é proibida pela lógica mesma do sistema, em que cada objeto deve possuir um valor positivo ou negativo e assumir um determinado lugar em uma clara escala hierárquica. De acordo com Moscovici o processo de ancoragem

é classificar e dar nome às coisas. Assim, consegue-se imaginar e representar essas coisas, objetos, pessoas em determinada categoria e rotulá-las com nomes conhecidos. Chega-se assim a uma teoria da sociedade e da natureza humana. (MOSCOVICI, 2015, p. 61-62).

Ao tentar classificar o ser humano revela suas teorias sobre a sociedade e sobre o próprio ser, que ao entrar em contato com algo diferente, e tentar não conhecê-lo, mas reconhecê-lo, tenta classificá-lo dentro de categorias já existentes (MOSCOVICI, 2015).

A objetivação une a ideia do que não é familiar com a ideia de realidade, ou seja, visa materializá-lo em esquemas que o tornam compreensível. De acordo com Moscovici (2015), a objetivação se desencadeia quando um conceito ou uma imagem se converte em um elemento da realidade no lugar de ser apenas um elemento do pensamento, ou seja, é o mecanismo no qual os conceitos abstratos são materializados em realidades concretas. Ela consiste na construção de um determinado conhecimento, tornando-se uma imagem que também pode modificar uma representação. Moscovici (2015, p. 71) descreve que objetivar é "descobrir a qualidade icônica de uma ideia, ou ser impreciso; é reproduzir um conceito em uma imagem". Ela concretiza na realidade em que o indivíduo "torna a representação real – realiza, no sentido próprio do termo – um nível diferente de realidade" (MOSCOVICI, 2015, p. 71).

Ao analisar a representação social como uma apropriação popular de uma teoria científica, Sá (1996, p. 41) descreve três fases pelas quais a representação passa ao longo do processo de objetivação: a) Seleção e descontextualização de elementos da teoria, em função de critérios culturais, normativos; b) Formação de um "núcleo figurativo", a partir dos elementos selecionados, como uma estrutura imaginante que reproduz a estrutura conceitual; c) Naturalização dos elementos do núcleo figurativo, em que finalmente figuras e elementos do pensamento tornam-se elementos da realidade, referentes ao conceito.

Evidencia-se também, que as representações dependem da memória, e é por meio destas, somada com as experiências comuns que se extraem imagens, gestos e linguagens necessários para a superação do não familiar. Para Moscovici (2015) as experiências e memórias não são nem inertes, nem mortas, pelo contrário, elas são dinâmicas e imortais. Ancoragem e objetivação são, pois, maneiras de lidar com a memória. O autor descreve a relação da memória com os processos de ancoragem e objetivação. A ancoragem mantém a memória em movimento e esta é dirigida para dentro, está sempre colocando e tirando objetos, pessoas e acontecimentos que ela classifica de acordo com um tipo e os rotula com um nome; e a objetivação é mais ou menos direcionada para fora, e retira do exterior os conceitos e as imagens para uni-los e reproduzi-los no mundo exterior, para fazer as coisas conhecidas a partir do que já é conhecido

Então, sinteticamente, a ancoragem acontece quando a representação social é formada por um determinado grupo social e nele está fixada. Já a objetivação

[...] une a ideia de não-familiaridade com a de realidade, torna-se a verdadeira essência da realidade. Percebida primeiramente como um universo puramente intelectual e remoto, a objetivação aparece, então, diante de nossos olhos, física e acessível". (MOSCOVICI 2015, p. 71).

Por outro lado, a ancoragem serve para a instrumentalização do saber, conferindo-lhe um valor funcional para a interpretação e a gestão do ambiente. Assim, dá continuidade à objetivação. A naturalização das noções lhes dá valor de realidades concretas, diretamente legíveis e utilizáveis na ação sobre o mundo e os outros.

A partir da Teoria das Representações Sociais desenvolvida por Moscovici em 1961, estudiosos pesquisaram e aprofundaram os estudos sobre a TRS e sistematizaram quatro diferentes abordagens: processual, societal, dialógica e estrutural. Estas estão elencadas e descritas no quadro 1 (NAGEL, 2017).

QUADRO 1 - As diferentes abordagens da Teoria das Representações Sociais

PRECURSOR	ABORDAGEM	CARACTERÍSTICAS
Denise Jodelet	Processual	Estuda as questões fundamentais da teoria das representações sociais por meio da sociogênese, a construção da representação a partir dos conceitos de objetivação e ancoragem. Jodelet foi a principal colaboradora de Serge Moscovici.
Willien Doise	Societal	A abordagem societal surgiu no grupo de Genebra, seus estudos são baseados nas concepções do indivíduo e/ou funcionamento societal, a partir da descrição detalhada dos sistemas de organização e de comunicações do grupo social. Apresenta em seus estudos a relação entre a linguagem, a ideologia e as representações sociais.
Ivana Marková	Dialógica	Proposta idealizada por Marková estuda as representações sociais pelo viés da dialogicidade, já que a comunicação tem função fundamental na formação das representações sociais uma vez que são construídas no processo de interação entre as pessoas.
Jean-Claude Abric	Estrutural	É intitulada de Teoria do Núcleo Central (TNC), pois propõe um encaminhamento metodológico para análise do provável Núcleo Central das representações sociais. A TNC defende que as representações sociais são estruturadas em dois sistemas: o central e o periférico

FONTE: Adaptado de NAGEL (2017).

Para esse estudo optou-se pela abordagem estrutural, pautada na Teoria do Núcleo Central, proposta por Abric (2001).

2.5 TEORIA DO NÚCLEO CENTRAL

A TNC (Teoria do Núcleo Central) propõe uma organização interna das representações sociais. Para Jean-Claude Abric, que coordenou os estudos que deram a origem à teoria do Núcleo Central, “a representação é um conjunto organizado de opiniões, de atitudes, de crenças e de informações referentes a um objeto ou a uma situação” (ABRIC, 2001, p.156). Para o autor, a representação social não é somente um espelho da sociedade, possui uma organização estrutural de significados que a caracteriza como um sistema de compreensão das relações dos indivíduos com seu contexto físico e social mediato. As representações tornam-se sistemas de dimensão cognitivo-estrutural que determinam comportamento e práticas dos indivíduos em seu grupo social. A teoria do núcleo central não limita o âmbito explicativo do constructo ao processo de formação das representações,

aplicando-se tanto ao estudo das representações já constituídas quanto ao de sua transformação (SÁ, 1996, p. 21).

A TNC postula a existência de dois sistemas complementares e interdependentes: o central e o periférico. Segundo Abric (2001 p.162;163), “toda representação se organiza em torno de um núcleo central, esse núcleo central é o elemento fundamental da representação, pois é ele que determina ao mesmo tempo sua significação e sua organização”.

O núcleo central é o sistema central da estrutura da representação e, por seu caráter estruturante, desempenha duas funções: a geradora, que permite a criação ou transformação dos significados dos outros elementos presentes na representação, e a unificadora e estabilizadora, a função organizadora que interliga os elementos entre si (ABRIC, 2000). Para que haja uma reconstrução do núcleo central é necessária uma profunda e decisiva mudança de significação, o núcleo tem a propriedade de elemento mais estável da representação e é “aquele que assegura a continuidade em contextos móveis e evolutivos. Ele será, dentro da representação, o elemento que mais vai resistir à mudança” (ABRIC, 2000 p. 31). Nesse mesmo sentido, Sá (1996, p. 72) argumenta a respeito da estabilidade do núcleo central, uma vez que essa propriedade é responsável pela possibilidade de identificação de diferenças básicas entre as representações.

Para Abric (2000), o núcleo central não pode ser visto apenas como critério quantitativo, pois possui principalmente uma dimensão qualitativa, e, não é o quantitativo que define a centralidade e sim o qualitativo por meio da significação dessa representação. Em torno do núcleo central estão organizados os elementos periféricos. “Eles constituem o essencial do conteúdo da representação: seus componentes mais acessíveis, mais vivos e mais concretos” (ABRIC, 2000 p.31), e que promovem a interface do contexto imediato com o sistema central. Os elementos periféricos constituem a parte operatória da representação e desempenham papel essencial no funcionamento e na dinâmica das representações por serem mais flexíveis, adaptando-se facilmente às transformações e experiências cotidianas (SÁ, 1996). Os elementos periféricos tem a função de readaptar a representação à realidade concreta, ser flexível às mudanças, agindo como protetor do núcleo central ao impacto de mudanças que ocorram no grupo (ABRIC, 2000).

A TNC responde aos questionamentos sobre a existência simultânea, dentro de uma representação, de características estáveis e móveis, rígidas e flexíveis

(ABRIC, 2000). O quadro 2 sintetiza as diferenças entre o sistema central e o periférico.

QUADRO 2 - Características do sistema central e do sistema periférico de uma representação.

SISTEMA CENTRAL	SISTEMA PERIFÉRICO
Ligado à memória coletiva e à história do grupo	Permite a integração de experiências e histórias individuais
Consensual: define a homogeneidade do grupo	Tolera a heterogeneidade do grupo
Estável Coerente Rígido	Flexível Tolera as contradições
Resistentes às mudanças	Evolutivo
Insensível ao contexto imediato	Sensível ao contexto imediato
Funções: - gera o significado da representação - determina sua organização	Funções: - permite a adaptação à realidade concreta - permite a diferença de conteúdo

FONTE: Quadro elaborado por Abric (2000, p. 34).

Finda-se então esta sessão, ressaltando que a abordagem estrutural desenvolvida por Abric está intimamente ligada à Teoria das Representações Sociais de Moscovici, sendo demarcada pela existência do núcleo central e do sistema periférico que coexistem, são indissociáveis mesmo diante de certas contradições.

2.6 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE E DOENÇA

Os estudos em saúde e doença possuem papel de destaque nas pesquisas em Representações Sociais. Enumo (2003) os descreve como o segundo tema mais estudado a partir da TRS.

A doença aparece como um evento que ameaça ou modifica a vida individual, assim como a inserção social das pessoas, ocasionando um desequilíbrio coletivo (HERZLICH, 2005; SEVALHO, 1993).

Minayo (1998), estudou as representações sociais de saúde/doença e da sua causalidade de um segmento da classe trabalhadora que vivia em favelas do Rio de Janeiro. Neste estudo, a autora utiliza a sistematização etiológica da causalidade de saúde e doença que integra quatro domínios representativos da causalidade do

adoecimento: a) a natural, que interliga os fenômenos da natureza e a saúde, como a relação com o meio ambiente (a água, o ar, o vento, a terra, o clima) e o desequilíbrio na comida e na bebida; b) a psicossocial que correlaciona os sentimentos e emoções à saúde; c) o sócio-econômico, referido às condições materiais de existência, como o salário, a moradia, o tipo de trabalho, as relações sociais (próximas e com a sociedade mais ampla), o saneamento básico e o funcionamento do sistema de saúde; d) o sobrenatural que circunscreve o universo metafísico e transcendental.

Com base nos aspectos identificados, ela propõe um olhar crítico à classificação dicotômica da origem natural e sobrenatural da doença, assim como à teoria evolucionista que coloca a medicina moderna como a verdade, porque se baseia no domínio natural de causação das doenças, contrapondo o sistema médico popular, como "ignorante", "atrasado", "tradicional" porque enfatiza a causação sobrenatural. Constata-se que no grupo pesquisado o sistema etiológico encontrado não foi unicausal, mas sim uma concepção pluralística da saúde-doença, integrando explicações de causação natural, emocional, sobrenatural. A autora encontrou tanto explicações causais com características pertinentes ao sistema biomédico quanto pertinentes ao que chamou de senso comum: tradições familiares e crenças religiosas.

Adam e Herzlich (2000) analisaram trabalhos internacionais e concluíram que, para a interpretação dos fenômenos orgânicos, as pessoas se apoiam em conceitos, símbolos e esquemas de referência interiorizados, e que isso ocorre de acordo com os meios sociais e culturais a que elas pertencem. Assim, grupos sociais experimentam diferentes concepções relacionadas a causalidade das doenças, e estas respondem a uma lógica que não necessariamente se assemelha ao saber científico. Conforme Fortes e Baptista (2004), a percepção de doença está baseada na vida da pessoa e é influenciada por aspectos familiares e também culturais.

Nota-se que muitos autores colocam o termo "saber médico" como sinônimo de "saber científico", quando abordam os temas saúde e doença. Entretanto, existe uma ressalva de que, esse saber científico a que os estudos se referem, não é abordado exclusivamente pela Medicina, mas também por outros cursos da área da saúde, como Enfermagem, Nutrição, Educação Física, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Biomedicina, Farmácia, Bioquímica, Psicologia, entre outros. Salienta-se que o

ocorrido se relaciona a cultura medicalocêntrica que ainda é hegemônica em nossa sociedade.

Um outro ponto surge, ao se pensar que atualmente os currículos das IES buscam estar em consonância com as DCN (2001; 2014), as quais não pautam o saber médico unicamente em saberes científicos, mas sim, em uma ampla gama de conhecimentos, competências e atitudes. Exemplifica-se por meio de do que está disposto no Art. 5º, sessão III:

Art. 5º Na Atenção à Saúde, o graduando será formado para considerar sempre as dimensões da diversidade biológica, subjetiva, étnico-racial, de gênero, orientação sexual socioeconômica, política, ambiental, cultural, ética e demais aspectos que compõem o espectro da diversidade humana que singularizam cada pessoa ou cada grupo social, no sentido de concretizar: [...] III - qualidade na atenção à saúde, pautando seu pensamento crítico, que conduz o seu fazer, nas melhores evidências científicas, na escuta ativa e singular de cada pessoa, família, grupos e comunidades e nas políticas públicas, programas, ações estratégicas e diretrizes vigentes. (BRASIL, 2014).

Herzlich (2005) afirma que a doença como fenômeno é objeto do saber médico, mas que a sua compreensão situa-se no entre o pensamento científico e o senso comum. E o autor entende que a doença deve ser vista como um fenômeno que vai além do saber da medicina. Assim, para estudar as representações da saúde e da doença, torna-se necessário articular essas representações com as patologias de uma determinada época. É necessário situar as representações interligadas com o os fenômenos macrossociais, que envolvem o sistema de relações coletivas. Para isso, o recurso à história é imprescindível (HERZLICH, 2005).

Para Ferreira (1994), a saúde e a doença podem estar associadas a uma construção social e isso depende de como a doença é classificada de acordo com o contexto social. O autor atrela o saber médico ao social, já que ele constrói um diagnóstico a partir das sensações descritas pelo paciente, ou seja, pelos sintomas. Por meio dos aspectos notados objetivamente pelo médico é que se tem os sinais.

Para Cardoso e Gomes (2000), a doença é reinterpretada pelo médico, que faz uso dos aspectos reportados pelo paciente e os analisa à luz dos apontamentos médicos biológicos. Já o paciente, interpreta tais aspectos a partir de um referencial baseado na cultura em que está inserido. Os autores ressaltam que o fenômeno da doença não é visto somente por meio do conhecimento da Medicina. Enumo (2003)

ainda enfatiza a importância de que a compreensão do binômio saúde-doença se faça a partir do contexto em que se insere, de modo que os conhecimentos do senso comum possam ser considerados legítimos e com lógica própria.

Entretanto, pode-se notar que nessas constatações os médicos são colocados como “Seres reprodutores de conhecimentos médicos biológicos”, sendo que, mesmo que a Medicina tenha ainda arraigado o Modelo Biomédico de compreensão do processo saúde-doença, deve-se ter cautela quanto a transposição aos médicos essa conotação. Os médicos, ao serem também seres humanos, e tendo a sua própria individualidade, a sua história pessoal, a sua base cultural e social, possuem igualmente a sua subjetividade, e esta interfere na maneira que ele irá apreender os ditos “Saberes Médicos”, assim como a forma que irá reproduzi-los na sua prática clínica. Assinala-se também que os diferentes estímulos recebidos em sua formação podem gerar saberes diferentes de acordo com qual a IES ele tenha frequentado.

No momento histórico atual, no qual a pura quantificação sabidamente não é por si só suficiente para a melhora da saúde da população, esse movimento de atrelar à formação em saúde o estudo da subjetividade relacionada ao processo saúde-doença, promove progressivo alargamento e aprofundamento do conhecimento e das reflexões sobre o assunto.

Sobre as representações sociais no campo da educação, Lacolla (2005) afirma que, quando se apropria das Representações Sociais pode-se entender a maneira pela qual as concepções carregadas de sentidos se formam no pensamento dos acadêmicos e incidem na construção dos conceitos que são trabalhados em classes. Para a autora, tomar contato com uma teoria de origem sociológica, como é o caso das Representações Sociais, permite interpretar os estudos associados aos conhecimentos “ingênuos” e “espontâneos” dos acadêmicos, suas concepções prévias ou pré-concepções.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

A escolha da abordagem metodológica baseia-se na seleção daquela que torna possível uma maior aproximação da realidade que se pretende pesquisar. O intuito da presente pesquisa é se aproximar da significação de saúde e de doença dos estudantes de medicina. Para este estudo, optou-se pela pesquisa de caráter exploratório, de natureza qualitativa e fundamentada nas investigações em representação social.

Para Minayo (2013) o método qualitativo de pesquisa em saúde permite uma compreensão profunda e detalhada dos fenômenos estudados, os seus significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes. Por considerar que a pesquisa social é essencialmente qualitativa e considera-se como objeto de estudo:

[...] gente, em determinada condição social, pertencente a determinado grupo social ou classe com suas crenças, valores e significados. Isso implica em considerar que o objeto das ciências sociais é complexo, contraditório, inacabado, e em permanente transformação (MINAYO, 2013 p. 22).

Optou-se pelo caráter exploratório para a pesquisa a fim de obter uma visão geral e ampliada do problema e de torná-lo mais familiar e explícito por meio do “aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições” (GIL 2002, p. 41).

A análise dos dados em pesquisa qualitativa precisa ser realizada pelo próprio pesquisador, subentendendo-se que este detém uma bagagem previamente construída a respeito do trabalho pesquisado, para que não ocorram vieses de suas suposições, ou de juízo comum.

A fundamentação da pesquisa se apoiou na Teoria das Representações Sociais, foi articulada e analisada sob o aporte da Teoria do Núcleo Central desenvolvida por Abric em 1994 e a análise de conteúdo de Bardin (2016).

A Teoria das Representações Sociais possibilita aprofundar o estudo da realidade do fenômeno social. Uma de suas premissas é a inexistência de uma realidade objetiva pois compreende que toda realidade é representada, ou seja, apropriada pelo indivíduo e pelo grupo e reconstruída a partir dos seus sistemas cognitivo e de valores. Essa reconstrução é dependente de sua história e do contexto social e ideológico no qual está inserido, assim como das transformações que ocorrem nestes ao longo do tempo (MOSCOVICI, 2015).

Ao mesmo tempo que o indivíduo ou o grupo são constantemente impactados pelos estímulos do seu contexto, eles também interferem na realidade social. Ou seja, a maneira que ele significa um assunto pode interferir na Representação Social deste. Desta forma, a RS pode ser entendida como uma preparação para a ação que não guia apenas os comportamentos, mas sobretudo remodela e reconstitui os elementos do ambiente no qual o comportamento deve acontecer (MOSCOVICI, 2012).

As representações construídas no cotidiano passam a fazer parte da existência, interferindo nos modos de agir, avaliar, comunicar e sentir. As experiências e percepções do cotidiano vão se sedimentando em novos saberes, os quais se manifestam e podem se modificar nas e pelas interações.

Para análise de conteúdo optou-se pela utilização da metodologia de análise proposta por Bardin. Segundo a autora, a análise de conteúdo é um conjunto de instrumentos metodológicos sutis e em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a discursos extremamente diversificados (BARDIN 2016, p. 15). Esta metodologia permite abordagens quantitativas e qualitativas e tem crescente aplicação na realização das pesquisas científicas também no campo das ciências da saúde.

Bardin (2016) explica que a análise de conteúdo deve ser organizada em três eixos: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento de resultados, a inferência e a interpretação. Estas etapas não são estáticas, elas se organizam e reorganizam frequentemente, num processo dialético e interdependente.

A primeira fase, a da pré-análise, é a fase de organização do *corpus* por meio de da “escolha de documentos a serem submetidos à análise, a formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final” (BARDIN, 2016, p. 16). A autora classifica essa etapa em 5 fases: A primeira, a da leitura flutuante, exige que o pesquisador estabeleça contatos com os documentos selecionados para o *corpus* e reconheça o texto deixando-se invadir por impressões e orientações.

Esta fase no presente estudo foi realizada durante a transcrição das informações dos participantes para uma tabela do *Excel*; Outro procedimento que auxiliou na aproximação entre a pesquisadora e os dados foi o da lematização (APÊNDICES 2 e 3), uma vez que, para a sua estruturação é preciso ler várias vezes as palavras evocadas em busca de unificar aquelas que possuam significados semânticos próximos, colocando-as sob a mesma designação. Apesar de parecer

algo mecânico, foi um processo no qual a pesquisadora precisou buscar a compreensão do sentido que as palavras evocadas tinham para os estudantes, e a partir desse sentido propor as unificações.

A segunda parte é a da escolha dos documentos para a constituição de um *corpus*. Para Bardin (2016), é fundamental atentar neste momento às regras descritas no quadro 3.

QUADRO 3: Regras para constituição do corpus

Regra	Descrição
Regra da exaustividade	Ter acesso a todos os elementos que compõe o corpus. Nesta etapa não dever haver qualquer seleção.
Regra da representatividade	A análise pode acontecer a partir de uma amostra, desde que a mesma seja “parte representativa do universo inicial”.
Regra da homogeneidade	Os documentos selecionados precisam ser homogêneos, ou seja “obedecer a critérios precisos de escolha e não apresentar demasiada singularidade fora desses critérios”
Regra de pertinência	“Os documentos retidos devem ser adequados, enquanto fonte de informação, de modo a corresponderem ao objetivo que suscita a análise”.

FONTE: Organizado pela autora, com base em Bardin (2016, p.131)

O *corpus* dessa pesquisa foi constituído pelos projetos pedagógicos dos cursos de Medicina, pelas matrizes elaboradas a partir dos dados sociodemográficos dos acadêmicos participantes da pesquisa e das palavras evocadas e pelo *corpus* textual organizado a partir da pergunta fechada sobre a causalidade do adoecer.

A terceira fase da pré-análise é a da formulação das hipóteses e dos objetivos. Segundo Bardin (2016, p. 128) “uma hipótese é uma afirmação provisória que nos propomos a verificar”. A hipótese parte uma suposição cuja origem é a intuição, mas que ainda não tem valor formal, até que seja comprovada pelos dados. A autora também descreve o objetivo como sendo a finalidade geral que nos propomos a pesquisar. Essa fase pode ocorrer por meio de dois procedimentos: os procedimentos fechados, por classificação de elementos dos textos em função de critérios internos ou externos, são métodos de observação que funcionam segundo o mecanismo da indução e servem para a experimentação das hipóteses, e os procedimentos de exploração, aos quais podem corresponder técnicas ditas

sistemáticas, permitem, a partir dos próprios textos, apreender as ligações entre as diferentes variáveis, funcionam segundo o processo dedutivo e facilitam a construção de novas hipóteses (BARDIN, 2016, p.129).

A quarta fase da pré-análise é a da referenciação dos índices e a elaboração de indicadores. O índice é a referenciação de um determinado tema em uma mensagem e os indicadores correspondem à frequência deste tema, seja ela de maneira relativa ou absoluta. A interligação entre a escolha dos índices com a construção dos indicadores irá operacionalizar os “recortes de texto” em elementos compatíveis com as categorias da análise temática (BARDIN 2016).

Para as respostas advindas das evocações de palavras os índices foram as palavras, que pós lematização, e corte de frequência mínima de 3, foram alocados nos quadros de 4 casas gerados pela análise prototípica e também foram organizados dentro das árvores máximas da análise de similitude.

Para a análise das respostas curtas sobre a causalidade e os fatores determinantes do adoecimento foram agrupados segmentos de texto que continham conteúdos referentes a diferentes fatores causais de adoecimento, e dessa forma, encontraram-se os indicadores da representação, e estes foram reagrupados em índices. Por exemplo, os indicadores alimentação, exercício físico, sono, hábitos, CHV e Vícios, compuseram o índice “Estilo de Vida”. Os indicadores elencados foram: biomédico, fatores externos, multicausalidade, qualidade de vida, estilo de vida, ambiental, psicológico, social, familiar, espiritual, desequilíbrio, falta de, iatrogenia, acaso

A quinta fase da pré-análise é a da preparação de material. Trata-se de uma preparação material reunido e, eventualmente, de uma preparação formal (‘edição’). Quando houver tratamento tecnológico, os textos precisam ser organizados e codificados de acordo com as possibilidades de ‘leitura’ do computador e as instruções do programa.

Para o presente estudo a preparação do material foi realizada da seguinte forma: sequencialmente ao processo de transcrição realizada no *Microsoft Excel*, foi realizada a lematização em um arquivo do *Microsoft Word*. Após a lematização os dados foram reorganizados em um arquivo do *Open Office* e as palavras lematizadas foram substituídas pelos seus agrupadores. Neste mesmo arquivo os dados referentes as variáveis sociodemográficas foram reorganizadas por rótulos numéricos.

O segundo eixo da análise de Conteúdo é a exploração do material e o tratamento de resultados. Essa é uma etapa operacional e simples pois resulta da aplicação sistemática das decisões tomadas durante a pré-análise, em função de regras previamente formuladas”. O seu resultado é o tratamento dos resultados com a formulação de quadros de resultados, diagramas, figuras e modelos que “põem em relevo as informações fornecidas pela análise”

Na presente pesquisa, durante essa segunda fase da análise trabalhou-se na transformação dos dados brutos, permitindo atingir a significação do conteúdo, para isso foram definidas as Unidades de Contexto (os vocábulos lematizados e as respostas curtas organizadas), após a codificação e a identificação das Unidades de Significação e de Registro das respostas, e a sua categorização em núcleos temáticos.

O terceiro eixo é o da inferência e interpretação. Nele é realizado a análise aprofundada do material já categorizado e das temáticas obtidas, a partir da codificação e categorização do material. Estes dados são correlacionados à literatura, ampliando a interpretação dos resultados obtidos e aprofundando a discussão e hipóteses analisadas pelo trabalho. Esta etapa no presente trabalho está detalhada nos capítulos 5 e 6.

3.1 ETAPAS DA PESQUISA

A pesquisa foi delineada em cinco etapas conforme disposto nos parágrafos quadro abaixo:

Na 1^o etapa, foi realizada uma pesquisa bibliográfica sobre os temas abordados: o processo saúde-doença, educação médica e humanização e humanidades; e sobre o referencial teórico escolhido: a Teoria das Representações Sociais.

Na 2^a etapa foi elaborado o projeto de pesquisa, incluindo a preparação do instrumento de pesquisa, a seleção do seu campo e dos participantes. Este foi submetido ao Comitê de Ética das Faculdades Pequeno Príncipe e foi solicitada a autorização para a coleta em todas as 5 IES de Curitiba que possuem curso de Medicina.

Na 3^a etapa foi feita a coleta de informações, a sua transcrição e organização e a pré-análise do conteúdo

Na 4ª. Etapa foi realizada a sistematização das informações e o seu processamento utilizando-se o software IRAMUTEQ – Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires.

Na 5ª etapa da pesquisa consolidou-se na análise, considerações e reflexões dos resultados obtidos, com o aporte da Teoria das Representações Sociais utilizando-se abordagem estrutural de Abric (2001) e a análise de conteúdo de Bardin (2016). Assim como da bibliografia levantada, com direcionamentos e sugestões para próximas pesquisas sobre a formação médica e o processo saúde-doença.

O quadro 4 demonstra as etapas da pesquisa e as correlaciona com a organização da análise de conteúdo proposta por Bardin(2016)

QUADRO 4: Etapas da pesquisa e da análise de conteúdo

Etapas da pesquisa		Análise de Conteúdo
1	Pesquisa bibliográfica;	Pré- análise
2	Elaboração do projeto de pesquisa; Submissão ao Comitê de Ética em Pesquisas Solicitação de autorização para a coleta nas IES	-
3	Coleta de informações; Transcrição das informações Organização	Pré- análise
4	Sistematização e processamento dos dados Categorização	Exploração do material
5	Considerações e reflexões dos resultados	Inferência e Interpretação

FONTE: a Autora, 2018

3.2 CONTEXTO DA PESQUISA E PROCESSO DE GERAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

Os participantes da pesquisa foram acadêmicos de cursos de Medicina da cidade de Curitiba. Curitiba é a capital do Paraná e dispõe de 5 IES que possuem curso de Medicina. Para o universo da pesquisa foram incluídas 4 dessas instituições. A solicitação de pesquisa foi enviada a todas, entretanto uma delas não respondeu.

Cada uma das instituições de ensino do universo da pesquisa possui diferente metodologias de ensino, projeto pedagógico, momentos e formas de inserção dos acadêmicos no contexto social das comunidades. Essas características foram resumidas no quadro 5.

QUADRO 5: Características das Instituições e Ensino Superior participantes da pesquisa

Identificação	Natureza	Organização	Metodologia	Inserção na Comunidade
1	Pública	Disciplinar	Tradicional	5º. Período
2	Filantrópica 1	Disciplinar	Tradicional	1º. Período
3	Filantrópica 2	PBL	Ativa	1º Período
4	Particular	Disciplinar	Mista	1º. Período

FONTE: a Autora, 2018, a partir dos projetos pedagógicos dos cursos de Medicina das IES selecionadas para a pesquisa

Quando submetido o projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa a coleta de informações tinha sido planejada com os acadêmicos matriculados no primeiro período do curso, no sexto período e no 12º período (exceto na IES 3 aberta há 4 anos, e, portanto, sem turmas nesse período).

Entretanto, foi necessário uma emenda relacionada à coleta no primeiro período do curso. Isso ocorreu durante a pré análise das primeiras coletas de informações: a autora havia solicitado às IES que a coleta de informações ocorresse na primeira semana do semestre, tendo em vista que essa objetivava a obtenção de informações que precedessem o processo de interferência da formação e do ambiente acadêmicos na representação de saúde e de doença nos acadêmicos. As IES não aprovaram o pedido, ou por acharem difícil a viabilização dessa organização, ou por não concordarem com a ideia de acadêmicos entrarem em contato com uma pesquisadora antes de terem contato com os representantes da própria instituição.

Diante desse fato, fez-se necessário o adiamento da coleta para 1 mês após o início das aulas. A primeira coleta de informações foi realizada no 1º período da IES 2. Após feita a leitura flutuante na fase de pré-análise de conteúdo a notou-se que as respostas dos acadêmicos já estavam permeadas por conceitos e vivências que estavam sendo apresentados durante a sua formação médica inicial.

Optou-se então por aplicar os questionários não mais aos acadêmicos que já estivessem cursando o primeiro período, mas sim àqueles que já estavam

matriculados no curso, mas que ainda não haviam tido contato formal com a IES. Isso se fez possível por meio de do envio do questionário via Google Forms a esses acadêmicos. O Centro acadêmico, sob orientação da coordenação dos cursos tinha o contato desses acadêmicos e foi por meio do presidente do centros acadêmico que o envio foi realizado via Whatsapp. Entretanto, o presidente do Centro Acadêmico da IES 3 não enviou o formulário aos futuros calouros e não obtivemos informações específicas desses acadêmicos.

No questionário elaborado no googleforms estavam contidas as informações do questionário físico (APÊNDICE 1), com exceção daquelas que não eram pertinentes ao período em questão, por exemplo, se realizou atividades extracurriculares no curso de Medicina e se já tinha entrado em contato com o paciente em seu contexto social.

Como a coleta precedeu a entrada na Universidade, na nomeação dos arquivos e para a diferenciação das informações, eles foram intitulados como período 0.

Os questionários dos demais períodos foram coletados em sala de aula. Após a autorização das coordenações dos cursos a coleta foi organizada conjuntamente aos representantes de turma. Não aconteceram maiores intercorrências no processo. Todavia, ressaltam-se alguns pontos que podem interferir de forma indireta na resposta dos acadêmicos ao questionário e que apenas notamos essa possibilidade de viés após terem sido feitas todas as coletas.

Primeiramente, a pesquisadora ao se apresentar aos acadêmicos que seriam convidados a responder os questionários falou das suas profissões: Médica de Família e Comunidade e Professora da Disciplina de Saúde Coletiva 1. Estas informações podem ter direcionado as respostas dos estudantes para a área de atuação da pesquisadora. Sugere-se que sejam pensadas alternativas que evitem esse viés para as próximas pesquisas com metodologias semelhantes. A forma mais simples aventada seria suprimir essas informações ou apenas contá-las após o término da coleta de informações.

Destaca-se nesse momento que o pesquisador é parte integrante do universo que pretende pesquisar, sendo de grande importância a sua afinidade com o objeto da pesquisa (LENOIR, 2001). A relação do pesquisador com o objeto é fundamental e, na nossa pesquisa a aproximação com os participantes se deu por meio da profissão em comum.

Torna-se imprescindível neste sentido, considerar os processos que permeiam o objeto a ser pesquisado e o quanto o contexto da pesquisa é importante na construção da mesma. Acerca do princípio da não neutralidade do pesquisador, evoca-se o que Araújo et.al (2017) escrevem a respeito:

Nenhuma pesquisa é neutra ao participante ou ao pesquisador. A pesquisa coloca o sujeito diante de reflexões pessoais, que envolvem dinâmicas simbólico-emocionais em construção e reconstrução na vivência da pesquisa, provocando dinâmicas de desenvolvimento microgenético. Esse fator, para alguns objetos de pesquisa, pode não ser uma variável tão significativa, entretanto, quando o objeto é o desenvolvimento do sujeito, temos um objeto em que a própria vivência da pesquisa vai modificando-o ao longo do processo. Evidentemente essa dinâmica somente vai configurar-se se o participante estiver efetivamente implicado emocionalmente na pesquisa, condição essencial para o estudo de categorias psicológicas (ARAÚJO, 2017p.5).

Portanto, sobre as dificuldades encontradas nas pesquisas em representações sociais refletimos que:

[...] deve-se ao fato de estar adiante das representações preestabelecidas de seu objeto de estudo que induzem a maneira de apreendê-lo e, por isso mesmo, defini-lo e concebê-lo. O ponto de partida de qualquer pesquisa é constituído por representações que, como escrevia Émile Durkheim em *Les règles de la méthode sociologique*, são como 'um véu que se interpõe entre as coisas e nós e acaba por dissimulá-las tanto melhor quanto mais transparente julgamos ser o véu (LENOIR, 2001 p.61).

Essas representações preestabelecidas pelo pesquisador dependem do momento histórico e cultural no qual ele está inserido, da sua própria história de vida, dos seus valores, das suas crenças e expectativas e da sua postura diante da vida.

Por esse motivo, tão importante quanto o pesquisador reconhecer a sua subjetividade e a subjetividade do seu objeto de pesquisa, é a tentativa de, ao compreendê-la buscar encontrar possíveis vieses e dignificá-los ao relatá-los ao leitor.

Assim sendo, destacam-se mais duas reflexões sobre o momento da coleta de informações: A pesquisadora é formada na IES 2. Ao aplicar o questionário na primeira turma (a do primeiro ano, que foi posteriormente optado por não utilizar as informações nessa pesquisa) dessa IES ela adentrou na sala de aula com sorriso no rosto, cumprimentando o seu antigo professor de citologia pelo nome e envolta pelo saudosismo que a tomou conta falou: “É com grande felicidade que retorno a IES que me formou”.

Cabem então alguns questionamentos: esse sentimento a teria feito ser mais simpática nessa IES do que nas demais? Essa simpatia estimularia os acadêmicos a responder de forma mais ativa o questionário? Esse ponto de identificação, formar-se na mesma IES, teria causado também esse estímulo?

De forma semelhante questionamo-nos: qual repercussão teve nos acadêmicos do sexto período da IES 4 responder um questionário feito pela professora que no primeiro período falava para eles sobre o modelo ampliado do processo saúde doença? A própria presença da professora na sala de aula já não teria influência sobre esses acadêmicos no intuito de evocarem palavras relacionadas a disciplina de saúde coletiva?

Ao se buscar formas de amenizar essas possíveis interferências, aparece, por exemplo, colocar o mínimo de informações possíveis sobre o pesquisador. Mas essa mesma atitude poderia também gerar um distanciamento dos acadêmicos ao pesquisador e assim eles responderiam de forma menos comprometida.

Ainda, sobre a influência da subjetividade do pesquisador, mas agora sobre a análise dos resultados propõe-se uma última reflexão: A pesquisadora é entusiasta da formação médica e por vezes encantada com o trabalho que desenvolve em sua IES. Por esse motivo, enquanto estava transpassando as respostas dos questionários dos acadêmicos da sua IES, vinham em sua mente pensamentos de correção ou indignação quando eles tinham respostas diferentes das que ela imaginava que teriam após a “educação que foi por ela dada”. Esse sentimento não foi percebido ao trabalhar as informações das demais IES. Para a análise inicial de dados, a autora, então, tentou, ao identificar as IES por números e não por nome, retirar esse vínculo, até o momento que a revelação foi necessária, na comparação entre as instituições.

A coleta ocorreu entre os meses de novembro de 2017 e março de 2018.

3.3 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS

Nesta seção será detalhado a sistematização dos dados e informações a partir do uso do *Software IRAMUTEQ* e o detalhamento do uso do software para realizar a análise prototípica e para a de similitude.

3.3.1 Sistematização dos dados provenientes do Teste de Evocação Livre de Palavras: o uso do *software* IRAMUTEQ

Para realizar a sistematização dos dados da pesquisa a opção foi o uso do *software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* – IRAMUTEQ. Este foi desenvolvido por Pierre Ratinaud em 2009 na língua francesa, entretanto, atualmente possui dicionários completos em outras línguas, dentre elas o português. É um *software* gratuito ancorado na lógica de open source - código aberto, e a sua interface é de simples compreensão. Ele realiza análises estatísticas a partir de *corpus* textuais e matrizes. Ele foi utilizado nessa pesquisa para a análise das matrizes formadas a partir das evocações livres de palavras.

Para o processamento das matrizes foram utilizadas as ferramentas: análise prototípica e análise de similitude (vide seções 3.4.2 e 3.4.3). Para o uso do *software* IRAMUTEQ os dados provenientes do Teste de Evocação Livre de Palavras são previamente organizados em um *corpus* em planilha do *Software Open Office*.

A pesquisa contou com a participação de 337 acadêmicos, que totalizaram 1624 palavras evocadas a partir do termo indutor “saúde” e 1599 palavras a partir do termo indutor “doença”. Essa diferença entre os valores deveu-se a que, alguns acadêmicos escreveram números menores de palavras do que as que tinham sido solicitadas pelo questionário.

A transcrição das respostas dos participantes foi realizada na íntegra em um arquivo do *Microsoft Excel* e posteriormente reorganizada e transposta para matrizes geradas pelo *Open Office*, em formato csv10.

Como os dados foram coletados em diferentes Instituições de Ensino Superior e em diferentes períodos do curso de graduação, além das matrizes que reúne todos os dados pertinentes a cada um dos termos indutores, criamos também uma matriz diferente para cada cenário de aplicação e também para cada período de coleta. Entretanto, como o “período 0” é precedente à entrada dos acadêmicos na IES, ou seja, da possível interferência desta na sua representação social, optou-se por não diferenciar de acordo com a IES que iriam iniciar os estudos.

Para a utilização do *software* IRAMUTEQ o nome dos arquivos a serem por ele importados não deve conter acentos ou caracteres.

Para a organização das respostas transcritas nas matrizes do open office, a primeira coluna identificava o participante da pesquisa, as colunas ao lado continham dados sociodemográficos dos participantes, seguidas por colunas denominadas evoc que continham as palavras evocadas e as colunas denominadas rang que determinavam a ordem das evocações. Para isso, os dados referentes às variáveis sociodemográficas foram reorganizadas por rótulos numéricos.

Em seguida ao processo de transcrição, foi realizada a lematização, que segundo Oliveira et.al. (2005, p.583) é uma “padronização das palavras e termos evocados, para que haja uma homogeneização do conteúdo”, unificando assim palavras com significados semânticos próximos, colocando-as sob a mesma designação. O processo de lematização foi executado no software Microsoft Word. As palavras evocadas para cada termo indutor foram organizadas em diferentes tabelas e o processo de lematização foi feito separadamente para cada termo.

As informações quantitativas resultantes do processo de pós-lematização para o termo Saúde e para o termo Doença são apresentadas no quadro 6.

QUADRO 6: Resultado do processo de lematização

TERMO INDUTOR	N° de PALAVRAS EVOCADAS	PALAVRAS DIFERENTES	
		Pré-lematização	Pós-lematização
Saúde	1624	394	245
Doença	1599	422	301

Fonte: A autora (2018).

Na padronização lexical, o tratamento de palavras atende aos seguintes critérios: nas palavras compostas foi considerado o primeiro radical; nas palavras com características semânticas similares, optou-se pela palavra de maior frequência; e no caso de empate das palavras, optou-se pela forma no singular, pelo gênero masculino e pela forma verbal.

O detalhamento do processo de agrupamento dos termos evocados para “saúde” e para “doença” encontram-se nos Apêndices 2 e 3, respectivamente. Após o tratamento de equivalência lexical, as palavras tratadas foram substituídas nos arquivos do *OpenOffice*. As palavras tratadas não foram substituídas nos arquivos

de transcrição inicial do Excel, para que, no caso de se fazer necessário o acesso as evocações originais, sem tratamento, esse se fizesse de forma ágil.

Ao concluir o processo de lematização, retorna-se ao arquivo do Open Office e substituem-se as palavras lematizadas. Também foram retirados todos os espaços no texto das células e substituídos por underline para ligar as palavras compostas ou expressões.

3.3.2 Análise Prototípica

A análise prototípica, também chamada análise de evocações ou das quatro casas, é uma das técnicas mais difundidas para o estudo de representações sociais. A partir dela é possível identificar a estrutura da representação por meio de parâmetros de frequência e ordem da evocação de palavras (WACHELKE; WOLTER, 2011).

Para que as palavras sejam processados pelo *software* IRAMUTEQ, e possam compor o processo de análise prototípica, Wachelke e Wolter (2011) propõem alguns parâmetros técnicos de sistematização e indicação de informações essenciais para a construção do quadro de quatro casas. Dentre esses parâmetros, é sugerido que o pesquisador siga algumas etapas essenciais: descrever o número de participantes da pesquisa, realizar o detalhamento das fases de preparação e tratamento de equivalência do corpus lexical das palavras evocadas pelos participantes (lematização), definir os índices de ponto de corte para ordem média de evocação e frequência mínima e intermediária das evocações.

A partir dos dados gerados pela função do Software IRAMUTEQ de Análise de Frequências Múltiplas foi possível calcular manualmente a frequência média de evocações: 2.73. A desta, foi optado por utilizar o valor de “3” para a Frequência mínima das evocações; Foi aventada a hipótese de se utilizar a frequência mínima de evocações de 2, entretanto, como a diversidade de palavras evocadas na pesquisa foi grande, ao montarmos alguns quadros de quatro casas “testes” com esse número mínimo de corte a quantidade de palavras alocadas na 2ª periferia foi grande, dificultando a sua visualização e não aparentando trazer benefícios para a análise proposta.

Para determinar o ponto de corte relativo a frequência, optamos inicialmente por utilizar o procedimento original proposto por Vergès (1992) que propõe o cálculo

da frequência média dentre as respostas, após exclusão das evocações com baixas frequências. Entretanto, ao tentar inserir o dado no software IRAMUTEQ notamos que este não permitia a inserção pelo próprio pesquisador desse ponto de corte, mas sim que ele já calculava automaticamente a mediana de frequência dos termos incluídos na análise (após a exclusão dos termos com frequências baixas). Conforme descrito por Wachelke e Wolter (2011), essa forma de seleção é válida quando se pretende obter um quadro mais equilibrado na distribuição das formas verbais pelos quadrantes.

Ao comparar os ponto de corte relativo a frequência que tínhamos originalmente escolhido e o que foi nos apresentado pelo Software notamos que a diferença e a interferência nos resultados não eram relevantes.

Após o processo de lematização, da organização das informações, da determinação do ponto de corte de frequência mínima e da determinação do ponto de corte para ordem média de evocação, o software distribui esses elementos, separando-os pelos critérios de frequência e ordem média de evocação - OME (WACHELKE; WOLTER, 2011), em quatro quadrantes (quadro de quatro casas).

A organização das palavras nos quadrantes possibilita a estruturação da representação social por meio da análise prototípica, pois ela classifica e distribui os elementos constitutivos da representação entre o provável núcleo central e o sistema periférico. A interpretação do quadro de quatro casas é ilustrada no Quadro 7.

Quadro 7 - Distribuição das palavras evocadas por quadrante no quadro de quatro casas

<p>ZONA DO NÚCLEO CENTRAL (1º quadrante) Palavras com alta frequência e baixa média de evocações.</p>	<p>ZONA DA 1ª PERIFERIA (2º quadrante) Palavras com número elevado de frequência e alta média de evocações.</p>
<p>ZONA DE CONTRASTE (3º quadrante) Palavras com número baixo de frequência e baixa média de evocações.</p>	<p>ZONA DA 2ª PERIFERIA (4º quadrante) Palavras com número baixo de frequência e alta média de evocações</p>

Fonte: a autora, adaptado de Nagel, 2017

O primeiro quadrante (superior esquerdo) indica as palavras que têm alta frequência (uma frequência maior que a média) e baixa ordem de evocação (aquelas que foram mais prontamente evocadas). Essas seriam as prováveis indicadoras do núcleo central de uma representação.

Entretanto, conforme ressaltam Wachelke e Wolter (2011) apesar de os elementos do núcleo central possuírem alta probabilidade de estarem representados por algumas das palavras contidas nesse primeiro quadrante, não há uma equivalência imediata entre núcleo central e a zona do núcleo na análise prototípica: esta fornece apenas hipóteses de centralidade, que necessitam de verificação por meio de outras técnicas. Talvez apenas em casos em que alguns elementos se destaquem muito dos demais, por exemplo, com frequências muito maiores que os demais componentes da zona do núcleo, seja possível afirmar diretamente que se trata de um elemento central.

O segundo quadrante (superior direito) representa a primeira periferia, a qual contém as palavras que possuem alta frequência de evocação e ordem média de evocação alta, ou seja, palavras que não foram tão prontamente evocadas.

No terceiro quadrante (inferior esquerdo), denominado de zona de contraste, estão contidas as palavras que foram prontamente evocadas, porém com frequência abaixo da média. Elas podem exercer duas funções distintas: ou são complementares à primeira periferia ou apontam a formação de subgrupos dentro do grupo estudado, possibilitando até a formação de outro núcleo central (WACHELKE; WOLTER, 2011).

A segunda periferia se encontra no quarto quadrante (inferior direito) e indica as palavras com menor frequência e maior ordem de evocação. Essas palavras podem ser consideradas mais particulares, pois são “elementos pouco salientes nas duas coordenadas, e, portanto menos interessantes para a estrutura da representação do grupo social, trazendo aspectos mais particularizados” (WACHELKE; WOLTER, 2011). Para facilitar a leitura do quadro gerado pela análise prototípica, este foi redesenhado em quadros do word, conforme exposto nos resultados do trabalho.

3.3.3 Análise de Similitude

A análise de similitude, proposta por Flamenl (1986), é posta como uma forma de classificação dos “termos de uma produção discursiva com base no coeficiente de semelhança” e verificação do grau de ligação entre esses termos. (OLIVEIRA et al., 2005, p.585). Nesta é admitido que dois itens serão mais próximos na representação quanto mais elevado for o número de indivíduos que os tratem da mesma maneira, que aceitem os dois ou que rejeitem os dois ao mesmo tempo; em seguida calcula-se um coeficiente de contingência que é um índice de semelhança clássico. (FLAMENL, 1986).

Sobre a árvore de similitude, Sá (1996, p. 129) explica que ela traduz o registro do índice de similitude de valor mais elevado que um dado elemento guarda em relação a algum outro, ou seja, não demonstra os índices menores que eventualmente o ligam aos demais itens levantados. Não é possível observar por meio de dela todas as conexões existentes entre as palavras evocadas, mas sim, apenas as que possuem maior grau de conectividade. Salientamos que o uso do software é um método de sistematização e processamento de dados e não um método de análise, já que a interpretação é imprescindível e é de responsabilidade dos pesquisadores.

A partir do *software* IRAMUTEQ foi gerada a Árvore Máxima de Similitude. É possível determinar quais palavras irão fazer parte da análise de similitude, considerando assim que a frequência mínima das palavras estabelecida para a análise prototípica, neste caso, foi de 3 evocações. Ao definir as palavras, estipulamos os parâmetros para a análise de similitude. Para aparecer o grau de conectividade na análise, seleciona-se o termo “score nas bordas”. Ao clicar em “ok”, a análise de similitude é gerada e disponibilizada para exportação do software.

3.3.4 Sistematização dos dados provenientes do corpus monotemático de respostas curtas

A sistematização dos dados provenientes do corpus monotemático de respostas curtas foi inicialmente realizada por meio do *Software* IRAMUTEQ, entretanto, como este só possui a função de contagem de palavras, mostrou-se

insuficiente para a análise de conteúdo das respostas sobre a causalidade do adoecimento. Desta forma, optou-se por realiza-lo manualmente.

O início do processo de categorização dos segmentos de texto, se deu pela sua separação em diferentes unidades de significação e posteriormente estas foram reagrupadas em representações temáticas.

4 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

O presente capítulo aborda a caracterização dos participantes da pesquisa, a qual é importante no processo de investigação das representações sociais, uma vez que o contexto no qual estão inseridos, a pessoa ou o grupo a ser pesquisado é ativo e tem papel, pelo menos parcial no observado em seu comportamento, em suas atitudes e nas normas às quais ele se refere (ABRIC, 2000). As informações se referem a IES e ao período que o acadêmico cursava no momento da pesquisa, suas características pessoais, como sexo, idade, cor de pele, sua naturalidade, religião e se o acadêmico já tinha cursado outra faculdade antes de adentrar no curso de Medicina estão dispostos na tabela 1.

TABELA 1 - Caracterização do período, IES, sexo, idade, cor de pele, naturalidade, religião, curso superior prévio dos acadêmicos

Caracterização	No. de acadêmicos	%
Período		
0	50	14,9
6	176	52,4
12	110	32,7
Instituição		
IES 1	110	32,7
IES 2	104	31,0
IES 3	43	12,8
IES 4	79	23,5
Sexo		
Masculino	135	40,2
Feminino	201	59,8
Idade		
18 - 20 anos	75	22,3
21 - 25 anos	202	60,1
26 - 30 anos	49	14,6
Acima de 30 anos	10	3,0
Cor da Pele		
Amarela	22	6,5
Branca	300	89,3
Negra	2	0,6
Parda	12	3,6
Naturalidade		

Região Sul	284	84,5
Região Sudeste	36	10,7
Região Norte	8	2,4
Região Nordeste	1	,3
Região Centro Oeste	6	1,8
Região Exterior	1	0,3
Religião		
Católica	168	50,0
Evangélica	42	12,5
Espírita	14	4,2
Judaica	2	0,6
Afro brasileira	2	0,6
Islâmica	1	0,3
Orientais	6	1,8
Sem	96	28,6
Outras	5	1,5
Outro Curso		
Sim	47	14,0
Não	289	86,0

Fonte: A autora, 2019, com base na sistematização apresentada no Apêndice 1.

* IES: Instituição de Ensino Superior

Exterior: Itália

Outras: Os participantes não especificaram qual.

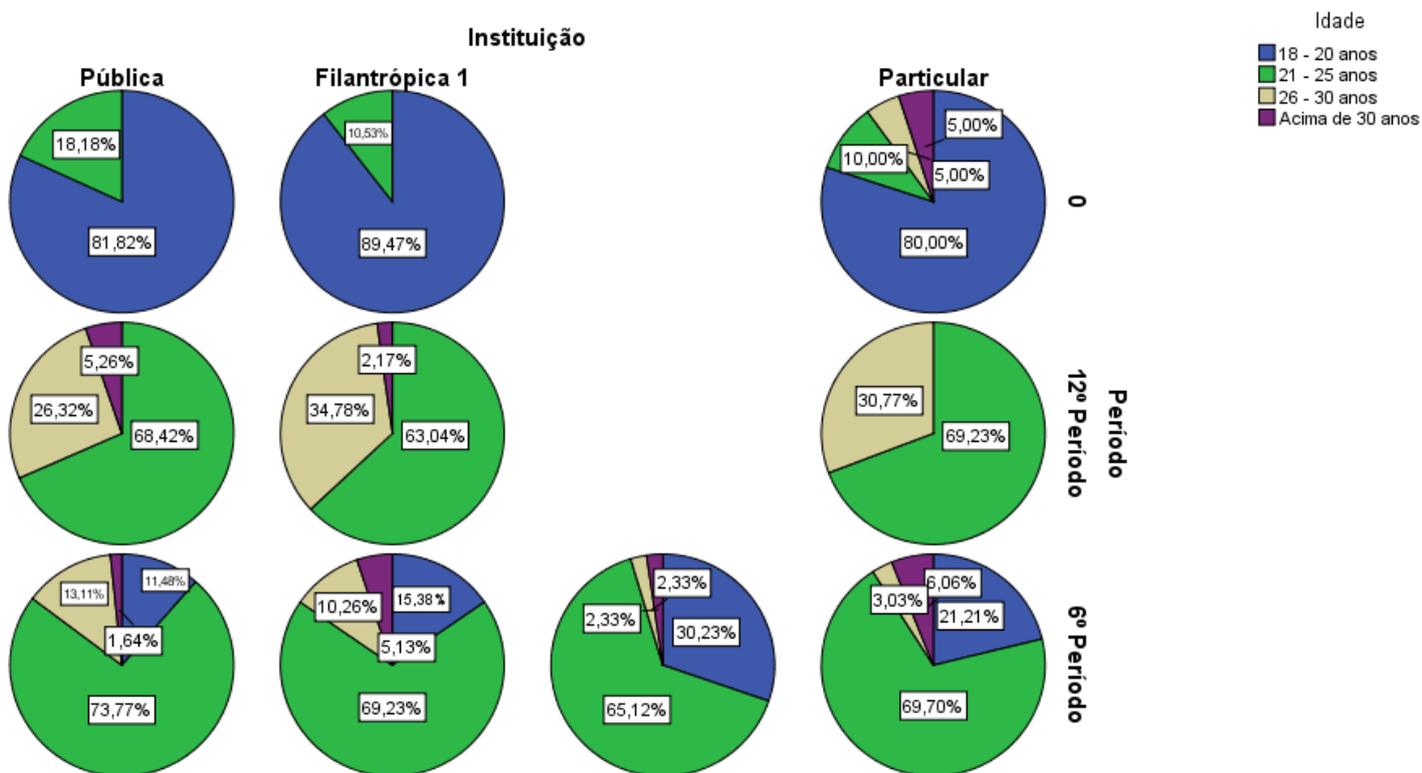
Com relação a IES na qual os participantes da pesquisa estavam inscritos no curso de Medicina, nota-se que apenas 12,8% foram da IES 3. Isso deveu-se ao fato de esta IES não possuir no momento da pesquisa 12º período e também por, os acadêmicos do período 0 não terem recebido o formulário de pesquisa via *google forms* a partir do que foi solicitado ao representante do Centro Acadêmico, e quando descoberto, eles já tinham iniciado as aulas, o que inviabilizou a coleta de informações nessa IES.

Sobre o período do curso que os acadêmicos estavam cursando no momento da pesquisa, a maioria estava no 6º período. Isso deveu-se tanto a que, a IES 3 só foi pesquisada nesse período pela situação exposta acima referente ao período 0 e também por essa IES não possuir 12º período, quanto a IES 4 possuir o dobro de acadêmicos matriculados no 6º período do que no 12º período, fato decorrente do aumento de vagas para o curso de Medicina dessa IES desde o ano de 2011.

Dentre os acadêmicos que responderam a pesquisa, 40,2% são do sexo masculino e 59,8% são do feminino.

Sobre as demais características pessoais dos acadêmicos, a faixa etária predominante foi entre 21 e 25 anos, na qual estavam alocados 60,1% dos participantes. A faixa etária aumentou progressivamente de acordo com o aumento do período, conforme o esperado e demonstrado no GRÁFICO 1. 89,3% declararam à sua cor de pele como branca, 6,5% amarela, 3,6% parda e 0,6% Negra.

GRÁFICO 1: Faixa etária dos acadêmicos de Medicina de acordo com a IES e o período.

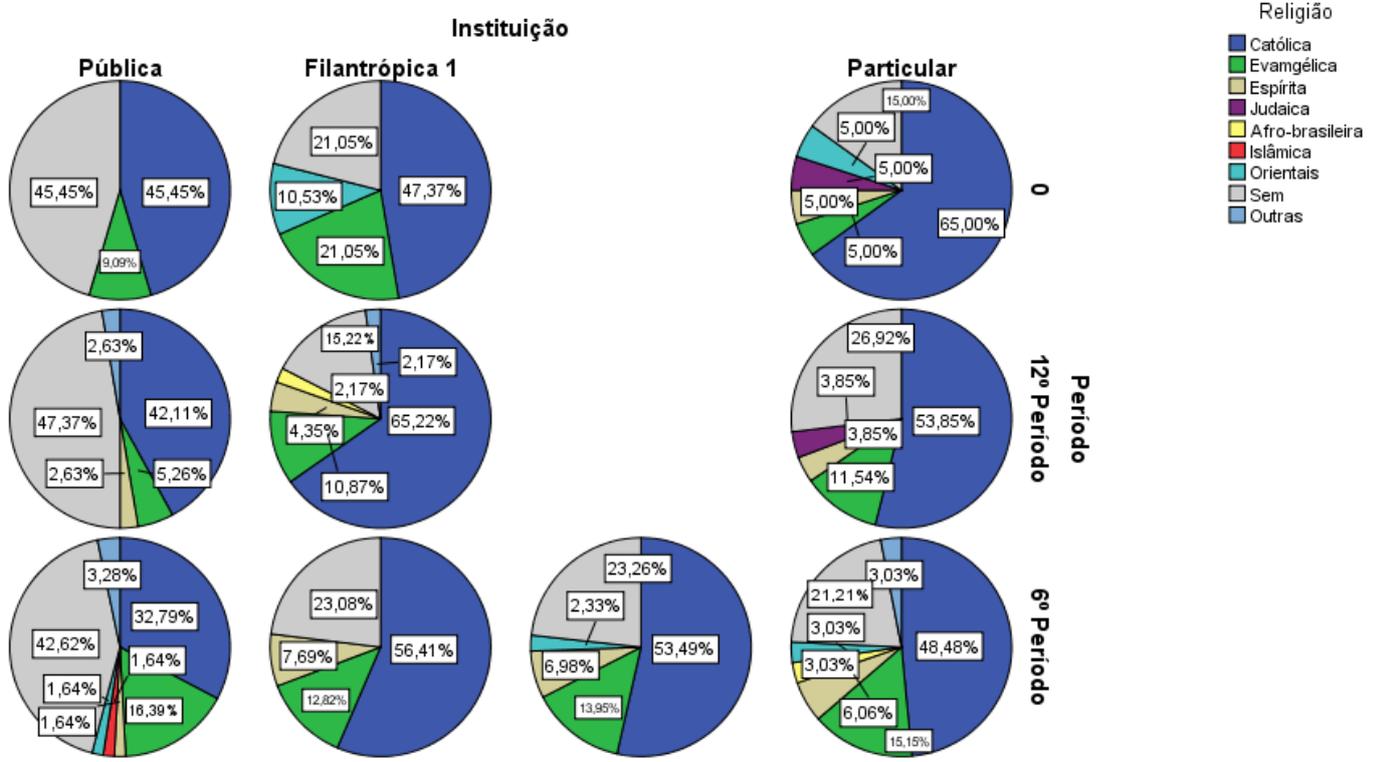


FONTE: A autora, 2019.

A naturalidade da maioria dos participantes da pesquisa é de cidades do Sul do Brasil (84,5%), entretanto, participaram acadêmicos provenientes de todos os estados e um deles de outro país.

A maioria dos acadêmicos (71,4%) possui religião, sendo que 50% se declararam católicos, 12,5% evangélicos, 4,2% espíritas e menos de 1% judaicos, participantes de religiões afro-brasileiras, islâmicas ou orientais. Conforme demonstrado no GRÁFICO 1 nota-se que, comparativamente, entre as IES pesquisadas, o percentual de ateus na faculdade pública é maior do que nas demais.

GRÁFICO 2: Religião dos acadêmicos de medicina de acordo com o período e a IES.



FONTE: A autora, 2019.

A Medicina foi o primeiro curso superior realizado por 86% dos participantes.

5 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE E DOENÇA

5.1 RESULTADOS DAS ANÁLISES PROTOTÍPICAS

Esta seção apresenta os resultados das análises prototípicas das representações sociais dos acadêmicos de Medicina de 4 IES de Curitiba, em 3 períodos diferentes de inserção no curso: “0”, ou seja, antes de adentrarem na formação acadêmica; “6” o período cuja metade da formação médica já foi dada; e “12”, período final da formação. De maneira complementar foram realizadas as análises prototípicas de cada uma das IES separadamente nos períodos “6” e “12”. Nesses períodos, diferentes estímulos obtidos pela formação acadêmica possibilitam possíveis diferenças no resultado das representações sociais. As análises prototípicas realizadas a partir da evocação de cinco palavras a partir dos termos indutores “Saúde” e “Doença” foram delineadas pelos quadros de quatro casas, organizados pela ordem média de evocações (OME).

Para a leitura dos quadros gerados pela análise prototípica, faz-se importante ressaltar as estruturas descritas na subseção 3.4.2 da presente dissertação e resumidas da seguinte forma: O primeiro quadrante (superior esquerdo) indica as palavras que têm alta frequência (uma frequência maior que a média) e baixa ordem de evocação (aquelas que foram mais prontamente evocadas). Essas seriam as prováveis indicadoras do núcleo central de uma representação. O segundo quadrante (superior direito) representa a primeira periferia, a qual contém as palavras que possuem alta frequência de evocação e ordem média de evocação alta, ou seja, palavras que não foram tão prontamente evocadas. No terceiro quadrante (inferior esquerdo), denominado de zona de contraste, estão contidas as palavras que foram prontamente evocadas, porém com frequência abaixo da média. A segunda periferia se encontra no quarto quadrante (inferior direito) e indica as palavras com menor frequência e maior ordem de evocação.

Ao final demonstra-se a dinâmica de aparecimento das palavras evocadas nos diferentes períodos avaliados, de forma sistematizada.

5.1.1 Análise prototípica do período “0”

O resultado das análises prototípicas referente às evocações geradas pelo termo indutor “Saúde” e pelo termo indutor “Doença” nos participantes do período 0, ou seja, antes de adentrarem na formação acadêmica, encontram-se respectivamente no quadro 8 e no Quadro 9.

QUADRO 8: Distribuição dos elementos estruturais organizados pela Ordem Média de Evocação do termo “saúde” nos acadêmicos do período “0”.

Elementos do Provável Núcleo Central				Elementos da Primeira Periferia			
	Palavra evocada	F	OME		Palavra evocada	f	OME
$f \geq 7$ OME ≤ 2.97	Vida	14	2.9	$f \geq 7$ OME ≥ 2.97	Medicina	18	3.2
	Alimentação	14	2.9		Prevenção	11	3.5
	Cuidado	12	2.1		Doença	7	3.0
	Bem estar	12	2.8		Felicidade	7	4.0
	Exercício físico	10	2.4				
	Hospital	9	2.7				
Elementos da Zona de Contraste				Elementos da Segunda Periferia			
	Palavra evocada	f	OME		Palavra evocada	f	OME
$f < 7$ OME < 2.97	Responsabilidade	5	2	$f < 7$ OME ≥ 2.97	Remédio	6	4.2
	Harmonia	4	2		Corpo	4	4.3
	Importante	3	2		Solidariedade	4	3.5
	Dedicação	3	2.3		Alegria	3	3.7
					Empatia	3	3.3
			Longevidade		3	4.3	
			Família		3	3.3	
			Força		3	3.0	
			Necessidade		3	3.7	

FONTE: A autora, 2018

QUADRO 9: Distribuição dos elementos estruturais organizados pela Ordem Média de Evocação do termo “doença” nos acadêmicos do período “0”.

Elementos do Provável Núcleo Central				Elementos da Primeira Periferia			
	Palavra evocada	f	OME		Palavra evocada	f	OME
$f \geq 8.06$ OME ≤ 2.93	Hospital	17	2.6	$f \geq 8.06$ OME ≥ 2.93	Tratamento	16	3.2
	Remédio	15	2.7		Cura	12	3.2
	Tristeza	14	2.0		Medicina	10	3.7
	Dor	10	2.9		Morte	10	3.3
Elementos da Zona de Contraste				Elementos da Segunda Periferia			
	Palavra evocada	f	OME		Palavra evocada	f	OME
$f < 8.06$ OME < 2.93	Incapacidade	3	2.0	$f < 8.06$ OME ≥ 2.93	Sufrimento	7	3.1
	Desequilíbrio	3	2.7		Luta	4	3.5
	Diagnóstico	3	2.0		Câncer	4	3.2
			Angústia		3	3.4	
			Cuidado		3	3.3	
			Ajuda		3	3.3	

FONTE: A autora, 2018

5.1.2 Análises prototípicas do período “6”

O resultado das análises prototípicas referente às evocações geradas pelo termo indutor “Saúde” e pelo termo indutor “Doença” nos participantes do período 6 encontram-se respectivamente no quadro 10 e no Quadro 11.

QUADRO 10: Distribuição dos elementos estruturais organizados pela Ordem Média de Evocação do termo “saúde” nos acadêmicos do período “6”.

Elementos do Provável Núcleo Central				Elementos da Primeira Periferia			
	Palavra evocada	f	OME		Palavra evocada	f	OME
f ≥ 11.37 OME ≤ 2.89	Bem estar	93	2.0	f ≥ 11.37 OME ≥ 2.89	Medicina	46	2.9
	Felicidade	41	2.8		Exercício físico	39	3.5
	Doença	38	2.1		Alimentação	38	3.6
	Qualidade de vida	31	2.2		Mente	20	3.4
	Cuidado	30	2.7		Hospital	18	3.2
	Vida	20	2.6		Alegria	14	3.2
	Prevenção	18	2.5		SUS	13	3.1
				Remédio	12	3.2	
				Família	12	3	
Elementos da Zona de Contraste				Elementos da Segunda Periferia			
	Palavra evocada	f	OME		Palavra evocada	f	OME
f < 11.37 OME ≤ 2.89	Promoção	9	2.6	f < 11.37 OME ≥ 2.89	Acesso	10	3.2
	Direito	7	2.6		Social	10	3.3
	Atenção	5	2.4		Equilíbrio	10	3.2
	Bem estar físico	5	1.6		Paz	10	3.0
	Conforto	5	2.8		Tranquilidade	9	3.0
	Vitalidade	4	3.2		Tratamento	9	4.1
	Qualidade	3	1.5		Educação	8	3.1
	Corpo	3	2.3		Paciente	7	3.0
	Precária	3	2.0		Capacidade	7	3.7
	Organização	3	2.7		UBS	7	2.9
	Necessidade	3	2.0		Espiritual	6	3.3
	Atenção Primária	3	2.7		Empatia	5	4.2
	Sistema	3	2.3		Amor	5	3.4
					Dinheiro	5	3.8
					Cura	5	3.4
					Biopsicossocial	4	3.5
					Satisfação	4	3.5
			Sono	4	4.4		
			Profissão	4	3.2		
			Energia	4	4.8		
			Disposição	4	3.2		
			Essencial	3	3.7		
			Assistência	3	3.7		
			Longevidade	3	4.7		
			Gestão	3	3.3		
			Integralidade	3	3.3		
			Tempo	3	3.6		
			Segurança	3	3.7		
			Higiene	3	3.5		

		Ausência de Doença	de 3	3.3
--	--	--------------------	------	-----

FONTE: a autora, 2018

QUADRO 11: Distribuição dos elementos estruturais organizados pela Ordem Média de Evocação do termo “doença” nos acadêmicos do período “6”.

Elementos do Provável Núcleo Central				Elementos da Primeira Periferia			
	Palavra evocada	f	OME		Palavra evocada	f	OME
f \geq 8.63 OME \leq 2.91	Hospital	57	2.7	f \geq 8.63 OME \geq 2.91	Remédio	50	3.1
	Tristeza	53	2.7		Medicina	26	3.7
	Morte	34	2.7		Cuidado	16	3.8
	Dor	38	2.4		Prevenção	11	3.0
	Sofrimento	30	2.5				
	Mal Estar	24	2.5				
	Tratamento	27	2.5				
	Saúde	16	2.2				
	Desequilíbrio	11	2.9				
	Depressão	11	2.9				
	Incapacidade	10	1.7				
Elementos da Zona de Contraste				Elementos da Segunda Periferia			
	Palavra evocada	f	OME		Palavra evocada	f	OME
f $<$ 8.63 OME $<$ 2.91	Paciente	7	2.6	f $<$ 8.63 OME \geq 2.91	Cura	8	3.0
	Angústia	6	2.5		Medo	7	3.1
	Mente	6	3.0		Ajuda	7	3.9
	Ruim	8	1.7		Família	7	3.1
	Câncer	8	2.5		Limitação	6	3.3
	Sedentarismo	3	1.7		Cansaço	5	3.2
	Cirurgia	3	2.3		Dependência	6	3.3
	Reabilitação	3	2.7		Problema	5	3.4
	Patologia	3	1		Sono	4	4.0
	Força	3	2.3		Ansiedade	4	3.8
					Exame	4	3.2
					Dificuldade	4	3.5
					Diagnóstico	4	4.0
			Desconforto	4	3.2		
			Qualidade de vida	4	4.8		
			Vida	3	3.7		
			Empatia	3	3.7		
			UTI	3	3.7		
			Debilidade	3	3.7		
			Acesso	3	4.0		
			Social	3	3.7		
			Esperança	3	4.7		

FONTE: a autora, 2018

Os resultados gerados pelas análises prototípicas referentes às evocações geradas pelo termo indutor “Saúde” e pelo termo indutor “Doença” nos participantes

do período 6 das IES 1,2,3 e 4 encontram-se demonstradas respectivamente no quadros 12, 13, 14, 15 e 16, 17, 18, 19.

QUADRO 12: Distribuição dos elementos estruturais organizados pela Ordem Média de Evocação do termo “saúde” nos acadêmicos do período “6” da IES 1.

Elementos do Provável Núcleo Central				Elementos da Primeira Periferia			
	Palavra evocada	f	OME		Palavra evocada	f	OME
$f \geq 7.03$ OME ≤ 2.82	Bem estar	36	2.2	$f \geq 7.03$ OME ≥ 2.82	Exercício Físico	12	3.3
	Medicina	13	2.5		Alimentação	12	3.5
	Doença	12	2.1		Felicidade	10	3.0
	Qualidade de Vida	9	2.3		Cuidado	9	3.1
Elementos da Zona de Contraste				Elementos da Segunda Periferia			
	Palavra evocada	f	OME		Palavra evocada	f	OME
$f < 7.03$ OME < 2.82	Vida	7	2.1	$f < 7.03$ OME ≥ 2.82	Equilíbrio	7	3.1
	Prevenção	7	1.4		Acesso	6	3.7
	Paz	6	2.8		Hospital	6	3.2
	Alegria	5	2.4		Mente	6	3.3
	Educação	5	2.8		Social	5	4.2
	Promoção	4	2.2		Capacidade	5	4.0
	Remédio	4	2.5		Tratamento	4	4.4
	Precária	3	2.0		SUS	4	3.5
	Atenção	3	2.7		Família	4	3.8
	Bem estar físico	3	3.2		Paciente	4	3.8
				Feliz	3	3.3	
				Conforto	3	3.7	

FONTE: A autora, 2018

QUADRO 13: Distribuição dos elementos estruturais organizados pela Ordem Média de Evocação do termo “saúde” nos acadêmicos do período “6” da IES 2.

Elementos do Provável Núcleo Central				Elementos da Primeira Periferia			
	Palavra evocada	f	OME		Palavra evocada	f	OME
$f \geq 5.81$ OME ≤ 2.76	Bem estar	17	1.6	$f \geq 5.81$ OME ≥ 2.76	Exercício Físico	9	4
	Medicina	8	2.6		Felicidade	8	2.9
Elementos da Zona de Contraste				Elementos da Segunda Periferia			
	Palavra evocada	f	OME		Palavra evocada	f	OME
$f < 5.81$ OME < 2.76	Qualidade de vida	5	2.0	$f < 5.81$ OME ≥ 2.76	Cuidado	5	2.8
	Doença	5	2.0		Hospital	5	3.4
	Vida	4	2.5		Prevenção	5	3.2
	Tranquilidade	3	2.7		Mente	5	3.2
				Alimentação	4	4.5	
				Social	4	2.8	
				Remédio	3	3.7	
				Alegria	3	3.3	

FONTE: A autora, 2018

QUADRO 14: Distribuição dos elementos estruturais organizados pela Ordem Média de Evocação do termo “saúde” nos acadêmicos do período “6” da IES 3.

Elementos do Provável Núcleo Central				Elementos da Primeira Periferia			
	Palavra evocada	f	OME		Palavra evocada	f	OME
$f \geq 6.79$ OME ≤ 2.89	Bem estar	20	2.0	$f \geq 6.79$ OME ≥ 2.89	Alimentação	10	3.9
	Qualidade de Vida	14	2.1		Felicidade	10	3.1
	Medicina	10	2.7		Exercício Físico	9	4.2
	Cuidado	9	2.3				
	Doença	7	1.9				
Elementos da Zona de Contraste				Elementos da Segunda Periferia			
	Palavra evocada	f	OME		Palavra evocada	f	OME
$f < 6.79$ OME < 2.89	SUS	3	2.7	$f < 6.79$ OME ≥ 2.89	Vida	6	3.0
					Empatia	5	4.2
					Mente	5	3.2
					Direito	3	3.7
					UBS	3	3.3
					Prevenção	3	3.3
					Família	3	3.3
					Satisfação	3	3.7
					Amor	3	3.3
					Alegria	3	3.7

FONTE: A autora, 2018

QUADRO 15: Distribuição dos elementos estruturais organizados pela Ordem Média de Evocação do termo “saúde” nos acadêmicos do período “6” da IES 4.

Elementos do Provável Núcleo Central				Elementos da Primeira Periferia			
	Palavra evocada	f	OME		Palavra evocada	f	OME
$f \geq 7.5$ OME ≤ 1.5	Bem estar	16	1.3	$f \geq 7.5$ OME ≥ 1.5	Felicidade	11	1.5
	Doença	11	1.3		Medicina	9	1.7
					Alimentação	8	2.0
Elementos da Zona de Contraste				Elementos da Segunda Periferia			
	Palavra evocada	f	OME		Palavra evocada	f	OME
$f < 7.5$ OME < 1.5	Exercício Físico	7	1.2	$f < 7.5$ OME ≥ 1.5	Hospital	4	1.7
					SUS	4	1.7
			Família		3	1.7	
			Cuidado		4	1.5	

FONTE: a autora, 2018

QUADRO 16: Distribuição dos elementos estruturais organizados pela Ordem Média de Evocação do termo “doença” nos acadêmicos do período “6” da IES 1.

Elementos do Provável Núcleo Central				Elementos da Primeira Periferia			
$f \geq 8.48$	Palavra	f	OME	$f \geq 8.48$	Palavra	f	OME

Elementos da Zona de Contraste				Elementos da Segunda Periferia			
	Palavra evocada	f	OME		Palavra evocada	f	OME
OME \leq 2.82	evocada			OME \geq 2.82	evocada		
	Hospital	19	2.7		Tristeza	24	3.2
	Morte	14	1.9		Remédio	18	3.1
	Mal estar	13	2.8		Medicina	9	3.9
	Sufrimento	12	2.4				
	Dor	10	2.8				
f $<$ 8.48 OME $<$ 2.82	Palavra evocada			f $<$ 8.48 OME \geq 2.82	Palavra evocada		
	Saúde	6	2.3		Tratamento	8	2.9
	Ruim	4	1.5		Desequilíbrio	7	3.0
	Incapacidade	4	1.8		Prevenção	5	3.6
	Depressão	4	2.8		Cuidado	4	3.0
	Paciente	4	2.5		Limitação	4	3.2
	Câncer	3	1.0		Comorbidade	3	4.0
			Qualidade de vida	3	4.7		

FONTE: A autora, 2018

QUADRO 17: Distribuição dos elementos estruturais organizados pela Ordem Média de Evocação do termo “doença” nos acadêmicos do período “6” da IES2.

Elementos do Provável Núcleo Central				Elementos da Primeira Periferia			
	Palavra evocada	f	OME		Palavra evocada	f	OME
f \geq 5.82 OME \leq 2.78	Tristeza	9	2.3	f \geq 5.82 OME \geq 2.78	Dor	11	2.8
	Hospital	9	2.7		Remédio	6	3.3
					Tratamento	6	2.8
Elementos da Zona de Contraste				Elementos da Segunda Periferia			
	Palavra evocada	f	OME		Palavra evocada	f	OME
f $<$ 5.82 OME $<$ 2.78	Sufrimento	5	2.6	f $<$ 5.82 OME \geq 2.78	Medicina	5	4.2
	Ruim	4	2.0		Cuidado	3	4.3
	Patologia	3	1.0				
	Depressão	3	2.3				

FONTE: A autora, 2018

QUADRO 18: Distribuição dos elementos estruturais organizados pela Ordem Média de Evocação do termo “doença” nos acadêmicos do período “6” da IES 3.

Elementos do Provável Núcleo Central				Elementos da Primeira Periferia			
	Palavra evocada	f	OME		Palavra evocada	f	OME
f \geq 5.79 OME \leq 2.8	Dor	9	1.7	f \geq 5.79 OME \geq 2.8	Remédio	16	3.0
	Tratamento	7	2.0		Morte	8	3.2
			Hospital		7	3.3	
			Medicina		6	3.3	
Elementos da Zona de Contraste				Elementos da Segunda Periferia			
	Palavra evocada	f	OME		Palavra evocada	f	OME
f $<$ 5.79 OME $<$ 2.8	Mal estar	4	2.5	f $<$ 5.79 OME \geq 2.8	Medo	4	3.5
	Saúde	4	2.5		Exame	4	3.2
	Angústia	3	2.7		Cuidado	4	4.0
	Mente	3	2.0		Cura	4	3.0
			Dificuldade		3	3.7	

		Ajuda	3	3.7
--	--	-------	---	-----

FONTE: a autora, 2018

QUADRO 19: Distribuição dos elementos estruturais organizados pela Ordem Média de Evocação do termo “doença” nos acadêmicos do período “6” da IES4.

Elementos do Provável Núcleo Central				Elementos da Primeira Periferia			
$f \geq 6.59$ OME ≤ 2.91	Palavra evocada	<i>f</i>	OME	$f \geq 6.59$ OME ≥ 2.91	Palavra evocada	<i>f</i>	OME
	Tristeza	22	2.8		Remédio	12	3.2
	Dor	7	2.4		Morte	12	3.2
Elementos da Zona de Contraste				Elementos da Segunda Periferia			
$f < 6.59$ OME < 2.91	Palavra evocada	<i>f</i>	OME	$f < 6.59$ OME ≥ 2.91	Palavra evocada	<i>f</i>	OME
	Tratamento	6	2.7		Medicina	6	3.3
	Mal estar	6	2.3		Sofrimento	5	3.0
	Cura	3	2.3		Cuidado	4	3.8
					Problema	4	3.5
					Dependência	3	3.4
					Remédio	3	3.0
					Depressão	3	3.3
					Prevenção	3	3.3

FONTE: A autora, 2018

5.1.3 Análises prototípicas do período “12”

O resultado das análises prototípicas referente as evocações geradas pelo termo indutor “Saúde” e pelo termo indutor “Doença” nos participantes do período 12, ou seja, antes de adentrarem na formação acadêmica, encontram-se respectivamente no quadro 20 e no Quadro 21.

QUADRO 20: Distribuição dos elementos estruturais organizados pela Ordem Média de Evocação do termo “saúde” nos acadêmicos do período “12”.

Elementos do Provável Núcleo Central				Elementos da Primeira Periferia			
$f \geq 9.38$ OME ≤ 2.84	Palavra evocada	<i>F</i>	OME	$f \geq 9.38$ OME ≥ 2.84	Palavra evocada	<i>f</i>	OME
	Bem estar	51	2.2		Alimentação	23	3.1
	Exercício Físico	31	2.8		Medicina	19	3.1
	Felicidade	27	2.3		Qualidade de vida	18	3.0
	Cuidado	19	2.4		Mente social	17	3.3
	Doença	17	2.4			14	3.4
Elementos da Zona de Contraste				Elementos da Segunda Periferia			
$f < 9.38$ OME < 2.84	Palavra evocada	<i>F</i>	OME	$f < 9.38$ OME ≥ 2.84	Palavra evocada	<i>f</i>	OME
	Alegria	8	2.2		Vida	9	2.9
	Bem estar biopsicossocial	6	2.7		Hospital	9	3.1

Dinheiro	6	2.7	Prevenção	9	3.0
Espiritual	5	2.8	Autonomia	8	4.2
Bem estar físico	5	1.2	Capacidade	8	3.1
Família	5	1.8	Equilíbrio	7	3.0
Direito	4	4.2	Remédio	6	3.0
Contexto	3	1.7	Corpo	4	3.2
Realização	3	3.2	SUS	4	3.8
Conforto	3	2.7	acesso	4	4.3
			Ausência de Doença	4	4.3
			Paciente	4	4.4
			Paz	4	3.2
			Atividade	4	4.3
			Lazer	4	4.8
			Longevidade	3	3.3
			Trabalho	3	4.3
			Saudável	3	3.7
			Plenitude	3	4.0
			Cura	3	4.0
			Vacina	3	4.0

FONTE: A autora, 2018

QUADRO 21: Distribuição dos elementos estruturais organizados pela Ordem Média de Evocação do termo "doença" nos acadêmicos do período "12".

Elementos do Provável Núcleo Central				Elementos da Primeira Periferia			
	Palavra evocada	F	OME		Palavra evocada	f	OME
$f \geq 8.67$ OME ≤ 2.85	Dor	40	2.7	$f \geq 8.67$ OME ≥ 2.85	Remédio	24	
	Tristeza	38	2.4		Morte	19	
	Sofrimento	33	2.4		Incapacidade	11	
	Hospital	24	2.6		Medicina	10	
	Desequilíbrio	15	2.5		Angústia	10	
	Mal Estar	10	1.8				
Elementos da Zona de Contraste				Elementos da Segunda Periferia			
	Palavra evocada	F	OME		Palavra evocada	f	OME
$f < 8.67$ OME < 2.85	Ruim	8	2.8	$f < 8.67$ OME ≥ 2.85	Cura	8	3.5
	Tratamento	8	2.8		Depressão	7	3.0
	Paciente	7	2.7		Estresse	7	3.1
	Fragilidade	6	2.7		Medo	6	3.0
	Limitação	6	2.5		Cuidado	6	3.2
	Dificuldade	5	2.6		Debilidade	6	3.5
	Saúde	5	1.6		Mente	6	3.2
	Acesso	4	2.5		Solidão	5	3.6
	Acamado	4	2.8		Ajuda	4	4.5
	Adoecimento	3	1.3		Sedentarismo	3	3.7
	Câncer	3	2.0		Trabalho	3	3.7
	Família	3	2.7		Antibiótico	3	4.3
	Alimentação	3	2.7		Infecção	3	3.3
	Problema	3	2.3		Preocupação	3	3.3
	Dependência	3	2.7		Infelicidade	3	3.3
			Hipertensão	3	3.3		
			Social	3	4.0		
			Desafio	3	3.4		
			Intervenção	3	3.3		

FONTE: A autora, 2018

Os resultados gerados pela das análises prototípicas referente as evocações geradas pelo termo indutor “Saúde” e pelo termo indutor “Doença” nos participantes do período 12 das IES 1,2 e 4 encontram-se demonstradas respectivamente no quadros 22, 23, 24 Ressalta-se que a IES 4 ainda não possui o décimo segundo período.

QUADRO 22: Distribuição dos elementos estruturais organizados pela Ordem Média de Evocação do termo “saúde” nos acadêmicos do período “12” da IES 1.

Elementos do Provável Núcleo Central				Elementos da Primeira Periferia			
	Palavra evocada	F	OME		Palavra evocada	f	OME
$f \geq 5.88$ OME ≤ 2.69	Bem estar	14	2.2	$f \geq 5.88$ OME ≥ 2.69	Mente	7	3.0
	Felicidade	13	2.2		Capacidade	6	2.8
	Exercício	9	2.5		Bem estar	6	2.7
	Físico						
Elementos da Zona de Contraste				Elementos da Segunda Periferia			
	Palavra evocada	f	OME		Palavra evocada	f	OME
$f < 5.88$ OME < 2.69	Prevenção	4	2.0	$f < 5.88$ OME ≥ 2.59	Cuidado	5	2.8
	Alimentação	4	2.2		Doença	5	3.0
					Vida	4	3.0
			Social		4	3.8	
			Alegria		4	3.7	
			Saudável		3	4.0	
			Autonomia		3	4.0	
			Acesso		3	3.3	

FONTE: A autora, 2018

QUADRO 23: Distribuição dos elementos estruturais organizados pela Ordem Média de Evocação do termo “saúde” nos acadêmicos do período “12” da IES 2.

Elementos do Provável Núcleo Central				Elementos da Primeira Periferia			
	Palavra evocada	f	OME		Palavra evocada	f	OME
$f \geq 7.89$ OME ≤ 2.96	Bem estar	20	2.8	$f \geq 7.89$ OME ≥ 2.96	Medicina	13	3.2
	Exercício	15	2.5		Alimentação	12	3.2
	Físico	13	2.9				
	Qualidade de Vida						
	Cuidado			10	2.3		
	Felicidade			9	2.4		
	Doença	8	2.5				
Elementos da Zona de Contraste				Elementos da Segunda Periferia			
	Palavra evocada	f	OME		Palavra evocada	f	OME
$f < 7.89$ OME < 2.96	Espiritual	5	2.8	$f < 7.89$ OME ≥ 2.96	Hospital	7	3.6
	Social	5	2.6		Prevenção	5	3.8

Dinheiro	4	2.8	Mente	5	3.6
Remédio	3	2.7	Equilíbrio	4	3.5
			Autonomia	4	4.2
			Lazer	4	3.8
			Sus	3	4.0

FONTE: A autora, 2018

QUADRO 24: Distribuição dos elementos estruturais organizados pela Ordem Média de Evocação do termo “saúde” nos acadêmicos do período “12” da IES 4.

Elementos do Provável Núcleo Central				Elementos da Primeira Periferia			
	Palavra evocada	f	OME		Palavra evocada	f	OME
$f \geq 5.67$ OME ≤ 2.96	Bem estar	17	1.6	$f \geq 7.89$ OME ≥ 2.96	Exercício Físico	7	3.7
					Alimentação	6	3.7
Elementos da Zona de Contraste				Elementos da Segunda Periferia			
	Palavra evocada	f	OME		Palavra evocada	f	OME
$f < 5.67$ OME < 2.96	Felicidade	5	2.6	$f < 7.89$ OME ≥ 2.96	Mente	5	3.4
	Medicina	4	2.5		Social	5	4.0
	Cuidado	4	2.5		Vida	4	2.8
	Doença	4	1.2		Qualidade de Vida	3	3.3

FONTE: A autora, 2018

QUADRO 25: Distribuição dos elementos estruturais organizados pela Ordem Média de Evocação do termo “doença” nos acadêmicos do período “12” da IES 1.

Elementos do Provável Núcleo Central				Elementos da Primeira Periferia			
	Palavra evocada	f	OME		Palavra evocada	f	OME
$f \geq 6.06$ OME ≤ 2.66	Sufrimento	14	2.0	$f \geq 6.06$ OME ≥ 2.66	Morte	9	3.0
	Tristeza	12	2.3		Incapacidade	7	3.0
	Dor	10	2.1		Remédio	7	3.3
	Desequilíbrio	7	2.4				
Elementos da Zona de Contraste				Elementos da Segunda Periferia			
	Palavra evocada	f	OME		Palavra evocada	f	OME
$f < 6.06$ OME < 2.66	Hospital	4	2.5	$f < 6.06$ OME ≥ 2.66	Angústia	5	3.2
	Ruim	3	2.3		Dificuldade	4	3.0
					Estresse	3	2.7
					Depressão	3	3.7
					Cura	3	3.3
					Medo	3	2.7
					Tratamento	3	3.7

FONTE: A autora, 2018

QUADRO 26: Distribuição dos elementos estruturais organizados pela Ordem Média de Evocação do termo “doença” nos acadêmicos do período “12” da IES 2.

Elementos do Provável Núcleo Central				Elementos da Primeira Periferia			
	Palavra evocada	f	OME		Palavra evocada	f	OME
$f \geq 6.2$ OME ≤ 2.88	Dor	20	2.8	$f \geq 6.2$ OME ≥ 2.88	Remédio	10	3.9
	Tristeza	16	2.2		Morte	7	3.1
	Hospital	10	2.4				
	Sufrimento	8	2.6				
Elementos da Zona de Contraste				Elementos da Segunda Periferia			
	Palavra evocada	f	OME		Palavra evocada	f	OME
$f < 6.2$ OME < 2.88	Paciente	5	2.6	$f < 7.6.2$ OME ≥ 2.88	Medicina	5	3.0
	Tratamento	4	2.0		Angústia	5	3.4
	Mal estar	4	2.2		Debilidade	4	3.8
	Câncer	3	3.2		Desequilíbrio	4	4.0
	Limitação	3	2.3		Estresse	4	3.5
					Fragilidade	3	3.3
			Medo		3	3.3	
			Infecção		3	3.3	
			Cura		3	3.3	

FONTE: A autora, 2018

QUADRO 27: Distribuição dos elementos estruturais organizados pela OME do termo “doença” nos acadêmicos do período “12” da IES 4.

Elementos do Provável Núcleo Central				Elementos da Primeira Periferia			
	Palavra evocada	f	OME		Palavra evocada	f	OME
$f \geq 4.83$ OME ≤ 2.90	Hospital	6	2.8	$f \geq 4.83$ OME ≥ 2.90	Dor	8	3.2
	Tristeza	5	2.8		Sufrimento	7	2.9
			Remédio		7	3.6	
			Ruim		5	3.0	
Elementos da Zona de Contraste				Elementos da Segunda Periferia			
	Palavra evocada	f	OME		Palavra evocada	f	OME
$f < 4.83$ OME < 2.90	Sufrimento	4	2.5	$f < 4.83$ OME ≥ 2.90	Hospital	3	3.7
	Mal Estar	4	1.5		Medicina	3	3.7
	Tristeza	3	2.3				
	Mente	3	2.0				

FONTE: A autora, 2018

Para organizar e facilitar a leitura e interpretação da dinâmica de aparecimento das palavras evocadas nos diferentes períodos avaliados, os dados foram sistematizados conforme demonstrado nos quadros 28 e 29.

Quadro 28: Mudanças de quadrantes das evocações geradas pelo termo indutor “Saúde”

POSIÇÃO	PALAVRAS 6	PALAVRAS 12
MANTÉM-SE:		
ELEMENTO DE PROVÁVEL NÚCLEO CENTRAL	Bem estar, cuidado e vida	Bem estar, Felicidade, Cuidado, Doença
ELEMENTO DE PROVÁVEL NÚCLEO CENTRAL (PNC)	Medicina	Medicina Alimentação Mente
PRIMEIRA PERIFERIA (1ª P)	-	Bem estar físico, direito
ZONA DE CONTRASTE (ZC)	Empatia, longevidade	Equilíbrio, paz, capacidade, cura, acesso, longevidade, ausência de doença
SEGUNDA PERIFERIA (2ª P)		
De 1ª P para PNC	Doença, Felicidade, Prevenção	Exercício físico
De 2ª P para PNC	-	-
De ZC para PNC	-	-
Não era evocado e passou para PNC	Qualidade de vida	-
De ZC para 1ª P	-	Família
De 2ª P para 1ª P	Remédio, alegria	Social
Não era evocado e passou para 1ª P	Mente e SUS	-
De 2ªP para ZC	Corpo E Família	Dinheiro, biopsicossocial, Espiritual
Não era evocado e passou para 2ª P	Ausência de Doença	Atividade, Paciente, Lazer, Trabalho, saudável, plenitude, vacina
DIMINUIÇÃO DA IMPORTÂNCIA		
De PNC para 1ª P	Alimentação, exercício físico, hospital	Qualidade de vida
De PNC para ZC	-	-
De PNC para 2ªP	-	Vida e prevenção
De 1ª P para ZC	-	Remédio Família Alegria
De 1ªP para 2ª P		Hospital, SUS
De ZC para 2ª P		Corpo
De ZC e não foi mais evocado	Responsabilidade Harmonia, importante, dedicação	Contexto, Realização, Conforto
De 2ª P e não foi mais evocado	Solidariedade, necessidade força,	tranquilidade, tratamento, educação, paciente, UBS, empatia, amor, satisfação, sono, profissão, energia, disposição, essencial, assistência, gestão, integralidade, tempo, segurança, higiene,

FONTE: A Autora, 2018

Quadro 29: Mudanças de quadrantes das evocações geradas pelo termo indutor “Doença”

POSIÇÃO	PALAVRAS 6	PALAVRAS 12
MANTÉM-SE:		
ELEMENTO DE PROVÁVEL NÚCLEO CENTRAL (PNC)	Hospital, tristeza, Dor	Hospital, Dor, Tristeza, Sofrimento, Desequilíbrio, Mal Estar
PRIMEIRA PERIFERIA (1ª P)	Medicina	Remédio, Medicina
ZONA DE CONTRASTE (ZC)	-	Paciente, Ruim, Câncer
SEGUNDA PERIFERIA (2ª P)	Ajuda	Cura, Medo, Debilidade, Ajuda, Social
AUMENTO DE IMPORTÂNCIA		
De 1ª P para PNC	Tratamento e morte	-
De 2ª P para PNC	Sofrimento, Saúde	-
De ZC para PNC	-	-
Não era evocado e passou para PNC	Mal estar,, depressão, incapacidade	-
De ZC para 1ª P	Desequilíbrio	Incapacidade
De 2ª P para 1ª P	Cuidado	-
Não era evocado e passou para 1ª P	Paciente, mente, Ruim, Câncer, Sedentarismo, Cirurgia, Reabilitação, Patologia, Força	-
De 2ªP para ZC	Angústia, Câncer	Limitação, Dificuldade, Acesso, Família, Problema, Dependência
Não era evocado e passou para ZC	-	Fragilidade, Acamado, Adoecimento, Alimentação
Não era evocado e passou para 2ª P	Medo, Família, Limitação, Cansaço, Dependência, Problema, Sono, Ansiedade, Exame, Dificuldade, Desconforto, Qualidade de vida, Vida, Empatia, UTI, Debilidade, Acesso, Social, Esperança	Estresse, Solidão, Trabalho, Antibiótico, Infecção, Preocupação, Infelicidade, Hipertensão, Desafio, Intervenção
DIMINUIÇÃO DA IMPORTÂNCIA		
De PNC para 1ª P	Remédio	Morte e incapacidade
De PNC para ZC	-	Tratamento, Saúde
De PNC para 2ªP	-	Depressão
De 1ª P para ZC	-	-
De 1ªP para 2ª P	Cura	Cuidado
De 1ª P e passou a não mais ser evocado	-	Prevenção
De ZC para 2ª P	Diagnóstico	Sedentarismo, mente
De ZC e passou a não mais ser evocado	Incapacidade, desequilíbrio	Patologia, reabilitação, cirurgia, força

FONTE: A Autora, 2018

5.2 RESULTADOS DAS ANÁLISES DE SIMILITUDE

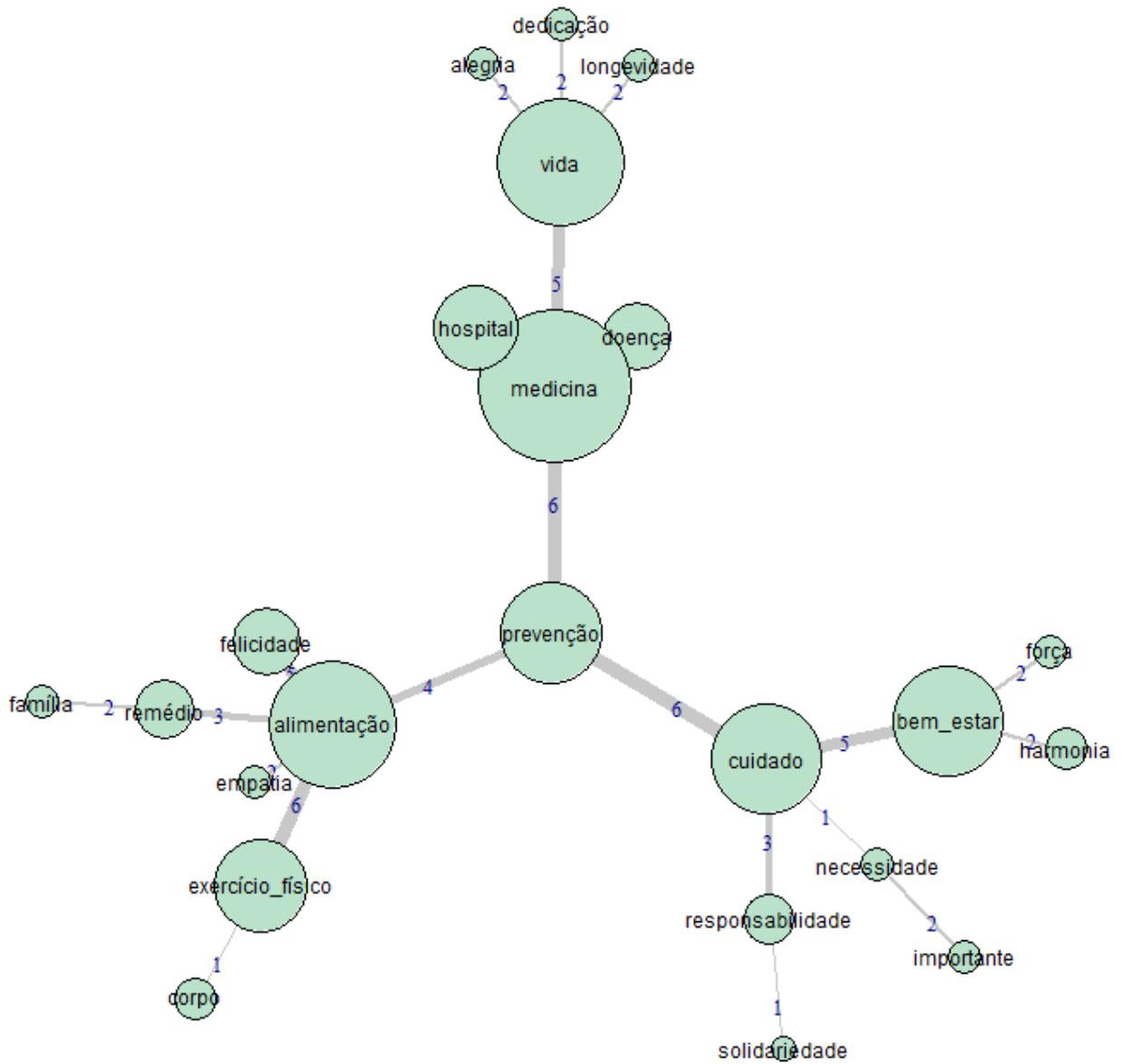
Esta seção apresenta as Árvores Máximas de Similitude entre as palavras evocadas pelos participantes da pesquisa pertencentes a cada um dos 3 períodos nos quais as informações foram geradas. O objetivo dessas informações é o de avaliar o grau de conectividade dos elementos das representações sociais.

Para a leitura da Árvore Máxima de Similitude é importante salientar que as palavras alocadas em círculos centrais na imagem e com maior tamanho são as que foram evocadas com maior frequência e que os números dispostos nas linhas que interligam os círculos se referem a quantas vezes essas palavras foram evocadas pelo menos participante de forma sequencial.

5.2.1 Análise de similitude do período “0”

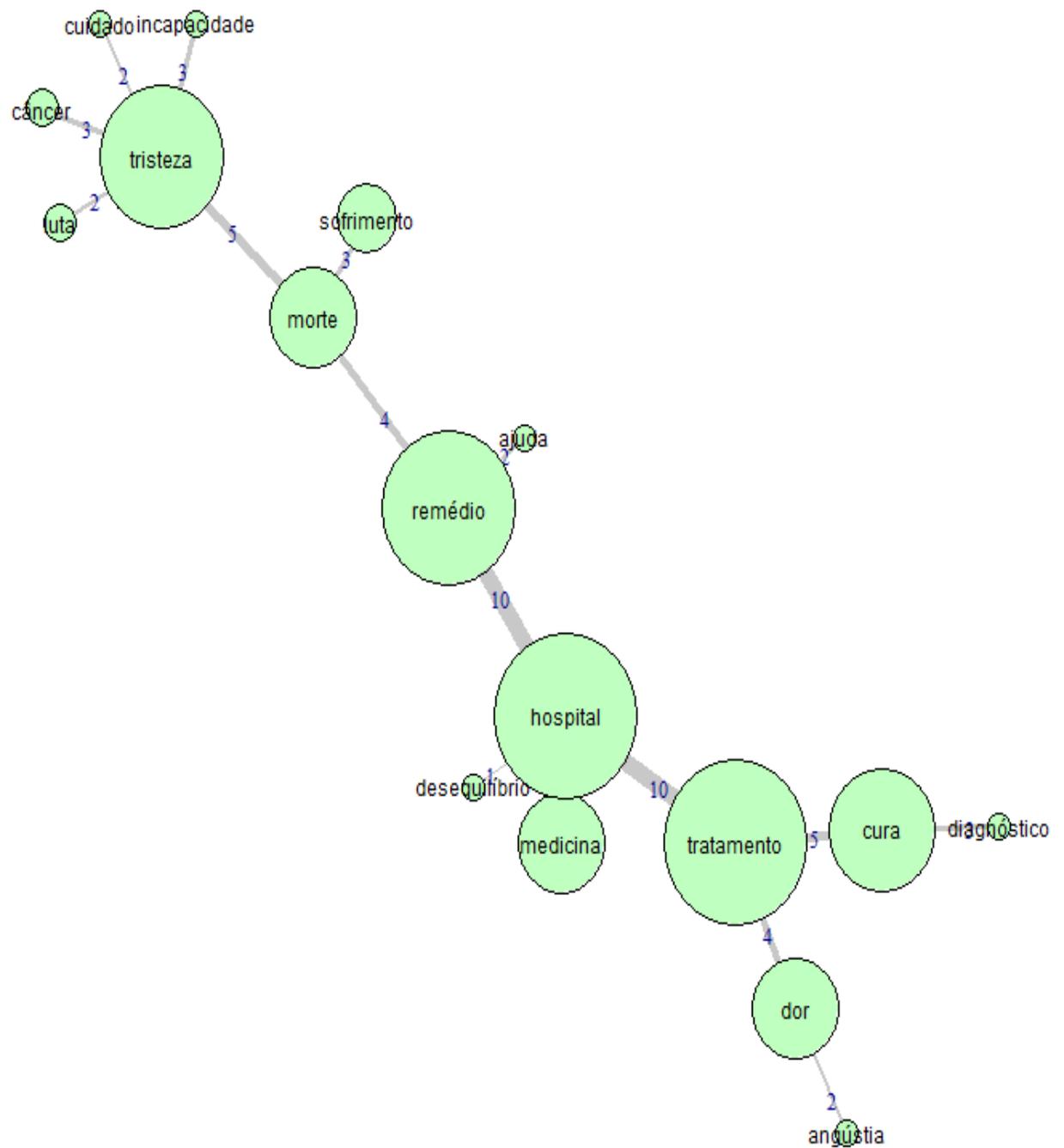
As Árvores Máximas de Similitude geradas pelo termo indutor “Saúde” e pelo termo indutor “Doença” nos participantes do período 0 estão demonstradas nas figuras 4 e 5.

Figura 4: Árvore Máxima Saúde 0



FONTE: A autora, 2018

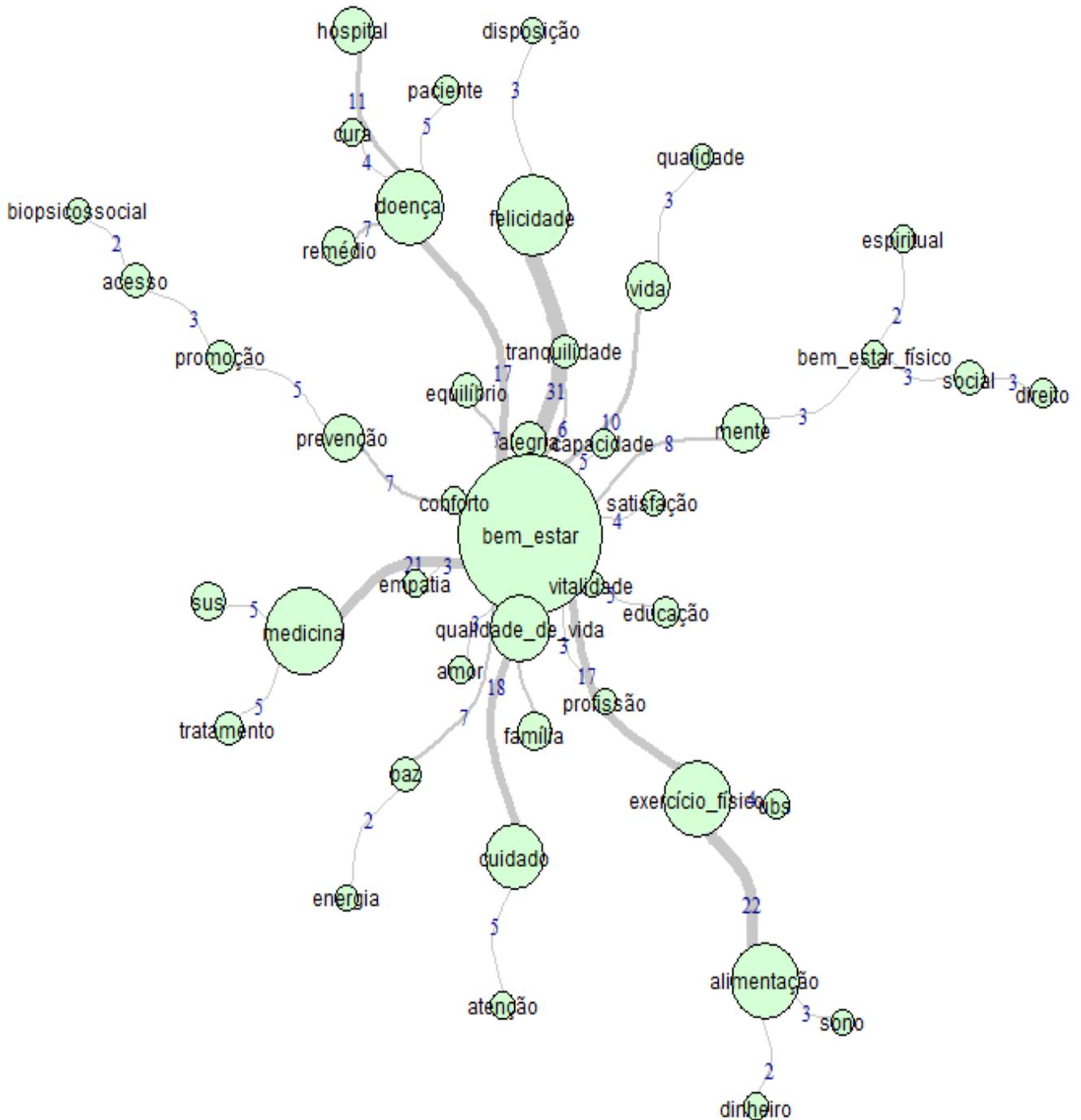
FIGURA 5: Árvore Máxima Doença 0



FONTE: A autora, 2018

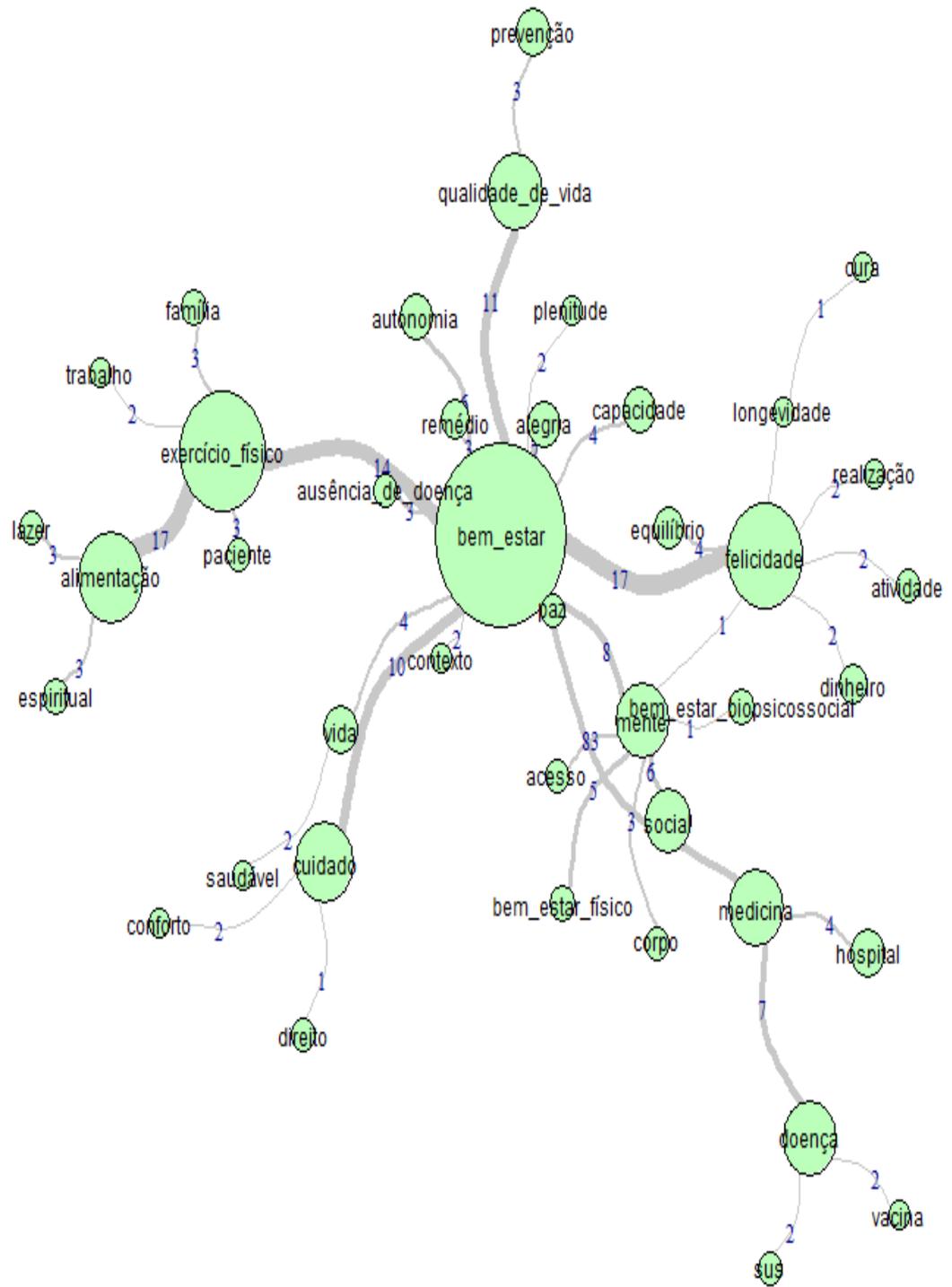
As Árvore Máximas de Similitude geradas pelo termo indutor “Saúde” e pelo termo indutor “Doença” nos participantes do sexto período estão demonstradas nas figuras 6 e 7.

Figura 6: Árvore Máxima Saúde 6



FONTE: A autora, 2018

Figura 8: Árvore Máxima Saúde 12



FONTE: A autora, 2018

5.3 NÚCLEOS TEMÁTICOS DA REPRESENTAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE E DE DOENÇA EM ACADÊMICOS DE MEDICINA

A presente seção discorre sobre a análise interpretativa dos núcleos centrais e periféricos, identificados segundo o quadro de quatro casas gerados nas análises prototípicas e das árvores máximas desenhadas a partir da análise de Similitude. Estas foram criadas por meio de do resultado das evocações feitas aos termos indutores “Saúde” e “Doença”. As palavras evocadas foram codificadas, identificaram-se as Unidades de Significação e de Registro e fez-se a sua categorização em núcleos temáticos (QUADRO 30).

Quadro 30: Representações Temáticas, Unidades de Significação e Vocábulos de saúde e de doença.

REPRESETAÇÕES TEMÁTICAS	UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO	VOCÁBULOS
Binômio Saúde-Doença	Evocação de saúde a partir do termo indutor Doença	Saúde
	Evocação de doença a partir do termo indutor Saúde	Doença, Ausência de Doença
Aspectos Subjetivos	Sentimentos, sensações e aspectos psicológicos positivos	Bem Estar, Felicidade, alegria, equilíbrio, paz, tranquilidade, satisfação, energia, disposição e plenitude
	Sentimentos, sensações e aspectos psicológicos negativos	Mal Estar, tristeza, sofrimento, dor, ruim, depressão, dificuldade, desconforto, cansaço, medo, ansiedade, solidão, fragilidade, angústia e incapacidade.
Locais de atenção à Saúde	UBS	UBS
	Hospital	Hospitais, Hospital, Hospitalização, Internação, Internamento
	UTI	UTI
	SUS	SUS
Medicina	Medicina	Medicina, Médica, Médico, Médicos, Atendimento Médico, Cuidados Médicos
Modelo ampliado de saúde	Qualidade De Vida	Qualidade de Vida
	Família	Família
	Social	Social, Sociedade, Sociologia, Vida social, Ausência de sofrimento social, Bem estar social
	Biopsicossocial	Biopsicossocial, Bem estar biopsicossocial, Bem estar físico, mental e social
	Espiritual	Bem estar espiritual, Espiritual, Alma, Deus, Fé, Meditação

	Prevenção	Prevenção
	Promoção	Promoção
Estilo de Vida	Alimentação	Alimentação, Alimentação adequada, Alimentação saudável, Alimentos, Alimentos saudáveis, Boa alimentação, Dieta, Frutas, Comer
	Exercício Físico	Exercício, Exercício físico, Exercícios, Exercitar-se, Atividade física, Esporte, Sedentarismo, Corrida
	Sono	Sono, Sono de qualidade, Sono reparador
Intervenções terapêuticas	Remédio	Remédio, Remédios, Medicação, Medicamento, Medicamentos, Farmacoterapia
	Cirurgia	Cirurgia, Cirurgias
	Reabilitação	Reabilitação
Aspectos relacionados aos desfechos da doença	Cura	Cura, Curar
	Morte	Mortalidade, morte
	Limitação	Incapacidade, Dependência, Limitação, Acamado
Aspectos inter-relacionais	Atitudinais e sentimentais	Empatia, amor, cuidado,

FONTE: A autora 2018.

Cada subseção aborda um dos núcleos temáticos. Nelas estão dispostas as informações sobre a força das evocações das palavras (as quais pertencem aos prováveis núcleos Centrais e aos periféricos), a dinâmica da evocação em diferentes períodos do curso e nas diferentes IES. Os dados são discutidos com a literatura.

5.3.1 Binômio Saúde-Doença

A palavra Saúde, evocada a partir do termo indutor Doença, aparece na segunda periferia no período “0”, no sexto período passa a compor as palavras do provável núcleo central e no décimo segundo período adentra na Zona de Contraste. Os vocábulos inseridos no processo de lematização sob o agrupador “Saúde” foram: Saúde (23 evocações), Falta de Saúde (1 evocação), Sem Saúde (1 evocação)

A palavra Doença, evocada a partir do termo indutor Saúde, aparece na primeira periferia no período “0”, no sexto período ela passa a compor as palavras do provável núcleo central e mantém-se neste quadrante também no décimo

segundo período. Os vocábulos inseridos no processo de lematização sob o agrupador “Doença” foram: Doença (60 evocações), Doenças Crônicas (uma evocação) e Doentes (uma evocação).

A expressão “Ausência de Doença”, evocada a partir do termo indutor Saúde não era evocado no período 0 e passa a compor a segunda periferia dos períodos 6 e 12. Proporcionalmente ela aparece em maior vezes no 12º período que nos demais avaliados. Os vocábulos inseridos no processo de lematização sob o agrupador “Ausência de Doença” foram: Ausência de doença (9 evocações), Falta de Doenças (uma evocação) e Sem Doença (uma evocação).

Percebe-se que a evocação das palavras agrupadas como “Doença” ou “Ausência de Doença”, a partir do termo indutor “Saúde”, se deu 73 vezes, demonstrando-se significativamente maior do que o oposto, ou seja, Saúde a partir do termo indutor Doença, que ocorreu 25 vezes. Quando comparadas essas evocações, as de Doença e Ausência de Doença a partir do termo indutor saúde são também mais frequente em todos os períodos analisados. Ou seja, ao se falar sobre Saúde, a lembrança do outro componente do Binômio (Doença), ocorreu com maior frequência que o oposto.

A percepção de saúde e de doença como estados diferentes de um mesmo processo é relatada também em um estudo sobre a representação social de saúde e de doença realizado com idosos frequentadores de uma unidade de saúde no Sul do Brasil. Os participantes expressam a ideia de saúde e de doença como dois estados diferentes, porém não-separados, mas parte de um mesmo processo da vida. A saúde e a doença não são dois extremos, mas um continuum em que as diferenças seriam percebidas numa escala de intensidade. Em determinados momentos, se teria mais saúde e menos doença ou vice-versa. O autor interpreta que este aspecto revela a noção de um pensamento orgânico sobre a saúde e a doença (ANDRADE, 2003).

Bagrichevsky (2011) propõe em seu artigo um debate conceitual sobre saúde e doença a partir da análise de duas obras de referência da Saúde Coletiva, “A doença” de Giovanni Berlinguer (1988) e “O que é saúde?” de Naomar de Almeida-Filho (2011). O autor conclui que a despeito do título das duas produções conceituais aparentarem um suposto antagonismo etimológico e, apesar do grande período de tempo que separa suas respectivas publicações ambas as obras convergem na ideia de que Saúde e Doença são termos que inevitavelmente, um

leva ao outro. E justifica essa afirmativa por ambas as acepções serem “igualmente implicadas no processo vital humano, seja na esfera biológica, seja na dimensão sociocultural; concreta ou subjetiva; de natureza coletiva ou individual.” Nessa perspectiva o autor também reitera outra interface em comum entre os dois livros: eles rejeitam pensar saúde e doença como fenômenos em separado, distantes de um a processualidade imbricada na vida, apartados do contexto cotidiano das pessoas.

5.3.1.1 Enfoque na Doença e Modelo Biomédico

O aumento da evocação do Binômio Saúde-Doença, após os acadêmicos adentrarem no curso de medicina, tanto no sexto quanto décimo segundo períodos, pode se relacionar ao fato de este ser o tema central de estudo advindo da formação acadêmica, e, naturalmente, estas palavras passam a fazer parte do seu cotidiano. Por outro lado, nota-se que se sobressai dentre as evocações a palavra doença, o que pode se relacionar ao enfoque dado na formação médica com abordagem às doenças, em detrimento a promoção da saúde.

Entre muitas atribuições que uma sociedade, de uma época a outra, atribui a medicina e aos médicos (tratar, consolar, iludir, controlar, prevenir, educar etc.), existe uma específica que sempre reencontramos: combater as doenças. Mudam as formas de organização, os métodos científicos, os instrumentos para atingir o objetivo. Não o fim. Ainda assim, tudo se complica quando se procura definir o que é doença, que é portanto, a natureza do fenômeno que se quer controlar (BERLINGUER 1988, p 47).

O enfoque biomédico dentro da Educação Médica tem como um de seus pilares a priorização do estudo da doença, do seu processo de diagnóstico e de cura, em detrimento da sua prevenção e da promoção da saúde. Outro ponto relevante sobre a priorização da doença é que o método clínico baseado em modelo biomédico – surgido no início do século 19 e que alcançou hegemonia durante o século 20, conferiu grande poder ao médico e tornou o diagnóstico da doença preponderante sobre o cuidado ao doente que padece da doença em questão. Uma das consequências desse enfoque é que, conforme demonstrado por Lind (2000, p. 28), há uma regressão do desenvolvimento da competência para julgamento moral dos estudantes de medicina em comparação a estudantes de outros vários cursos. O autor atribuiu esse achado ao fato de as escolas médicas ensinarem habilidades

técnicas e científicas e não valorizarem os aspectos éticos e humanos, sendo esse um problema mundial e antigo.

Na análise de conteúdo das informações geradas pela pergunta sobre a causalidade do adoecimento 6,5% das respostas tinham cunho puramente biomédico. Algumas destas respostas demonstravam a visão de que o corpo humano é uma máquina e o enfoque ao organicismo, como: “funcionamento inadequado do corpo humano” (P27, 2018), “transtorno orgânico imenso” (P241, 2018), “alteração estrutural, funcional ou fisiológica do organismo transitória ou permanente (P278, 2018). outros demonstraram a culpabilização individual pelo adoecimento: “falta de vontade” (P294, 2018); e outros a causalidade do adoecimento sendo “a doença” (P270, 2018) ou a “falta de saúde” (P299, 2018) ou a “deterioração da saúde” (P58, 2018)

A partir do sexto período surgiram novas unidade de significação com características biomédicas, as quais estão relacionadas a aprendizados que os acadêmicos obtiveram durante o curso universitário e que passam a ser discriminados nas respostas sobre a causalidade do adoecer: Fisiologia e Agentes Infeciosos.

A fisiologia foi citada por 8 participantes da pesquisa (P62, P158, P162, P208, P220, P242, P271, P278) como “fisiológico” ou correlatos e por 3 participantes (P57, P218, P251) como fisiopatológico. Três acadêmicos a colocaram como essa sendo a única causa do adoecimento: P158 (2018) “desequilíbrios fisiológicos”, P242(2018) “alteração da fisiologia” e P251(2018) “processos fisiopatológicos”. Entretanto, normalmente ela apareceu correlacionada a demais fatores que a influenciam para que ela seja a causa final do adoecimento, como por exemplo, na resposta do acadêmico P162 (2018) que descreve a causalidade como “disfunção fisiológica que pode ocorrer por fatores intrínsecos e extrínsecos”. A Fisiologia também apareceu como sendo um dentre outros fatores causadores do adoecimento, como o exposto pelo acadêmico P271 (2018) “fatores ambientais, sociais, comportamentais, fisiológicos, predisposição a riscos”. Um dos acadêmicos do décimo segundo período reforça a ideia de que a fisiologia não é o único fator causal do adoecimento, ao expor em sua resposta que “a fisiologia não é capaz de explicar a causa de todas as doenças. Elas não vêm só do corpo, da genética, surgem do isolamento social, do desinteresse do próximo, dos conflitos familiares, da falta de oportunidade para que possam colocar comida na mesa” (P294, 2018).

Na categoria Agentes Infecciosos foram citados microrganismos (P91; P190; P194; P226; 2018), infecções (P103; P172; 2018), parasitas, bactérias, fungos (P105; P196; 2018), patógenos (P164; P184, 2018) agente infectante (P201, 2018) e agentes etiológicos (P106, 2018).

Dentro do mesmo contexto ressalta-se que nos sexto e décimo segundo períodos, aspectos relacionados a genética continuam aparecendo com frequência semelhante ao encontrado no período 0, entretanto, começa a surgir termos mais específicos ao aprendizado tido no curso superior como “erros inatos” (P 106, 2018).

5.3.1.2 Saúde como ausência de Doença

A expressão “ausência de doença” pode tanto se relacionar à lembrança pelos acadêmicos do conceito ampliado de saúde da OMS, que descreve em sua definição de saúde que esta não é apenas a ausência de doença, mas sim uma situação de perfeito bem-estar físico, mental e social, quanto a percepção destes de que sim, a saúde é ausência de Doença (modelo biomédico).

5.3.2 Subjetividade do Adoecimento

Os resultados do presente estudo apontam a saúde relacionada a aspectos de positividade, demonstrada por meio de evocações como: bem-estar, felicidade, alegria, equilíbrio, paz, tranquilidade, satisfação, energia, disposição e plenitude. Assim como, de forma antagônica a palavra doença foi relacionada a aspectos negativos como mal-estar, tristeza, sofrimento, dor, ruim, depressão, dificuldade, desconforto, cansaço, medo, ansiedade, solidão, fragilidade, angústia e incapacidade.

A percentagem de alunos que abordou aspectos psicológicos em suas respostas sobre a causalidade do adoecimento variou entre 40% no período 0, 50% no sexto período e 53% no décimo segundo período, ou seja, nota-se um aumento progressivo de aspectos psicológicos nas respostas dos acadêmicos após a entrada no curso. Não houve diferença significativa entre as IES participantes da pesquisa e entre os períodos pesquisados

Apesar de, os aspectos subjetivos terem sido abordados como causalidade do adoecimento juntamente com outros aspectos, dentro do contexto da multicausalidade, alguns acadêmicos o colocaram de forma central no processo de adoecimento: “Quando a pessoa se entrega a um problema de saúde/ emocional e perde a esperança/força” (P2, 2018); “estado emocional e mental debilitados” (P6, 2018); e a como “O pensamento negativo” (P325, 2018); “Principalmente o fator psicológico” (P317, 2018). Algumas respostas abordaram o estado emocional como sendo o ocasionador de distúrbios orgânicos de forma direta: “O adoecimento é a somatização do nosso estado emocional que reflete no sistema imunológico no nosso corpo, na nossa organização orgânica. Todo o conjunto tem que estar bem para que não haja adoecimento” (P205, 2018).

Alguns acadêmicos também fizeram referência ao modo de vida gerador de stress e conseqüente sofrimento psicológico como causalidade do adoecimento: “O adoecimento tem muitas esferas. Desde o adoecimento psicológico provocado pela pressão em cumprir metas, horários e sempre ter a obrigação de ser bom naquilo que se faz...” (P219, 2018).

A resposta sobre a causalidade do adoecimento ocorrer devido ao “Excesso de sentimentos” (P11, 2018), insere a reflexão sobre os frutos de uma sociedade que inferioriza os sentimentos, os quais por sua vez, por si só seriam as causas do adoecimento. Este modelo de pensamento em contrapartida, hipervaloriza os aspectos racionais da mentalidade humana. A racionalidade tem como uma de suas premissas o uso de informações e conhecimentos, preferencialmente aqueles embasados cientificamente. A “falta de racionalidade” como causalidade principal do adoecimento pode ser observada em respostas como: “A falta de informação. Desinteresse” (P4, 2018); “o distanciamento do conhecimento científico da população em geral...” (P51, 2018); “inconsciência ou ignorância sobre os fatores prejudiciais ao indivíduo...” (P66, 2018).

Acerca da falta de conscientização do paciente quanto à sua situação de saúde, os acadêmicos apresentaram respostas que tanto culpabilizam o paciente por essa situação, conforme explicitado na resposta do acadêmico P302 na qual a causalidade do adoecimento se dá por pessoa “: não mudar suas atitudes, não entender que tem a doença”; quanto a sociedade, como pode ser observado na resposta do acadêmico P 274 (2018) que discorre que “A falta da compreensão dos

pacientes das suas condições como um todo que por vezes é uma falha de saúde pública da escolaridade que limita as condições do paciente”.

A correlação entre a Saúde como algo positivo e a doença como negativo é frequente na literatura. Estudos qualitativos, com diferentes abordagens demonstram resultados semelhantes, nas diferentes faixa etárias, indo desde adolescentes, como por exemplo no estudo de Bulgareli (2017) sobre a compreensão dos sentidos atribuídos ao processo saúde e doença num grupo focal de adolescentes, jovens universitários, como no estudo realizado por Nogueira (2009) nos cursos de fisioterapia e educação física e de adultos, como nos trabalhos de Guimarães et al. (2005), Oliveira, et al. (2005) e idosos no trabalho de Rotta (2009).

Será detalhado em subseções específicas a correlação com a literatura e a interpretação dos dados acerca das palavras associadas a aspectos subjetivos e que estavam presentes no quadrante do Provável núcleo Central de saúde de doença. Essas foram: Bem-estar quando relacionado à saúde e Sofrimento e Dor relacionados a doença.

5.3.2.1 Saúde como bem-estar

A palavra “Bem-estar” está contida no provável núcleo central de todos os quadros resultantes da análise prototípica gerada pelo termo indutor “saúde”. Nota-se, todavia, que no 6º e 12º períodos ela toma uma força maior em todas as IES investigadas.

A representação Social de saúde como bem-estar nos remete ao conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde (1948), no qual a saúde é definida como completo bem-estar físico, mental e social (OMS, 1948).

No estudo de Grossi (2012), sobre as Representações Sociais de saúde e doença de adultos num município rural de Mato Grosso do Sul, foi percebido nas falas de alguns participantes da pesquisa o conceito de saúde relacionado a bem-estar. E também um estudo realizado com professores do ensino fundamental de Jequié, Bahia, por Guimarães et al. (2005), mostrou que 71,5% dos entrevistados consideram saúde como bem-estar.

A palavra “bem estar” também esteve presente no quadrante do provável núcleo central, na análise de evocações a termo indutor Saúde de 418 adultos de São Paulo, em estudo realizado por Oliveira et al (2000). E Nogueira (2009)

investigou a Representação Social de Saúde e de Doença em acadêmicos dos cursos de Fisioterapia e de Educação Física de uma Universidade em Campo Grande- MS e, nas respostas de acadêmicos de ambos os cursos encontrou referências à palavra “Bem estar” quando estes foram questionados sobre “Para você, o que é saúde?”. A autora salienta que os resultados desta pesquisa mostraram que grande parte dos participantes se remeteu à definição estática de saúde como bem estar, e que o fato dos participantes não utilizarem uma definição de saúde formulada por eles mesmos, evidencia que não pensam em saúde como um processo em contínua mudança, mas apenas utilizam e reproduzem termos aprendidos durante a graduação. Este resultado é semelhante ao obtido na pesquisa de Grynszpan (1999), na qual, em 30% dos relatos aparecia a definição estática de saúde como bem-estar.

As concepções de saúde apresentadas pelos participantes do estudo realizado por Stanga e Rezer (2015), o qual investigou a compreensão das concepções de saúde que orientam o trabalho dos professores articuladores inseridos no Pró-Saúde, se mostraram fortemente vinculadas à noção de bem-estar e às referências da OMS, da Carta de Ottawa e outras cartas de promoção da saúde, da Constituição Federal Brasileira e das políticas implementadas pelo Ministério da Saúde. Nessa direção, os autores concluíram que elas têm influenciado significativamente o discurso docente nesse campo do conhecimento e que isso tem proporcionado a referência conceitual central para o desenvolvimento das intervenções nos diferentes espaços da formação inicial, o que se põe como um avanço dentro do objetivo de ampliação da visão sobre as concepções de saúde. Entretanto, notaram também que os discursos dispunham de discussões rasas sobre o tema e que diante da sua complexidade é necessário aprofundamento.

5.3.2.2 Doença como Sofrimento e Dor

O termo indutor doença frequentemente é associado a palavras que denotam os aspectos negativos do adoecimento, já demonstrado em vários estudos de representação social de doença em adultos, como os de Oliveira et al (2000) e Silva (2009) e em universitários de Educação Física e Fisioterapia por Nogueira (2009). No presente estudo a doença esteve fortemente relacionada à palavra “sofrimento” nas evocações de todos os períodos avaliados pelo estudo. Berlinguer (1988) em

sua obra *A doença*, escreve um capítulo sobre *A doença como sofrimento*. O autor pontua que a forma de apresentação das doenças no ser humano são descritas como “manifestações patológicas” e o radical *Páthos* é derivado do grego e significa sofrimento.

Entretanto, ele também enfatiza que o sofrimento nem sempre é uma dor. E a dor, no presente estudo é outro dos prováveis núcleos centrais da representação social de doença para os acadêmicos pertencentes a todos os períodos pesquisados. Essa vinculação da doença com a dor, traduz a percepção geral da população de que o adoecimento produz uma sensação dolorosa na pessoa que padece. Essa percepção é influenciada pelo perfil epidemiológico mundial que perdurou milênios, aonde havia a predominância de doenças agudas e infectocontagiosas e essas, habitualmente, geram estímulos dolorosos. Contudo, atualmente as consequências da transição demográfica e epidemiológica ocorridas nas últimas décadas geraram um incremento relativo das condições crônicas. O Brasil apresenta hoje uma situação de saúde de tripla carga de doenças, manifestada na convivência de doenças infecciosas, parasitárias e problemas de saúde reprodutiva, causas externas e doenças crônica (MENDES, 2011, p.1).

As doenças crônicas de maior prevalência, como o Diabetes e a Hipertensão Arterial Sistêmica, frequentemente não por si só causam dor ao paciente, e essa característica dificulta tanto o seu diagnóstico como o tratamento. Berlinguer (1988, p. 38) ainda relata que “diabetes, por exemplos, não é doloroso, mas limita a funcionalidade do organismo e impõe obrigações terapêuticas que criam obstáculos à vida cotidiana”, ou seja, gera um sofrimento na pessoa afetada pela doença, mas este não é necessariamente um “sofrimento doloroso”.

O autor também assinala a existência de doenças, como a Síndrome de Down, nas quais a pessoa afetada não parece menos feliz do que as que não a possuem, mas a sua família ou a sociedade podem sofrer para mantê-los e assisti-los com gastos e assistência social. Ainda sobre as dimensões do sofrimento que podem ser gerados pela doença ele aborda sofrimento social de estar doente, com sua consequente perda de papel social e possível marginalização.

5.3.3 Locais de atenção à Saúde

Dentre os locais de atenção à saúde das redes de atenção, estiveram presentes nas citações provenientes das evocações a partir dos termos indutores Saúde e Doença as palavras: Hospital, UBS (Unidade Básica de Saúde), UTI (Unidade de Terapia Intensiva) e UPA (Unidade de Pronto Atendimento), SUS (Sistema Único da Saúde).

5.3.3.1 Saúde e Doença no Modelo Hospitalocêntrico

A palavra Hospital compôs o Provável Núcleo Central de “Saúde” para os acadêmicos antes de eles entrarem no curso (período 0), a primeira periferia no sexto período, sendo que nas IES1, 2 e 4 esteve na 2ª periferia, e na IES 3 não esteve presente no quadro da análise prototípica. No 12º período compôs a segunda periferia, e esteve no quadro da análise prototípica apenas da IES 2 (QUADRO 23).

Ao termo indutor doença, a palavra Hospital compôs o Provável Núcleo Central de todos os períodos e de todas as instituições, exceto no período 6 da IES 3, o qual esteve na primeira periferia desta e no período 12 da IES2, o qual esteve na zona de contraste deste (QUADRO 31).

QUADRO 31: Alocação da palavra “hospital” após análise prototípica das palavras evocadas pós indução pelos Termos “saúde” ou “doença” de acordo com o período e a IES dos participantes

Período		Saúde	Doença
0	-	Provável Núcleo Central	Provável Núcleo Central
6	Geral	Primeira Periferia	Provável Núcleo Central
	IES 1	Segunda Periferia	Provável Núcleo Central
	IES 2	Segunda Periferia	Provável Núcleo Central
	IES 3	Não foi evocada	Primeira Periferia
	IES4	Segunda Periferia	Provável Núcleo Central
12	Geral	Segunda Periferia	Provável Núcleo Central
	IES 1	Não foi evocada	Provável Núcleo Central
	IES 2	Segunda Periferia	Zona de Contraste
	IES 3	Não possui 12º. Período	Não possui 12º. Período
	IES4	Não foi evocada	Provável Núcleo Central

Fonte: A autora, 2018.

A palavra Hospital, dentre todos os locais que prestam atendimentos relacionados à saúde e à doença, foi a evocada com maior frequência pelos acadêmicos de Medicina, desde antes de adentrarem ao curso até o último período deste.

Conforme consta nos parágrafos VI e VII do Art. 29 das DCN de Medicina de 2014 estrutura do Curso de Graduação em Medicina deve:

VI - inserir o aluno nas redes de serviços de saúde, consideradas como espaço de aprendizagem, desde as séries iniciais e ao longo do curso de Graduação de Medicina, a partir do conceito ampliado de saúde, considerando que todos os cenários que produzem saúde são ambientes relevantes de aprendizagem; VII - utilizar diferentes cenários de ensino-aprendizagem, em especial as unidades de saúde dos três níveis de atenção pertencentes ao SUS, permitindo ao aluno conhecer e vivenciar as políticas de saúde em situações variadas de vida, de organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional. (BRASIL, DCN, 2014, p.3).

Essas diretrizes propõem uma estruturação do curso de Medicina que visa a mudança do Hospitalocentrismo na formação médica, para a sua integração a rede de atenção à saúde, com seus vários pontos formadores.

A força de evocação da palavra Hospital foi menor no sexto período do que nos demais analisados. Até essa etapa do curso, o contato dos estudantes com o Hospital é pequeno e eles começam a conhecer outros pontos da rede de atenção, como as Unidades Básicas de Saúde (UBS). Observa-se que a UBS passa a ser parte da composição da segunda periferia das evocações e em duas das respostas sobre a causalidade do adoecimento de acadêmicos do sexto período faz referência a APS (Atenção Primária da Saúde), a qual tem a UBS como seu principal local de atenção: “falta de prevenção, informação e APS” (P68, 2018); “atendimento falho na APS, carência de campanhas de prevenção e promoção, sistema de saúde pouco eficiente, foco na doença e não no adoecer” (P149, 2018).

A medida que o contato com as UBS diminui e com o Hospital aumenta, principalmente após a entrada dos acadêmicos no internato, a UBS passa a não ser mais evocada ou citada nas respostas.

Três acadêmicos do 6º período evocaram a palavra UTI (Unidade de Terapia Intensiva) e um deles as Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Salienta-se que nenhum acadêmico evocou pontos da rede de atenção à Saúde, relacionados à

Saúde Mental como CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), Hospital Psiquiátrico, etc., ou intersetoriais, como CRAS, Escolas, creches, etc.

Não se observou diferença entre essas evocações nas instituições que possuem inserção na comunidade e nas Unidades Básicas de Saúde de forma mais precoce no curso (IES 2, 3, 4). Todas as instituições analisadas, em sua estrutura curricular estão de acordo com as diretrizes do curso de medicina de 2014 que propõem que no mínimo 30% da carga horária dos internatos seja desenvolvida na Atenção Primária a Saúde e nos serviços de urgência e emergência do SUS (BRASIL, DCN, 2014).

Entretanto, pela leitura dos dados gerados no presente estudo, essa inserção na APS e nos serviços de urgência e emergência não demonstrou, até o momento, ter efeito positivo em sedimentar a relevância na representação social de saúde e de doença desses pontos de atenção à saúde, uma vez que a sua evocação já não é mais presente após o 6º período do curso.

De forma progressiva e mais evidente no 12º período surge uma divisão entre a frequência da evocação da palavra Hospital sob termo indutor “saúde” e sob termo indutor “doença” e essa passa a se relacionar mais fortemente a doença e não mais a saúde.

Pela interpretação das árvores de similitude da evocação da palavra saúde (FIGURAS 4; 6; 8), nota-se que a palavra Hospital nos períodos 0 e 12 se relacionavam à Medicina e que no sexto período sucedia ou se inter-relacionava a evocação das palavras “doença”, “cura”, “paciente” e “remédio”, ou seja, aspectos relacionados a perda de saúde e não à manutenção dessa.

Nas árvores máximas das análises de similitude geradas a partir da evocação da palavra Doença (FIGURAS 5;7;9) a palavra Hospital está relacionada com Medicina no período 0, com os demais componentes do provável núcleo central no período 6, que são remédio, tristeza e morte e que no período 12 passa a ser novamente relacionada à Medicina, mas também a doenças e meios de tratamento: câncer, adoecimento, acamado, antibiótico, remédio. Entretanto, não relacionaram os cuidados de promoção a saúde a nenhum local da rede de atenção. Esses dados corroboram com a interrelação no o enfoque dado a doença, seus meios diagnósticos e terapêuticos e suas repercussões dentro do Hospital.

A IES 3, a única dentre as instituições pesquisadas, que formatou seu currículo a partir do PBL e prioriza suas atividades a partir de metodologias ativas

demonstrou menor percentual e força de evocação da palavra hospital no sexto período, entretanto, como essa instituição ainda não possui 12º período não foi possível a observação da manutenção dessa tendência até o final da sua formação.

Segundo Branch (2000 p.503-504), o excesso de treinamento biológico e a necessidade do estudante de se agregar à equipe médica dos hospitais, nem sempre ética, seriam fatores responsáveis pela formação de profissionais distantes e frios. O modelo centrado em aspectos apenas biomédicos tenderia a inibir o crescimento moral do estudante de Medicina, comprometendo sua capacidade de sentir empatia e compaixão, e a boa prática clínica não existe separada de comportamentos éticos e profissionais, que dependem de maturidade moral.

5.3.3.2 Saúde e Doença no SUS

Optou-se por inserir o SUS na Representação Temática “Locais de Atenção à Saúde”, por fazer este um contraponto ao Modelo Hospitalocêntrico, uma vez que seu Modelo Organizacional se dá em Redes de Atenção a Saúde, na qual estão inseridos vários pontos de atenção a saúde.

O Sistema Único de Saúde brasileiro, o SUS, não aparece nas evocações a partir de ambos os termos indutores nos acadêmicos do período 0, ou seja, dos que não iniciaram o curso de Medicina. Após o início do curso ele aparece nas evocações a partir do termo indutor “Saúde”, na 1ª periferia do 6º período do curso, sendo que nas análises prototípicas das IES 1 e 4 ela está na segunda periferia, da IES 2 ela não foi evocada, e na IES 3 ela aparece na zona de contraste. No 12º período ele foi evocado por 4 acadêmicos, sendo 3 deles da IES2. Quanto à análise de similitude, no sexto período ela apareceu conectada a palavra “Medicina” e no 12º período a palavra doença.

A ausência de evocações do SUS pelos acadêmicos do período 0 pode se dar em decorrência do fenômeno de elitização da medicina que propicia que a entrada de acadêmicos no curso, seja usualmente de pessoas com poder aquisitivo elevado nos cursos e conseqüentemente a maioria deles não é dependentes exclusivamente do SUS para o seu cuidado de saúde, mas sim dos atendimentos realizados pela saúde suplementar (RISTOFF, 2014). Outro fato que pode ser colocado em pauta é o de que, apesar de o SUS ter a universalidade de acesso

como um dos seus princípios, ou seja, 100% da população brasileira ter direito a ele, o conhecimento desta informa pela própria população, por sua vez, é insatisfatório.

A maior frequência de aparição do SUS nas evocações do sexto período demonstra uma maior aproximação dos acadêmicos ao estudo teórico e/ou vivência prática com o assunto durante essa época de sua formação do que quando comparado aos acadêmicos do décimo segundo período. Apesar de o SUS permear todos os níveis de atenção à saúde, assim como toda a rede de atenção à saúde, é notória a maior correlação deste ao contato que os acadêmicos têm com Atenção Primária a Saúde, com as matérias de saúde coletiva, saúde da família, estágios e projetos de extensão na comunidade. E estes são mais frequentes durante esse período da formação. O perfil atual do egresso do curso de Medicina é um Médico

“Crítico do SUS e defensor de uma visão liberal e autônoma da profissão [...] com pouco conhecimento e nenhum compromisso com a organização do Sistema Único de Saúde, sendo este um fator político e ideológico que tem acompanhado a educação médica, afastando-a também dos estudos de saúde coletiva, prevenção e promoção de saúde” (AMORETTI, 2005, p.140).

Nas respostas sobre a causalidade do adoecimento, salienta-se a dificuldades de acesso ao sistema de saúde como um fator causador do adoecimento, observada pelo P51 (2018) que escreveu que a causalidade do adoecimento deve-se ao “distanciamento do conhecimento científico da população em geral, dificuldades do sistema de saúde em questões estruturais e em números de profissionais qualificados no geral, a população desconhece o serviço que lhe são oferecidos, não compreende a sua dinâmica, se conhece desacredita”.

5.3.4 Saúde e Doença como Medicina

As palavras lematizadas e agrupadas sob a representação da palavra medicina (Medicina, Médica, Médico, Médicos, Atendimento Médico, Cuidados Médicos) foram evocadas 83 vezes ao termo indutor “Saúde” e 46 ao termo indutor “Doença”. Nos quadros gerados pelas análises prototípicas, esteve presente na primeira periferia de todos os períodos tanto nos realizados a partir do termo indutor “Saúde”, quanto termo indutor “Doença”.

Por um lado, isto pode-se dever a esta ser a profissão escolhida pelos sujeitos da pesquisa, e por outro lado, isso pode corroborar com o paradigma biomédico vigente, o qual tem como uma de suas características o medicalocentrismo. Apoiando esta segunda afirmação, a análise de similitude demonstrou uma interligação entre Medicina e palavras relacionadas ao paradigma

biomédico como Doença, Hospital, Tratamento, Vacina e Remédio, conforme pode ser observado no Quadro 32. No sexto e no décimo segundo períodos a Medicina correlacionou-se com o SUS.

QUADRO 32: Palavras correlacionadas a evocação de “Medicina” a partir da análise de similitude

Período	Saúde	Doença
0	Hospital, Doença	Hospital
6	SUS, tratamento	Remédio
12	Hospital, Doença, Vacina e SUS	Hospital

FONTE: A autora, 2019.

Corroborando com o Medicalocentrismo, evidenciou-se também que apenas dois participantes evocaram uma profissão de saúde além da Medicina: a Enfermagem. Ambos estavam no período 0, ou seja, antes de entrarem no curso e essa evocação sucedeu imediatamente à da palavra médico.

Grossi (2012) analisou as Representações Sociais de saúde doença de adultos num município rural de Mato Grosso do Sul e evidenciou nas falas de alguns participantes da pesquisa a valorização do profissional Médico como o responsável pela recuperação da saúde. Estes referiram o médico como o profissional mais importante para a resolução de problemas de saúde.

Apenas 3 acadêmicas, estas pertencentes ao período 0, relacionaram a Medicina à causalidade do adoecimento. A acadêmica P29 (2018) citou “A falta de acompanhamento médico e consciência de precauções adequadas”, e duas acadêmicas refletiram sobre a importância da integralidade do atendimento médico e do olhar humano do médico frente ao paciente. Em suas palavras

... Assim como li no livro - Médico de Homens e De Almas, em que as vezes apenas uma conversa pode ser o suficiente para que um doente volte à vida. Diante disso, não se pode deixar a essência da Medicina antiga, para a Medicina capitalista, de mercado, a qual visa apenas lucro. Os Médicos devem tratar a alma do enfermo, que se encontra adoecida pelos problemas familiares, portanto, talvez um bom dia dado, pode mudar a vida de um paciente (P47, 2018).

O adoecimento, na minha opinião, não está necessariamente ligado somente a uma causa externa. Pode ser esse o caso, contudo geralmente essa causa externa é a propulsora de um adoecimento interno, mental na maioria. Isso é comprovado na prática por médicos que deixaram de analisar somente uma área do corpo, e passaram a tratar o paciente como um todo. Esse tipo de análise crítica ainda, infelizmente, não é empregada em sua plenitude no ocidente. Entretanto, aqueles que não o aplicam se

deparam com uma frustração no processo de cura do paciente, pois sem um trabalho mental, também, as doenças são recorrentes. Todavia não necessariamente na mesma área corporal, assim o médico que não avalia o todo as trata independentemente sem efeito (P49, 2018).

No estudo de Oliveira et al. (2001) sobre as representações sociais do processo saúde-doença de 418 adultos residentes em dois municípios de São Paulo, realizado a partir da técnica de evocação de palavras, a palavra “médico” estava descrita na primeira periferia do termo indutor saúde e na segunda periferia do termo indutor “Doença”. Não foi observado a evocação de outras profissões.

Rotta (2009) em sua pesquisa sobre as Representações Sociais de saúde doença em idosos em Campo Grande Mato Grosso do Sul também observou que o modelo biomédico de cuidado estava presente nas respostas dos participantes do estudo quando os estes remeteram aos cuidados médicos quando questionados quanto ao cuidado a saúde.

Amoretti (2005) em um artigo de opinião a Revista Brasileira de Educação Médica aborda a questão da educação médica no contexto das necessidades sociais de formação de recursos humanos para a organização do Sistema Único de Saúde e neste discorre sobre os pontos negativos ou faltantes na educação médica. Ressalta a existência de uma pequena compreensão da importância do trabalho em equipe multiprofissional, com integração de conhecimentos interdisciplinares, para uma assistência focada na pessoa e em suas necessidades. Relacionado à vigência social do medicalocentrismo e ao papel e valor social do médico, o autor também cita a atual perda de prestígio social do médico decorrente do isolamento corporativista, ele passou a ser o alvo quase exclusivo de ações de responsabilização por erro.

5.3.5 Modelo Ampliado de Saúde

Considera-se como Modelo Ampliado da Saúde, aquele que não limita a saúde apenas à ausência de doença, considerando aspectos mais amplos dentro da sua causalidade, conforme foi descrito na sessão 2.1 da presente dissertação, que aborda o desenvolvimento do sentido de saúde e de doença.

De acordo com o descrito no o Capítulo III, Artigo 23 das DCN (2014) para o Curso de Graduação em Medicina, os conteúdos fundamentais a serem abordados

na educação médica devem se pautar no Modelo Ampliado de Saúde, ao abarcar a “compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença”, assim como devem ser capacitados, conforme exposto no Capítulo I, Artigo 3º:

[...]para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença (DCN, 2014, p.01).

As palavras classificadas dentro da área temática Modelo Ampliado de Saúde foram: qualidade de vida, família, social, biopsicossocial, espiritual, promoção e prevenção. Pelas definições do Modelo ampliado, caberiam dentro deste núcleo temático, portanto, os núcleos temáticos intitulados na presente dissertação como estilo de vida e como aspectos subjetivos do adoecimento. Entretanto, pela força que as evocações tiveram nesses e por possuírem dentre suas palavras evocadas prováveis núcleos centrais de representação, optou-se por alocá-los separadamente,

5.3.5.1 Social e Biopsicossocial: relação com “saúde e doença”

Sob o Termo indutor “Saúde”, a palavra social não era evocada no período 0, compôs a zona de contraste no sexto período, sendo citado apenas na IES2 e passa a compor a primeira periferia do período doze de todas as IES que possuem esse período. Ela não aparece evocada sob o termo indutor Doença.

Quando induzida a evocação pelo termo “Saúde”, a palavra biopsicossocial não era evocada no período 0, aparece na segunda periferia no sexto período e passa a compor a primeira periferia no décimo segundo período a partir de evocações provenientes apenas de acadêmicos que estudam na IES1.

Comparativamente, entre as IES participantes da pesquisa, a causalidade biopsicossocial teve maior frequência nas respostas dos acadêmicos tanto do sexto quanto do décimo segundo períodos da IES1. Na IES 2, no sexto período, os acadêmicos não citaram a palavra Biopsicossocial como causalidade do adoecimento, entretanto, ela passou a ser referida com maior frequência no décimo

segundo período (24% dos acadêmicos). E, a palavra Biopsicossocial foi pouco citada na IES4.

A IES 1 é a única dentre as IES pesquisadas que possui a inserção dos alunos na comunidade de forma mais tardia, no 5º período da formação, período no qual também, se intensificam as aulas teóricas e práticas sobre o sentido e a causalidade do processo saúde e doença e sobre o sistema de saúde brasileiro.

Os alunos das demais IES possuem esse conteúdo desde o primeiro período do curso, e no 6º período entram em matérias mais específicas dentro do conteúdo da Saúde Coletiva ou da Saúde da família, como o atendimento individual na UBS e o Método Clínico Centrado na pessoa na IES 4, atendimentos a linhas programáticas (saúde da mulher, da criança, etc.) na IES 2, e gestão clínica e abordagem familiar na IES 3.

Desta forma, a diferença encontrada pode-se dever ao contato mais intenso dos alunos da IES 1 no 6º período com matérias que levam a esse tipo de reflexão, enquanto nas demais IES este já tenha sido esquecido, uma vez que este conteúdo foi abordado formalmente nos primeiros períodos do curso. Questiona-se então, se, essa aproximação com o sentido da saúde e da doença e da sua causalidade no 6º período faria com que a ampliação da visão da causalidade do adoecimento para biopsicossocial seja mais efetiva e duradora.

Todavia, percebe-se que na IES2, a causalidade biopsicossocial, que não foi citada pelos acadêmicos que cursavam o 6º período foi citada em 24% das respostas dos acadêmicos do 12º, sugerindo que eles tiveram uma reaproximação com esse conteúdo em períodos que sucedam o 6º, e que esta reaproximação reintroduziu o biopsicossocial na representação social desses acadêmicos;

Percebe-se que as palavras “Social e “Biopsicossocial” não está na representação de idosos, adultos e de jovens sobre Saúde e Doença, uma vez que essa palavra ou demais correlatas não foram encontradas nas palavras evocadas e na resposta sobre a causalidade do adoecimento nessa população (acadêmicos do período 0) no presente estudo e tampouco em outros buscados durante a revisão da literatura. Por sua, vez, sob influência da formação médica, à medida que o acadêmico caminha pelo curso essa representação fica progressivamente mais sedimentada.

No comparativo entre os períodos de formação e a citação dos aspectos sociais relacionados à causalidade do adoecimento nota-se que apenas 10% dos

alunos do período zero colocaram-nos em suas respostas. Essa porcentagem aumentou para 35% no sexto período e para 53% no décimo segundo período. E, quando avaliadas separadamente as IES participantes do estudo, a IES1 teve menção em mais de 60% das respostas dos acadêmicos do 6º e do 12º períodos aos aspectos sociais. Na IES 2 ocorreu processo parecido com o descrito na expressão biopsicossocial e nos aspectos sociais teve 18,4% das respostas no sexto período e um aumento para 54% no décimo segundo período. Na IES 3 esteve em 34% das respostas do sexto período. Os acadêmicos da IES4 referiram aspectos sociais em 26% das respostas no 6º. período e foi a que teve menor menção no décimo segundo período, com 22% das respostas. Desta forma, os acadêmicos que estão cursando medicina na IES pública desde o sexto período já abordaram em suas respostas o olhar social frente à causalidade do adoecimento, na instituição filantrópica uma diferença significativa só ocorreu no décimo segundo período e na IES particular o número de respostas que abordaram este aspecto foi consideravelmente inferior às demais.

Quanto ao conteúdo das respostas dos aspectos sociais, nota-se que a maioria dos acadêmicos o insere, junto ao contexto de multicausalidade, seja por estar inserido dentro da explicação do modelo Biopsicossocial, ou citando os fatores determinantes sociais, como alimentação, emprego, saneamento básico, acesso aos serviços de saúde. Nas respostas do sexto período aparecem novas unidade de significação como: economia, política, educacional, sistema de saúde, cultura e marginalização. Atenta-se a, que aspectos econômicos e sociais passam a estar contidos frequentemente nas mesmas respostas. Desta forma, pondera-se que os acadêmicos desses períodos aprofundam a reflexão durante a sua formação sobre os determinantes sociais, uma vez que eles passam a ser citados e explicados em suas respostas.

Um dos acadêmicos fez referência à causalidade do adoecimento sendo “Qualquer fator que influencie na saúde pessoal e afete a maneira em que o indivíduo se manifesta na sociedade” (P18, 2018), ou seja, a interferência que o adoecimento tem na sociedade.

A determinação social, ou seja, a influência da organização social na saúde do indivíduo, segundo os conceitos da reforma sanitária latina, foram raramente observados nas respostas dos participantes da pesquisa, mas podem ser exemplificadas a partir das duas respostas a seguir:

São muitas as causas do adoecimento humano, entre elas estão: a determinação social, o modo de vida não saudável do século XXI, a alimentação, a falta de importância com a saúde, o isolamento social, a falta de políticas públicas eficientes e muitos outros motivos que contribuem para o adoecimento físico e mental do ser humano (P19, 2018).

No geral é a falta de medidas preventivas que o Estado deve proporcionar (P26, 2018).

Resumidamente, os aspectos sociais interligados com a causalidade do adoecimento ganham força no sexto período formação médica, isso ocorreu principalmente na IES1 (pública, método tradicional, inserção na comunidade no 4º período). Conforme explicitado acima, as respostas dos acadêmicos remetem ao conceito de determinantes sociais mais frequentemente do que ao de determinação social. Isso ocorre uma vez que o primeiro prioriza a identificação de variáveis sociais mensuráveis sobre uma compreensão descritiva e densa dos contextos de saúde, enquanto o segundo possui uma perspectiva que considera o campo mais amplo na qual se produzem os processos saúde doença e busca uma compreensão que estabeleça mediações entre a realidade fragmentada e a totalidade social (ROCHA; DAVID 2015).

A evocação das palavras social e biopsicossocial e o seu aparecimento como causalidade do adoecimento remetem à possibilidade de ampliação do modelo paradigmático de compreensão da saúde e da doença. Todavia, reitera-se a ideia exposta na subseção 5.2.2 do presente capítulo de que, a evocação dos termos relacionados ao social e ao biopsicossocial pode-se dever a uma reprodução de conceitos aprendidos em sua formação, mas não necessariamente a uma compreensão ou aprofundamento sobre o seu significado. O que reforça essa possibilidade são as repostas provenientes da pergunta aberta sobre a causalidade do adoecer: nestas, foram também mais frequentes a citação desses termos no sexto e em especial no décimo segundo período, entretanto, eles não utilizaram formulações geradas por eles mesmos e tampouco explicaram ou exemplificaram a sua referência. Exemplifica-se por meio das seguintes falas: “O conjunto de fatores de risco físicos, ambientais e sociais” (P311, 2018); “desequilíbrio biopsicossocial” (P288, 2018); “biopsicossociais” (P284, 2018); “fatores biológico, sociais e psicológicos” (P286, 2018); “fatores biopsicossociais” (P287, 2018).

Uma possível consequência dessa forma de concepção durante a formação acadêmica pode ser observada em um estudo realizado por Câmara et al. (2010), que objetivava conhecer as representações sociais do processo saúde-doença dos profissionais de uma unidade de saúde que funciona no modelo de Estratégia Saúde da Família em Belo Horizonte- MG. Os autores constataram que, apesar dos participantes da pesquisa terem a informação sobre o conceito ampliado de saúde, eles ainda percebem a saúde como o oposto de doença e ainda trabalham com esse enfoque, assim como o modelo assistencial e o processo de trabalho ainda estão estruturados focalizando a doença, e todas as ações estão centradas no seu enfrentamento. Reforçando essa constatação que decorre das respostas dos participantes

O processo saúde-doença, ainda hoje, está intimamente relacionado ao processo fisiopatológico em si, devido à frequente presença da doença em relação com a manifestação de mal-estar físico. Além disso, a análise conjunta dos dois conceitos, saúde-doença, permite afirmar que, embora o conceito ampliado da OMS para saúde seja bastante divulgado e reproduzido nas falas, ele não é de todo compreendido, pois os profissionais da saúde entrevistados revelaram, em suas respostas, que não conseguem perceber a saúde em toda a sua dimensão. (CÂMARA et al. 2010, p.46).

Entretanto, salienta-se que apesar de as palavras “Social e Biopsicossocial” não estarem presentes em outros estudos sobre as representações sociais, aspectos relacionados à dimensão social, como condições de moradia e de trabalho, desigualdades sociais e convivência social foram encontrados.

5.3.5.2 Família na saúde e na doença

Sob a evocação do termo indutor “Saúde”, a palavra Família compôs a 2ª periferia do período 0 e manteve-se nestas no 6º período nas instituições 1, 3 e 4. Não foi evocada na IES 2. Sob o termo indutor “Doença” a palavra família não foi evocada no período 0. Passou a ser evocada na segunda periferia no sexto período e na zona de contraste no décimo segundo período. Percebe-se, dessa forma, que a palavra família compõe o núcleo periférico das representações sociais em todos os períodos pesquisados.

Aspectos familiares relacionados a causalidade do adoecimento foram citados com maior frequência pelos acadêmicos do décimo segundo período do que pelos

do período zero e seis. No total 14 acadêmicos a referenciaram e destes, quatro (20,5%) citaram aspectos biomédicos relacionados ao tema através da menção da hereditariedade do adoecimento, através das respostas que continham os termos “predisposições familiares” (P216, 218), “heranças familiares” (P221, 2018) ou “história familiar” (P234 e P324, 2018).

Os demais acadêmicos referenciaram aspectos próprios do relacionamento e da dinâmica familiar, através de expressões como “contexto familiar” (P70; P77; P168; P315, 2018), “abandono familiar” (P88, 2018), “falta de apoio familiar” (P325, 2018), e também as famílias como sistemas inter-relacionados ao contexto sócio cultural que estão inseridas, como observado na resposta da P231 (2018) que refere a relação entre a causalidade do adoecimento “às condições de educação, cultura, financeiras, as quais estão submetidas as famílias, o que influenciam seus laços e relacionamentos, seus hábitos, seu acesso a serviços de saúde”

A acadêmica P47 (2018), aborda a relação entre a pessoa que padece e a sua família como fator promotor ou protetador do adoecimento, isso pode ser visto quando expõe a sua crença de que

o adoecimento está muito relacionado à maneira como a pessoa enferma, durante anos veio sendo tratada psicologicamente na família, além disso, como ela se sente na família. [...] Médicos devem tratar a alma do enfermo, que se encontra adoecida pelos problemas familiares, portanto, talvez um bom dia dado, pode mudar a vida de um paciente.

Para adultos e adolescentes, a família é a principal fonte de informação sobre cuidados em saúde, mas para os idosos, os profissionais de saúde assumem essa função. Entretanto, a família assume um papel central, na informação, incentivo ao autocuidado masculino, adoção de comportamentos preventivos e abandono de comportamentos de risco

A família tem papel central na compreensão do processo saúde- doença, pois ela tanto pode ser um fator causal quanto pode padecer por conta do adoecimento de um dos seus membros, ou seja, ela influencia e é influenciada pelo adoecer. Optou-se por alocar a palavra família na subseção do Modelo Ampliado de Saúde partindo-se do pressuposto de que a família constitui-se como o primeiro grupo de mediação entre o sujeito e a sociedade, é o local em que se transmite os valores, costumes e normas de uma cultura, e onde se estabelecem relações afetivas que serão reproduzidas nos contextos sociais em que seus integrantes estiverem

inseridos (FERÉS-CARNEIRO, 2010). A família, é o primeiro espaço de impacto e também de cuidados relacionados à saúde, uma vez que no próprio imaginário social esta função é atribuída para este grupo (HELMAN, 2009).

A ideia de família como corpo social é reforçada por Nitschke(199, p.25):

O indivíduo possui características como ter um corpo biológico, singular (que, por sua vez, tem uma estrutura ósseo-muscular e funções...); tem elementos psicológicos e uma espiritualidade, interagindo num meio que tem uma cultura, onde está a família e a sociedade. A família, por sua vez, também caracteriza-se por ser um corpo, mas um corpo social, ou seja, uma rede de interações que pode assumir diferentes formas; que possui objetivos e toma decisões enquanto grupo; tem uma estrutura de funcionamento interno, constituída por posições e papéis, possuindo várias atribuições, dentre elas, inclusive cuidado de saúde de seus membros.

Partindo-se do pressuposto de que a família é o primeiro grupo de mediação entre a pessoa e os estímulos sociais, o aparecimento desta palavra no sistema periférico de representação das palavras saúde e doença é por si justificado, a partir da própria denotação do sistema periférico, que por sua vez, permite a integração das experiências e histórias individuais; suporta a heterogeneidade do grupo, as contradições e é evolutivo e sensível ao contexto imediato. Sintetizando, suas funções consistem, em termos cotidianos, na adaptação à realidade concreta e na diferenciação do conteúdo da representação e, em termos históricos, na proteção do sistema central (HELMAN, 2009).

Em um estudo sobre a compreensão dos sentidos atribuídos ao processo saúde e doença num grupo focal de adolescentes, na perspectiva fenomenológica, os participantes do estudo apresentaram a intersubjetividade ao seu redor, em especial as relações familiares conflituosas ou harmônicas, como sendo influenciadores da saúde e da doença (BULGARELI, 2017). Nesta mesma faixa etária, Cromack et. al (2006) encontrou a palavra família na Zona de Contraste das evocações geradas pelo Termo indutor Saúde. E nos adultos pesquisados por Oliveira et al. (2012), apareceu na segunda periferia. Sendo a faixa etária dos acadêmicos pesquisados a de adolescentes e adultos, nota-se não haver uma diferença no padrão de evocação entre os que estão estudando no curso de medicina e os que não estão.

5.3.5.3 Saúde como qualidade de vida

A “Qualidade de vida” (QV), não mostrou fazer parte das evocações dos participantes da pesquisa no período 0, ou seja, aqueles que ainda não adentraram o curso de Medicina. No 6º período integra o provável núcleo central a partir do termo indutor “Saúde”. Entretanto, isso não ocorreu de maneira uniforme nas 4 IES analisadas: Nas IES 1 e 3 ela aparece como provável núcleo central, na IES 2 como Área de contraste e na IES 4 não está alocada em nenhum quadrante. Essa evocação tem sua importância diminuída no 12º. Período, quando passa a integrar a primeira periferia da análise geral e não aparece mais nas evocações da IES 1. Em contrapartida passa a compor o provável núcleo central da IES 2 e aparece na segunda periferia da IES 4 (QUADRO 33).

QUADRO 33: Alocação da expressão “Qualidade de vida” após análise prototípica das palavras evocadas pós indução pelos Termos “Saúde” ou de acordo com o período e a IES dos participantes

Período	IES	Saúde
0	-	Não foi evocada
6	Geral	Provável Núcleo Central
	IES 1	Provável Núcleo Central
	IES 2	Área de contraste
	IES 3	Provável Núcleo Central
	IES4	Não foi evocada
12	Geral	Primeira Periferia
	IES 1	Não foi evocada
	IES 2	Provável Núcleo Central
	IES 3	Não possui 12º. Período
	IES4	Segunda Periferia

Fonte: A autora (2018)

Sob o termo indutor “Doença”, a expressão qualidade de vida aparece na 2ª periferia do 6º período geral e do específico da IES1 apenas.

A qualidade de vida foi citada por 16 acadêmicos nas respostas sobre a causalidade do adoecimento. Alguns acadêmicos citaram que a falta de qualidade de vida é a responsável pelo adoecimento, entretanto, na maioria das respostas ela não foi abordada como a causalidade do adoecimento em si, mas sim como o adoecimento interferindo nela, como por exemplo, no exposto pelo acadêmico P277

(2018) que refere a causalidade do adoecimento como “um processo de perda de algum parâmetro físico, mental, social, espiritual que leva a um prejuízo na qualidade de vida.”

Essa expressão também foi observada como resultado de representação social de saúde em outros estudos, como o realizado por Nogueira, 2009, com acadêmicos dos cursos de Fisioterapia e de Educação Física de uma Universidade em Campo Grande- MS e, aonde a qualidade de vida foi encontrada nas respostas de 4 acadêmicos do curso de educação física quando estes foram questionados sobre “Para você, o que é saúde?”. E também em adultos frequentadores de academias nesta mesma cidade (SILVA,2009).

Qualidade de vida é uma noção eminentemente humana e abrange muitos significados que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades. Tais significados refletem o momento histórico, a classe social e a cultura a que pertencem os indivíduos (MINAYO, HARTZ & BUSS, 2000).

O contato dos participantes do estudo com a expressão qualidade de vida pode ter se dado no viver cotidiano a partir de informações advindas da mídia, como propagandas políticas, de bens de consumo e de hábitos tidos atualmente em seu meio social como promotores de qualidade de vida. Assim como, pelo estudo de seus indicadores, na formação formal do primeiro e segundo grau, como, por exemplo o índice de desenvolvimento humano. Entretanto, se isso ocorreu, até o ingressar dos acadêmicos no curso, essa expressão não fazia parte das suas representações sobre a saúde e a doença.

Na formação médica o contato com esse termo pode se dar nas discussões relacionadas a ciências sociais, antropologia, psicologia e bioética. Na Bioética, por exemplo, no conceito de autonomia, entende-se que “qualidade de vida” seja algo intrínseco, só possível de ser avaliado pelo próprio sujeito (SEGRE, 1997).

No campo da saúde, o discurso da relação entre saúde e QV existe desde o nascimento da medicina social. A expressão “Qualidade de vida ligada à saúde”, tradução da expressão inglesa *Healthrelated Quality of Life*, tem sido utilizada para ser distinguida da QV, em seu significado mais geral. No contexto da área clínica o interesse tem sido, geralmente, naqueles aspectos da QV que são ou estão sendo influenciados pela ocorrência ou tratamento de doenças ou traumas (FAYERS, 2000).

Apesar de não haver definição consensual, existe razoável concordância entre os pesquisadores acerca do constructo QV, cujas características são: subjetividade, multidimensionalidade e bipolaridade. O grupo de estudos sobre qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde define QV como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Nessa definição, incluem seis domínios principais: saúde física, estado psicológico, níveis de independência, relacionamento social, características ambientais e padrão espiritual (MINAYO, HARTZ & BUSS, 2000).

As diferenças encontradas entre as instituições podem se dever ao quanto esse termo está sendo inserido no conteúdo teórico e prático sobre a conceituação de saúde, o papel do médico e a influência deste na qualidade de vida dos pacientes. E pode-se entender que a sua presença nas evocações traz uma maior aproximação dos acadêmicos ao conceito ampliado de saúde. Entretanto, vale ressaltar uma preocupação proposta por Briani (2001), o qual questiona se os novos currículos têm realmente ocasionado mudanças na educação médica no sentido de formar profissionais comprometidos com a concepção ideológica de saúde como qualidade de vida. Segundo a autora, a manutenção do ingresso nas faculdades de Medicina por meio de vestibulares que exigem apenas disciplinas de conteúdo científico, com discriminação de conteúdos relacionados a humanidade, os quais são imprescindíveis para uma profissão que lida diretamente com vidas humanas, a integração apenas em teoria de conteúdo, com justaposição de enfoques de cada professor, mesmo para as áreas tradicionais do conhecimento médico, e a ausência ou a marginalidade de disciplinas de caráter humanístico seriam evidências de que a medicina parece ainda não estar aberta à mudança de paradigma que é necessária para que se mude realmente o ensino médico e o profissional formado.

Minayo, Haertz e Buss (2000), iniciam a introdução do seu artigo de debate sobre qualidade de vida com a assertiva de que hoje se tornou lugar-comum, no âmbito do setor saúde a aplicação da frase: saúde não é doença, saúde é qualidade de vida. Entretanto, os autores mostram uma preocupação relevante de que

Por mais correta que esteja, tal afirmativa costuma ser vazia de significado e, frequentemente, revela a dificuldade que temos, como profissionais da área, de encontrar algum sentido teórico e epistemológico fora do marco referencial do sistema médico que, sem dúvida, domina a reflexão e a prática do campo da saúde pública. Dizer, portanto, que o conceito de

saúde tem relações ou deve estar mais próximo da noção de qualidade de vida, que saúde não é mera ausência de doença, já é um bom começo, porque manifesta o mal-estar com o reducionismo biomédico. Porém, pouco acrescenta à reflexão. (MINAYO, HARTZ & BUSS, 2000, p.16).

Saúde e qualidade de vida frequentemente são utilizados como termos equivalentes, entretanto, conceitualmente cada uma delas possui especificidades. Para Minayo, Hartz & Buss (2000), são claras as evidências científicas da correlação entre a saúde e a melhor qualidade de vida de indivíduos ou populações, assim como de outros componentes da qualidade de vida interferindo na saúde. Eles também complementam que além de acesso a serviços médico-assistenciais de qualidade, é também preciso enfrentar os determinantes da saúde em toda a sua amplitude, o que requer políticas públicas coerentes, uma efetiva articulação intersetorial do poder público e a mobilização da população.

Vale pontuar também que a própria “Qualidade de Vida dos estudantes de Medicina” tem sido uma das preocupações dentro das discussões sobre a Educação Médica, sendo essa uma possível forma também de aproximação entre os acadêmicos de medicina e essa expressão.

5.3.5.3 Espiritualidade, Saúde e Doença

A palavra espiritual esteve presente na segunda periferia do sexto período e na zona de contraste do décimo segundo período nas evocações geradas pelo termo indutor “Saúde”. No processo de lematização, o agrupador “espiritual” contemplava as palavras ou expressões: Bem estar espiritual, Espiritual, Alma, Deus, Fé, Meditação.

Apenas 5 participantes da pesquisa a citaram aspectos relacionados a espiritualidade em suas repostas e não houve predomínio de IES ou de período específicos. Em todas as respostas nas quais a espiritualidade esteve presente, esta foi exposta como uma das variáveis dentro de um conjunto de fatores que ocasionam o adoecimento, como descrito na resposta do P174 (2018) para o qual a causalidade do adoecimento é “multifatorial, desarranjo de tudo que nos torna humanos: psíquico, emocional, espiritual, biológico, social, cultural”, e na resposta do P212 (2018) que relaciona a causalidade do adoecimento a “Transgressão dos hábitos de vida saudável são eles: Dormir inadequadamente, nutrição balanceada,

luz solar, beber água, respirar ar puro, exercício físico, temperança e confiança em Deus.”

As IES pesquisadas, no momento da coleta de informações, não dispunham de disciplinas ou módulos específicos para o aprendizado sobre a espiritualidade e esta também não era abordada de forma longitudinal durante o curso, mas sim em momentos pontuais de disciplinas específicas vinculadas a Saúde Coletiva, Saúde da Família, Bioética ou a Cuidados Paliativos.

A espiritualidade como dimensão humana não está separada daquilo que é inerente à vida do ser humano. Como ela se refere a um amplo domínio da subjetividade humana a sua conceituação é laboriosa pois ela é variável de acordo com a época histórica, a cultura e as crenças. De forma geral, ela reflete os valores e ideais das pessoas, assim como o senso de quem são, as suas crenças, o significado, o valor e o propósito de suas vidas junto à conexão que elas estabelecem com os outros e com o mundo em que vivem.

Essa dimensão espiritual da vida humana vem encontrando espaços crescentes nas melhores comunidades acadêmicas, estima-se que atualmente sejam publicados em média 7 artigos por dia sobre o tema (BRAGHETTA, 2017). Essa introdução é fruto de progressiva quebra de vários paradigmas referentes ao papel do médico e da escola médica. Entretanto, a inclusão da espiritualidade nos currículos médicos nacionais é incipiente e praticada pela minoria das universidades. Em um levantamento com 47,4% das escolas médicas brasileiras, apenas 10,4% dos cursos de graduação dispõem de disciplinas dedicadas ao ensino de espiritualidade e saúde (LUCHETTI, 2012).

O contato dos acadêmicos desde o primeiro ano do curso com estímulos que levem à compreensão dessa dimensão auxilia na formação médica preconizada pelas diretrizes do MEC: Humanista, reflexiva e crítica (REGGINATO et al., 2016); otimiza a compreensão da integralidade do cuidado médico e promove atitudes empáticas e de compaixão.

Em 1999, a Organização Mundial da Saúde propôs incluir o âmbito espiritual no conceito ampliado de saúde: “Saúde é um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental e espiritual e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (WHO, 1999)

Quando correlacionados esses dados com a literatura, nota-se que nas pesquisas realizadas especificamente com jovens e adolescentes essa dimensão

não foi abordada pelos participantes. Todavia, na pesquisa realizada por Nogueira (2009), sobre a investigação da Representação Social de Saúde e de Doença em acadêmicos dos cursos de Fisioterapia e de Educação Física de uma Universidade em Campo Grande- MS, nas respostas de acadêmicos de ambos os cursos encontraram-se referências a espiritualidade tanto na conceituação de saúde quanto de doença. O mesmo pôde ser observado nas repostas sobre a representação de saúde para idosos (ROTTA 2009).

Em outras faixas etárias evidencia-se que na análise das evocações geradas pelo termo indutor saúde e também no de doença, em adultos em São Paulo, o estado espiritual aparece com uma categoria minoritária. Este estudo inferiu que a saúde, para os participantes, foi definida como um estado temporário, dado como prêmio pela força da fé de cada sujeito, do mesmo modo que a doença se apresenta como expressão de uma forma de castigo de um deus mau, que premia os crentes com a saúde e pune os descrentes com a doença. Assim, a saúde apareceria como uma dádiva e não como um estado a ser cultivado, da mesma forma que doença assumiria um caráter de externalidade. A causalidade é sempre externa e mística.

5.3.6 Estilo de Vida como promotor de saúde e preventivo de doença

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2004) o Estilo de Vida é o conjunto de hábitos e costumes que são influenciados, modificados, encorajados ou inibidos pelo prolongado processo de socialização. Esses hábitos e costumes incluem o uso de substâncias tais como o álcool, fumo, chá ou café, hábitos de sono, dietéticos e de exercício. Eles têm importantes implicações para a saúde e são frequentemente objeto de investigações epidemiológica. No núcleo temático “Estilo de Vida” foram incluídos os agrupadores prevenção, promoção, alimentação, exercício físico e sono. Os demais aspectos citados na definição acima não foram encontrados nas evocações geradas pelos termos indutores Saúde e Doença.

5.3.6.1 Promoção de Saúde e Prevenção de Doenças

Ao termo indutor “Saúde” a palavra “promoção” aparece apenas na zona de contraste do sexto período, com 9 evocações, sendo que 4 delas partiram da IES 1.

Pela árvore máxima gerada pela análise de similitude observa-se que ela tendência a ser evocado após a palavra prevenção.

A expressão “promoção a saúde” não é costumeiramente difundida na população, em geral, não tendo sido encontrado o seu uso em estudos de sujeitos não pertencentes a área de saúde.

Promover a não é apenas promover a ausência de doença, mas sim um conceito mais amplo que deve estar fundamentado numa perspectiva de melhoria das condições de vida da população, direcionando o indivíduo, a família ou a comunidade para a autonomia, a tomada de decisão, transformando comportamentos e favorecendo a saúde e o bem-estar da humanidade (CZERESNIA, 2013).

A partir do termo indutor Saúde a palavra prevenção ocupa a primeira periferia no período 0, o provável núcleo central no sexto período e a segunda periferia no décimo segundo período. Sob o termo indutor doença ela não é evocada nos períodos 0 e 12, ocupa a segunda periferia nos períodos 6. A palavra cura ocupa a 2ª periferia sob o termo indutor Saúde nos períodos 6 e 1e e a reabilitação aparece apenas na Zona de contraste sob a indução do termo doença, no 6º período.

Nota-se desta forma, que no sexto período a prevenção de doença apareceu de forma mais frequente que nos demais períodos, momento este que o tema da integralidade do cuidado é mais abordado durante a formação nas IES da pesquisa.

Segundo Fontes (1995), apesar de muito debatida e de ser tema central de muitos estudos, a prevenção, na prática, pouco acontece. Dentro do modelo de organização social capitalista, o vigente na maioria dos países ocidentais, a prevenção de doenças e a promoção de saúde vem sendo abordadas de acordo com a lógica de mercado. O seja, o Bem-estar físico, psíquico e social pode ser obtido a partir de produtos da indústria de alimentos (dietéticos, baixo teor de sódio, de gorduras, etc.), de exercício físico (complementos, suplementos alimentares etc.) e da indústria farmacêutica (vitaminas, medicações preventivas, etc.). A saúde no mundo ocidental passa a ser vista como mercadoria e reproduz o modo de produção capitalista, tornando-se um bem de consumo. As medidas de cunho sociais que promovem saúde ou previnem doenças como as academias ao ar livre, espaços de lazer, saneamento básico, mobilidade urbana, condições de trabalho e de estudo, por exemplos, não entram no foco da mídia.

5.3.6.2 Alimentação, Exercício Físico e Sono

Dentre as evocações geradas pelo termo indutor “Saúde” a palavra Alimentação aparece no provável núcleo central do período 0 e na primeira periferia do 6º e do 12º períodos. Nas IES 1 e 4 ele compôs a primeira periferia no 6º período, e nas IES 2 e 3 a segunda periferia. No 12º período na IES 1 esteve alocado na zona de contraste e na 2 e 4 na primeira periferia. Nas evocações geradas pelo termo indutor “Doença” ela compôs o a Zona de Contraste do período 12, apenas. Nas árvores máximas geradas pela análise de similitude observa-se que as palavra alimentação estão interligadas entre si e também com outras relacionadas a componentes do estilo e hábitos de vida como: exercício físico, sono, lazer

Em relação as evocações geradas pelo termo indutor “Saúde” o “Exercício Físico” aparece no provável núcleo central dos períodos 0 e 12 e na primeira periferia do 6º período. Nas IES 1, 2 e 3 ele compôs a primeira periferia no 6º período e na IES 4 a Zona de contraste. No 12º período na IES 1 e 2 passou a compor o provável núcleo central e na IES a primeira periferia. Não foi evocada sob o termo indutor “doença”.

Nas árvores máximas geradas pela análise de similitude observa-se que o exercício físico esteve interligado a alimentação e corpo no período 0 e a bem estar e alimentação nos períodos 6 e 12.

A palavra sono foi encontrada apenas na 2ª periferia do 6º período tanto sob o termo indutor Saúde quanto Doença.

A interrelação entre a saúde e os hábitos de vida são reconhecidos pela população em geral e abordada nas intervenções para promoção de saúde, prevenção e cura de doença, feitas pelos profissionais de saúde. Exemplifica-se essa afirmação por meio de de uma pesquisa realizada com adultos residentes em áreas de abrangência de 240 Unidades Básicas de Saúde das regiões Sul e Nordeste, os dados relacionados a manutenção da saúde mostraram que o primeiro fator priorizado para esta finalidade foi a alimentação saudável, o segundo foi o exercício físico regular e o terceiro fator, no Sul, foi não fumar, já no Nordeste, foi consultar o médico regularmente (SIQUEIRA, 2009). Para estudantes universitários da Bahia (não especificado o curso), na estrutura representacional gerada pelo termo indutor “saudável” todas as palavras evidenciadas foram relacionadas ao

estilo de vida: atividade física, alimentação saudável (frutas, verduras, legumes), água e dormir (BRAZIL, 2018). A alimentação foi uma das palavras que compuseram a primeira periferia na análise de evocações a termo indutor Saúde de 418 adultos de São Paulo, em estudo realizado por Oliveira et al (2000). O exercício físico não foi evocado por essas pessoas. Já em um estudo realizado com acadêmicos do curso de fisioterapia e de Educação física ambos os hábitos são lembrados ao se questionar sobre como cuidar do corpo, mas não de forma significativa sobre o que é saúde (NOGUEIRA, 2009)

Na literatura, também observam-se os hábitos de vida como representação social de saúde e de doença, Como em estudo multicêntrico realizado por Camargo et al. (2011), em Florianópolis/SC e Goiânia/GO, com homens, e os resultados indicam que, para os homens, é importante manter hábitos saudáveis (cuidados com alimentação e atividade física), porém, a prática não acompanha o posicionamento dos mesmo. Neste estudo, as palavras exercício físico e alimentação foram componentes do quadrante do Provável Núcleo Central do termo indutor Saúde.

5.3.7 Intervenções terapêuticas sobre a saúde e a doença

No núcleo temático Intervenções terapêuticas, foram incluídos os agrupadores: remédio, cirurgia e reabilitação.

As evocações referentes ao termo agrupador remédio foram organizadas no Quadro 34. Observa-se que a sua evocação é associada mais frequentemente a palavra doença e que tem menor força nos períodos pesquisados e inseridos dentro da formação médica do que a que a antecede. Quanto a análise de similitude, ela esteve associada a palavra Hospital em todos os períodos.

QUADRO 34: Alocação da palavra “remédio” após análise prototípica e de similitude das palavras evocadas pós indução pelos Termos “saúde” ou “doença”

Período		Saúde	Doença
0	Prototípica	Segunda Periferia	Provável Núcleo Central
	Similitude	Alimentação, Saúde	Hospital, Ajuda, Morte
6	Prototípica	Primeira Periferia	Primeira Periferia

	Similitude	Doença	Medicina, Hospital, Ajuda, Exame, Tristeza
12	Prototípica	Zona de Contraste	Primeira Periferia
	Similitude	Bem estar, autonomia	Hospital, Intervenção, Dor, Infecção

FONTE: A autora (2019)

As palavras Cirurgia e reabilitação foram evocadas ao termo indutor doença na Zona de Contraste do sexto período, apenas. A falta ou negligência de tratamento foi referida como um fato causador de adoecimento por 3 acadêmicos: “ausência de prevenção, negligencia a tratamentos, falta de autocuidado” (P121, 2018); “Falta de cuidado e tratamento adequado” (P8, 2018); “Falta de disseminação de informações, imunidade baixa do paciente, falta de infraestrutura das cidades e dos hospitais, falha na capacitação dos médicos , falha em diagnósticos, rotina estressante, remédios ineficazes...” (P28, 2018)

Sobre a relação entre doença e remédio encontrada na análise prototípica e de hospital e remédio na análise de similitude, faz-se importante a abordagem de duas características do modelo de saúde reducionista biomédico: o hospitalocentrismo e a medicalização.

O termo medicalização surgiu no final da década de 1960 para se referir à crescente apropriação dos modos de vida do homem pela medicina. Trata-se de um termo que indica que algo “se tornou médico”, com a influência da medicina em campos que, até então, não lhe pertenciam. Logo, o raio de ação da medicina foi ampliado, extrapolando o campo tradicional de ação direta sobre as moléstias, transformando aspectos próprios da vida em patologias, diminuindo o espectro do que é considerado normal ou aceitável.

O achado da correlação entre a doença e remédio é comum na literatura. De forma semelhante ao presente estudo, Oliveira (2001) em seu estudo sobre as representações sociais do processo saúde doença de 418 indivíduos residentes em dois municípios de São Paulo, encontraram a evocação de remédio na segunda periferia do termo indutor Saúde. Assim como Shimizu (2015), ao avaliar a estrutura das representações sociais sobre saúde e doença entre membros de movimentos sociais encontrou a palavra remédio alocada na segunda periferia de análise prototípica do termo indutor Doença.

Silva (2009) descreve que a representação social de saúde para clientes de uma academia de ginástica em Campo Grande 2009, relaciona a doença à necessidade de tomar remédio e a Saúde ao não tomar remédio.

Grossi (2012) em seu estudo de Representações Sociais de saúde e doença e sua articulação com as políticas públicas para frequentadores da Estratégia de Saúde da Família num município rural de Mato Grosso do Sul observou que alguns dos entrevistados relacionam a doença com remédio/medicamento e discorreu sobre a ideia de que as Representações Sociais relacionadas à doença remetem à quando a pessoa está tomando medicamentos, observou também uma supervalorização dos medicamentos, a maior satisfação com uma consulta médica ou com o serviço de saúde atrelada a receita ou disponibilidade de medicamentos e também a visão de que só está doente quando está tomando algum tipo de remédio. No seu estudo os participantes não costumam citar outras formas de cuidado, como a prevenção de doenças sendo uma maneira de evitar muitas patologias.

Berlinguer (1988) pondera que a conceituação abrangente de saúde proposta pela Organização Mundial da Saúde que trouxe à público a ideia de “completo bem-estar físico, mental e social” suscitou também a existência de umnexo implícito entre ‘mal-estar mental e social’ e ‘doenças’, o que ampliou exponencial e compulsoriamente o rol de atribuições do setor saúde e o potencial de medicalização da sociedade.

Em relação à medicalização existem exponenciais pesquisadores como Ivan Illich (1975) e Michael Foucault (2002). O primeiro aborda a hipertrofia da medicalização na modernidade, ressaltando o efeito de redução da autonomia dos sujeitos, sobretudo pelo fato de as instituições médicas assumirem a responsabilidade de cuidar da dor, transformando seu significado íntimo e pessoal em um problema técnico. O segundo, por sua vez, aborda a medicalização a partir da noção de biopoder, e, quando trabalha a noção de governamentalidade, abre espaço para a análise das formas de resistência dos indivíduos ao exercício do poder.

Sobre as consequências do evento de Medicalização, Laguardia et al. (2016), citam problemas atuais sobre a qualidade do cuidado prestado à saúde da população, os quais envolvem: a angústia frente à incerteza acerca da conduta médica, os relatos enviesados de achados de pesquisa nas revistas médicas influenciados pela indústria farmacêutica, a pressão dos pacientes por mais exames

e tratamentos sob influência da mídia, o pagamento inapropriado dos clientes por serviços, como consultas e prescrições, que não são adequados ou são proibidos na sua situação clínica, e a falta de compreensão do significado das estatísticas de saúde e de risco, entre outros. Dentro deste contexto ainda é válido o dado de que a estimativa de pacientes internados em hospitais que sofrem eventos adversos evitáveis é de que 10%.

5.3.8 Aspectos relacionados aos desfechos da doença

No núcleo temático Aspectos relacionados aos desfechos da doença, foram incluídos os agrupadores: Morte, Cura, e Limitação.

A palavra cura esteve presente na segunda periferia dos períodos 6 e 12 ao termo indutor saúde; ao termo indutor doença fazia parte do provável núcleo central no período 0, e a segunda periferia nos períodos 6 e 12.

A palavra morte apareceu apenas sob o termo indutor doença: na primeira periferia dos períodos 0 e 12 no provável núcleo central do sexto período.

Sob a análise da árvore máxima de similitude a palavra Cura apareceu interligada a palavra morte e esta, por sua vez a sentimentos negativos como dor, sofrimento, tristeza, medo.

A palavra limitação não aparece na análise de similitude, e aparece na segunda periferia do sexto período e na Zona de contraste do décimo segundo período.

Sob a perspectiva da literatura vigente, a evocação da palavra Morte a partir do termo indutor doença apresentou-se na Zona de contraste em adultos da cidade de São Paulo (OLIVEIRA, 2000) e na primeira periferia no Distrito Federal (SHIMIZU 2015). O medo da morte, foi encontrado na representação Social de Doença para idosos por Rotta, 2009. A partir da questão de evocação livre por meio de da palavra indutora “saúde”, Camargo (2011) caracterizou as representações sociais da saúde para os homens e a palavra morte esteve alocada no quadrante referente a primeira periferia.

5.3.9 Aspectos inter-relacionais vinculados a saúde e a doença

No núcleo temático “aspectos inter-relacionais”, foram incluídos os agrupadores empatia, amor, solidariedade.

As palavras empatia e amor, evocadas na segunda periferia dos períodos 0 e 6 passam a não ser mais evocadas no 12º período, tanto relacionadas a palavra saúde quanto doença. No período 6, todas as evocações foram feitas pelos acadêmicos da IES 3.

Existem múltiplas definições para a palavra empatia. As que habitualmente são usadas nos estudos na área Médica são a de Rogers (1992), na qual a empatia envolve um sentimento de sensibilização pelas mudanças sentidas e refletidas, momento a momento, pela outra pessoa; e a definição de Davis (1996), na qual a empatia surge como um construto multidimensional que abrange a capacidade de conhecer a realidade desde a perspectiva do outro e de reagir afetivamente no sentido da relação de ajuda, sem que, com isso, sofra danos psíquicos.

A importância e relevância do desenvolvimento de empatia nos acadêmicos de medicina para que se alcance melhores relação médico-paciente e capacidade diagnóstica, justifica a ampla gama de estudos realizados com a finalidade de entender quais os fatores auxiliam ou dificultam a sua existência. A empatia, é então, entendida como uma habilidade clínica que deve ser desenvolvida nos acadêmicos de medicina, entretanto, na maioria das IES a sua abordagem ainda é feita de forma pontual e fragmentada (SHAPIRO, 2008). Esse padrão também é observado na análise do projeto pedagógico das IES avaliadas.

Existem estudos transversais que apontam que a empatia declina no decorrer da formação médica, como por exemplo o desenvolvido por Hojat (2004). Esse está de acordo com o encontrado do nosso estudo, no qual a palavra empatia já não foi evocada em nenhuma das 3 IES que possuem 12º período. Entretanto, Paro (2013), afirma em um estudo multicêntrico que esses estudos possuem fragilidades estatísticas no que em relação do ao tamanho dos efeitos, comprometendo a significância dos resultados.

Segundo Pohontsch (2018) o desenvolvimento e o uso da empatia poderiam ser promovidos na formação médica, mas para isso indica-se o aumento das experiências práticas e das possibilidades de experimentar o ponto de vista do paciente e de possuírem contato com o paciente desde início da sua formação.

Valoriza-se também o aprimoramento da capacidade reflexiva e de metacognição. O papel dos educadores é de suma importância na formação dos acadêmicos, uma vez que a sua postura com o acadêmico e com o paciente irá influenciar o seu aprendizado.

A palavra solidariedade que estava alocada na segunda periferia do período 0, sob o termo indutor saúde, já não foi evocada pelos acadêmicos após a entrada no curso. Em contrapartida, a palavra direito surge na zona de contraste no 6º e no 12º períodos ao termo indutor Saúde. Desta forma, infere-se que a Saúde tende a ser entendida pelos acadêmicos, já não um ato de solidariedade, mas sim como um direito, conforme anunciado no Art. 196. Da Constituição de 1988, a Constituição Cidadã:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas 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).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Investigar as representações sociais de saúde e doença de acadêmicos de medicina trouxe substrato, tanto para a reflexão sobre os modelos paradigmáticos que norteiam essas concepções, quanto embasou ponderações acerca da formação médica e da sua adequabilidade às DCNs (BRASIL, 2014).

Os resultados da pesquisa demonstraram que a formação médica propiciou aos acadêmicos um contato conceitual com o modelo ampliado de saúde, o que pôde ser evidenciado por meio do aumento de evocações e de conteúdo das respostas sobre a causalidade do adoecimento correlacionadas a aspectos sociais, psicológicos, familiares e espirituais. A evocação da palavra “biopsicossocial” pelos acadêmicos do 6º e 12º períodos demonstra uma aproximação ao conceito, entretanto, observa-se que esta ainda é tênue, pois as reflexões detalhadas e aprofundadas sobre o modelo ampliado foram escassas nas respostas. Evidenciou-se também que as palavras relacionadas ao modelo ampliado de saúde não permaneceram na representação dos acadêmicos de forma duradora, após a sua abordagem pelas disciplinas a isto propostas.

Com base nesses dados, pode-se dizer da necessidade de que o sentido da saúde e da doença sejam abordados de forma diferenciada durante a formação médica, objetivando-se a compreensão por parte dos acadêmicos da sua importância e relevância e a ampliação da capacidade reflexiva e crítica frente ao tema.

Alguns temas relevantes para a formação médica foram pouco evocados pelos acadêmicos e pouco mencionados nas suas respostas sobre a causalidade do adoecimento, tais como: a relação entre a espiritualidade e a saúde, a diferença entre determinantes e determinação do processo saúde doença, a importância do trabalho multidisciplinar e da intersetorialidade versus o atual medicalocentrismo, as redes de atenção à saúde em contrapartida ao hospitalocentrismo.

Sobre o hospitalocentrismo nas representações sociais dos acadêmicos de medicina durante toda a sua formação e, de forma geral, em todas as IES pesquisadas, nota-se que a tentativa de inserção dos acadêmicos na rede de atenção à saúde de forma global e com ênfase na atenção primária, não tem repercutido até o momento, nos acadêmicos participantes da pesquisa, uma mudança dessa representação ainda hegemônica em nossa sociedade. Este fato,

entretanto, pode ser considerado normal ao se pautar no conhecimento de que mudanças de concepções e paradigmas pode-se dar de forma lenta no processo histórico de uma sociedade, e, uma vez que, a Reforma Sanitária com consequente implantação do SUS data de três décadas atrás.

Sobre a capacidade esperada de um acadêmico de medicina abordar cuidados de promoção, prevenção, cura e reabilitação, nota-se que, apesar da ênfase a cura e às intervenções que a objetivam (remédio, internamentos, etc), as quais puderam ser observadas na representação social de doença nos grupos estudados, a prevenção de doença apareceu de forma mais frequente no momento no curso que o tema da integralidade do cuidado era enfatizado na formação. Com o intuito de alcançar a integralidade do cuidado, os demais aspectos a ele relacionado, além da cura, devem também ser abordados longitudinalmente no curso.

Sugere-se então novos estudos que objetivem o aprofundamento dessa questão. Uma alternativa para isto seria, embasado na técnica de evocação livre de palavras proposta por Vergès (1992), após as evocações acerca da saúde e da doença, pedir aos participantes da pesquisa para hierarquizá-las segundo a sua ordem de importância e sequencialmente justificar e correlacionar a palavra considerada como mais importante ao /termo indutor.

As variáveis pesquisadas sobre a formação universitária (período de inserção no contexto, metodologias de ensino prioritariamente empregadas e Modelo Curricular) não demonstraram por si só serem fatores influenciadores das representações sociais dos acadêmicos de Medicina sobre o tema do estudo. Sugere-se futuros estudos embasados em diferentes métodos de coletas de informações, tais como grupos focais ou entrevistas em profundidade, que poderiam trazer à tona outras variáveis a serem investigadas.

A internalização da visão ampliada de saúde por parte dos acadêmicos de Medicina promove um olhar empático destes frente ao sofrimento do paciente e da comunidade. Mostra-se importante também, a abordagem longitudinal na formação médica da empatia e da compaixão. Uma abordagem passível de ser utilizada com essa finalidade é a do contato constante entre o acadêmico e o contexto do paciente, o sistema de saúde e as ferramentas interdisciplinares e intersetoriais, que os empoderem ao enfrentamento de diferentes problemas de saúde diagnosticados com base no modelo ampliado de saúde. A sua instrumentalização por meio dessas

ferramentas, que possibilitam a intervenção na saúde de forma integral, pode possibilitar que o assunto não seja interpretado como algo impalpável e utópico

Uma abordagem passível de ser utilizada com essa finalidade é a do contato constante entre o acadêmico e o contexto do paciente, o sistema de saúde e as ferramentas interdisciplinares e intersetoriais, que os empoderem ao enfrentamento de diferentes problemas de saúde diagnosticados com base no modelo ampliado de saúde. A sua instrumentalização por meio dessas ferramentas, que possibilitam a intervenção na saúde de forma integral, pode possibilitar que o assunto não seja interpretado como algo impalpável e utópico

Finda-se a presente dissertação retomando a importância de os docentes buscarem compreender a significação de saúde e de doença dos acadêmicos sob sua responsabilidade para que, a partir de uma avaliação diagnóstica possam auxiliá-los a alcançarem a ampliação da sua visão. Faz-se uma ressalva de que essa percepção é dependente da valorização do assunto pelo próprio docente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRIC, J. C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P. M.; OLIVEIRA, D. C. (Orgs.) **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB, 2000. p.27-38.

ABRIC, J.-C. Las representaciones sociales: aspectos teóricos. In: ABRIC, J.-Claude (Org.). **Prácticas sociales y representaciones**. Tradução de José Dacosta Chevrel y Fátima Flores Palacios. México: Ediciones Coyoacán; Ambassade de France- ccc IFAL, 2001. p.11-32.

ADAM, P.; HERZLICH, C. **Sociologia da doença e da medicina**. Bauru/SP: EDUSC, 2000.

ALBUQUERQUE, G. S. C. de; SILVA, M. J. de S. Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 38, n. 103, p. 953-965, Dec. 2014.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000400953&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 fev. 2019.

ALMEIDA FILHO, N. de. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2234-2249, dez. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010001200003&lng=en&nrm=iso>. acesso em: 15 jan. 2019.

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

AMORETTI R. A educação médica diante das necessidades sociais em saúde. **Rev Bras Educ Méd**. 2005; 29(2):136-146. Disponível em: <https://www2.ghc.com.br/ghc/Noticias/Not071105_01.pdf> Acesso em: 13 jan. 2019.

ANDRADE, O. G. de. Representações Sociais de saúde e de doença na velhice. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, 25, 207-213. 2003.

ARAUJO, C.M.; OLIVEIRA, M.L; ROSSATO, M. . O Sujeito na Pesquisa Qualitativa: Desafios da Investigação dos Processos de Desenvolvimento. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, DF, v. 33, 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722017000100702&lng=en&nrm=iso>.. Acesso em 11 nov. 2018.

AYRES, C. Uma Concepção Hermenêutica de Saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?pid=s0103-73312007000100004&script=sci_abstract&lng=pt> Acesso em: 20 dez. 2018.

BARATA, R.B. **A historicidade do conceito de causa**. 2 ed. Rio de Janeiro, ENSP/ABRASCO, 1990. (Epidemiologia 1 Textos de Apoio).

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**: ed. rev. e ampl. São Paulo: Edições 70, 2016.

BARROS, M. E. B. de; GOMES, R. da S.. Humanização do cuidado em saúde: de tecnicismos a uma ética do cuidado. **Fractal, Rev. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 641-658, Dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922011000300013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 fev. 2019.

BERLINGUER, G. **A doença**. São Paulo: Cebes/Hucitec, 1988. Disponível em: <<http://www.docvirt.com/docreader.net/docreader.aspx?bib=CEBESLIVROS&Pasta=A>> Acesso em: 10 jan. 2018.

BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo. Ática, 200

BRANCH, W. T. **Supporting the moral development of medical students**. J Gen Intern Med 2000; 15:503-508. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10940138>> Aceso em 24 Dez. 2018.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. Disponível em: <https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/CON1988_05.10.1988/ind.asp.> Acesso em: 13 dez. 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012. Trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196. Diário Oficial da União. Brasília, DF. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em 15 Jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Educação. **Conselho Nacional de Educação**. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES Nº 4, de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. Diário Oficial da União. Brasília, 10 Nov 2001; Seção 1, p. 38. Disponível em: URL: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. **Diário Oficial da União**. Brasília, 23 Jun. 2014. n. 117, Seção 1, p. 8-11. Disponível em: portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Med.pdf. Acesso em: 20 Jan. 2019.

BRAZIL JM. et al., Representações Sociais de Estudantes Universitários Sobre Hábitos Saudáveis Social. **Rev enferm UFPE online**, Recife, jan. 2018. Disponível em <[file:///C:/Users/pasco/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/23502-78720-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/pasco/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/23502-78720-1-PB%20(1).pdf)> Acesso em 14 Fev. 2018.

BRIANI, M. C. O ensino médico no Brasil está mudando? **Rev Bras Educ Med**. V.25, n. 5, p.73-77, 2001. Disponível em:

<https://chasqueweb.ufrgs.br/~cristinaneumann/index_files/ensino_medico.pdf>

Acesso em 20 jan. 2019.

BULGARELI, J. L. G. et al. **Compreensão dos sentidos atribuídos ao processo saúde e doença num grupo focal de adolescentes**: um estudo qualitativo na perspectiva fenomenológica, CIAIQ 2017, Disponível em: <https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwjovvSB5OrfAhX2E7kGHRO0CI0QFjAAegQICRAC&url=https%3A%2F%2Fproceedings.ciaiq.org%2Findex.php%2Fciaiq2017%2Farticle%2Fdownload%2F1460%2F1417%2F&usg=AOvVaw1vzPzdBsvSValPfDa_7XHV> Acesso em: 26 Jan. 2019.

CAMARA, A. M. C. S. et al. Percepção do processo saúde-doença: significados e valores da educação em saúde. **Rev. bras. educ. med.** Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, supl. 1, p. 40-50, Mar. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jan. 2019.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. **Tutorial para uso do software de análise**: (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires). 2011. Disponível em: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/Tutorial%20IRaMuTeQ%20em%20portugues_17.03.2016.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2018.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

CAPRA, F. **A teia da vida**: Uma nova compreensão científica dos sistemas vivos. São Paulo: Cultrix. 2006.

CARDOSO, M. H. C. A.; GOMES, R. Representações sociais e história: referenciais teórico-metodológicos para o campo da saúde coletiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n.2, p.499506, abr./jun. 2000. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 16 Nov. 2018.

CARDOSO FILHO, F. de A. B. et al. Perfil do Estudante de Medicina da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), 2013. **Rev. bras. educ. med.** Rio de Janeiro, v. 39, n. 1, p. 32-40, Mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022015000100032&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 fev. 2019.

CASSORLA, R. M. S. Prefácio. In: Turato ER. **Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis-RJ: Vozes; 2003. p. 19-32. Disponível em: <pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v19n1/v19n1a14.pdf>. Acesso em: 10 out. 2018.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2019.

COMISSÃO PARA OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **Redução das desigualdades no período de uma geração**. Igualdade na saúde por meio de da ação sobre os seus determinantes sociais. Lisboa: OMS, 2010. Disponível em: <cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Redução-das-Desigualdades-no-período.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2019.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. *Relatório final*. **Ministério da Saúde**: Brasília, 1986. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2019.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Pode-se construir modelos baseados na relação entre contextos sociais e saúde? **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 199-204, jan./mar. 1998. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csp/v14n1/0141.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2018.

CRESWELL, J. **Investigação Qualitativa e Projeto de Pesquisa**: escolhendo entre cinco abordagens. Porto Alegre: Penso, 2014.

CROMACK, L. M. F.; BURSZTYN, I; TURA, L. F. R. O olhar do adolescente sobre saúde: um estudo de representações sociais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n. 2, p. 627-634, abril 2006. Disponível em <https://www.researchgate.net/publication/250028389_O_olhar_do_adolescente_sobre_saude_um_estudo_de_representacoes_sociais>. Acesso em: 20 jan. 2019.

CZERESNIA, D.; MACIEL, E. M. G. S.; OVIEDO, R. A. M. **OS SENTIDOS DA SAÚDE E DA DOENÇA**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013. 119. 978-85-7541-433-0.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M.: **European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2**. 2007, WHO Copenhagen. Disponível em <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/103824/E89384.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2019.

DIAS, D. N. S.; OLIVEIRA, P. T. R. Qual a relação entre a saúde e a doença? **Rev. NUFEN**. v.6, n.2, agosto-dezembro, 2013. Disponível em: <pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S2175-25912013000200003&script=sci_abstract>. Acesso em 10 de Janeiro de 2019.

ENS, R. T.; BEHRENS, M. A. Representações Sociais e Visão Complexa: interface e fronteiras entre as proposições de Serge Moscovici e Edgar Morin. In: ENS, R. T.; VILLAS BÔAS, L. P. S.; BEHRENS, M. A. **Representações sociais**: fronteiras, interfaces e conceitos. Curitiba: Champagnat; São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 2013, p. 89-108.

ENUMO, S. R. F. **Pesquisas sobre psicologia e saúde**: uma proposta de análise. In: TRINDADE, Z. A.; ANDRADE, Â. N. (Orgs.) **Psicologia e saúde**: um campo em construção. SP: Casa do Psicólogo, 2003.p. 19-28.

FERÉS-CARNEIRO, TY. **Casal e família: permanências e rupturas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

FERREIRA, J. O corpo sígnico. In: ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. S. (Org.). **Saúde e doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 101-112.

Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=svDQBAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA101&dq=ferreira+1994&ots=URKDFhgjAS&sig=m7_QKBwB67qzGEcbawEgnOS5ttl#v=onepage&q=ferreira%201994&f=false>. Acesso em 20 jan.2019.

FERREIRA, A. B. de H. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 4. ed. Curitiba: Ed. Positivo, 2009

FEUERWERKER, L. **Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados**. 1.ed. Rio de Janeiro: Hucitec, 2002.

FLAMENL, C. L'analyse de similitude: une technique pour les recherches sur les représentations sociales. In: DOISE, W.; PAIMONARI, A (Org.). **L'~tude des representations socia/es**. Neuchâtel: Delachaux et Niestlé, 1986. p. 139-156.

FONTES, O. L. **Além dos sintomas: superando o paradigma saúde e doença**. Piracicaba: Ed. UNIMEP, 1995.

FORTES, S. & Baptista, A. M. C. (2004). **Família e Somatização: entendendo suas interações**. Em: J. Melo Filho e M. Burd (Orgs.). *Doença e família* (pp. 259-284). São Paulo: Casa do psicólogo.

FOUCAULT, M. **As Palavras e as Coisas**. Trad. Salma Tannus Muchail. São Paulo: Martins Fontes, 2002

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GADAMER, H.-Georg. **Verdade e método I**: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. 11. ed. Petrópolis: Vozes, 2011

GIL, A. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

GROSSI, F. R. da S. **Saúde e Doença**: Um estudo das representações sociais de famílias rurais em um município de Mato Grosso do Sul. Dissertação de Mestrado, Escola de Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco; Campo Grande, MS. 2012 Disponível em: <<https://site.ucdb.br/public/md-dissertacoes/10965-final.pdf>>. Acesso em: 18 jan. 2019.

GRYNSZPAN, D. Educação em saúde e educação ambiental: uma experiência integradora. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 15, supl. 2, p. S133-S138, 1999. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000600013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 dez. 2019.

GUIMARÃES, T. A. A. et al. A concepção de professores de Ensino Fundamental do município de Jequié BA sobre saúde-doença. **Saúde. Com**, Jequié, v. 1, n. 2, p. 95-99, 2005. Disponível em: <<http://www.uesb.br/revista/rsc/v1/v1n2a2.pdf>>. Acesso em 08 jan. 2019.

HELMAN, C. G. M. globalização e saúde. In: HELMAN, C. G. **Cultura, Saúde e Doença**. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 271-295.

HERZLICH, C. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. **Physys: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, suplemento, p.57-70, 2005. Disponível em <ecos.ufsc.br/files/2013/08/Claudine-Herzlich-A-problemática-da-representação-social-e-sua-utilidade-no-campo-da-doença.pdf>. Acesso em 20 jan. 2018.

HOJAT, M.; MANGIONE, S.; NASCA, T. J.; RATTNER, S.; ERDMANN, J. B.; GONNELLA, J.S.; et al. An empirical study of decline in empathy in medical school. **Med Educ**. 2004;38(9):934–941. doi:10.1111/j.1365-2929.2004.01911.x. Disponível em:

<https://www.academia.edu/6415120/An_empirical_study_of_decline_in_empathy_in_medical_school>. Acesso em: 27 dez. 2018.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina**. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

JODELET, D. **Representações sociais: um domínio em expansão**. In: _____. (Org.). *As representações sociais*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001.

LACOLLA, L. **Representaciones sociales: una manera de entender las ideas de nuestros alumnos**. *Revista ierRed: Revista Electrónica de la Red de Investigación Educativa*. Vol.1, No.3, 2005. Disponível em <revista.iered.org/v1n3/pdf/llacolla.pdf>. Acesso em: 19 de jan. 2019.

LAGUARDIA, J. et al. Qualidade do cuidado em saúde e a iniciativa Choosing Wisely. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 1-6, 2016. Disponível em: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Qualidade%20do%20Cuidado%20em%20saúde%20e%20a%20iniciativa%20Choosing%20Wisely_Reciis.pdf>. Acesso em :18 jan. 2019.

LAMPERT, J.B.; BICUDO A. M. **10 anos das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em Medicina**. orgs. – Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2012.

Disponível em <http://www.ufrgs.br/pediatria/conteudos-1/seminarios/subsidios-bibliograficos/documentos-basicos/Lampert_10_anos_das_diretrizes_curriculares_nacionais_dos_cursos_de_graduacao_em_medicina_2014.pdf>. Acesso em: 2 jan. 2019.

LAURELL, A. C.: A saúde-doença como processo social In: Duarte, E. **Medicina Social: aspectos históricos e teóricos**. Coleção Textos nº 3, Global Editora, 1983.

LDBEN, Brasil. Lei no 9.394 de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes da Educação Nacional. **Diário Oficial da União** 1996; 23 dez. Disponível em:

<www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1996/lei-9394-20-dezembro-1996-362578-publicacaooriginal-1-pl.html> Acesso 26 Dez. 2018

LEAVELL, H. R.; CLARK, E. G. **Medicina Preventiva**. SP, McGraw-Hill do Brasil, RJ FENAME, 1976.

LENOIR, R. O objeto sociológico e problema social. In: CHAMPAGNE, Patrick; LENOIR, Remi; MERLLIÉ; PINTO, Louis. **Iniciação à prática sociológica**. Petrópolis: Vozes, 1998. p. 59-106.

LENOIR, Y. **Didática e interdisciplinaridade**: uma complementaridade necessária e incontornável. In: FAZENDA, I. C. A. (org). **Didática e interdisciplinaridade**. Campinas: Papyrus, 2001

.LIND G. **Moral regression in medical students and their learning environment**. Rev Bras Educ Med 2000; 24(3):24-33. Disponível em: <http://www.educacaomedica.org.br/UserFiles/File/2000/Volume24-3/moral_regression.pdf>. Acesso em: 18 de jan. 2019.

MARKOVÁ, I. **Dialogicidade e representações sociais**: as dinâmicas da mente. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

McWHINNEY, I. R. **Manual de Medicina de Família e Comunidade**. Porto. Alegre: Artmed, 2010, 471p.1.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: OPAS; 2011 Disponível em: <<http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/Redes-de-Atencao-mendes2.pdf>>. Acesso em: 02 jan. 2018.

MINAYO, M. C. S. O conceito de representações sociais dentro da sociologia clássica. In: **Textos em Representações Sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994. p. 89-111,.

MINAYO, M. C. S. Construção da identidade da antropologia na área da saúde: o caso brasileiro. In: _____. **Antropologia e saúde: traçando identidades e explorando fronteiras**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1998. p. 29-34

MINAYO, M. C. de S.; HARTZ, Z. M. de A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, _____, 2000. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 jan. 2019.

MINAYO M. C. S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Hucitec; 2013. 407p.

MITRE, S. M. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 2133-2144, Dec. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 jan. 2019.

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

MOSCOVICI, S. **A psicanálise, sua imagem e seu público**. Tradução de Sonia Fuhrmann. Petrópolis, RJ:Vozes, 2012.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Tradução Pedrinho A. Guareschi. 11 ed. Petrópolis. RJ: Vozes, 2015.

NAGEL, J. S. de O. **Representações sociais de coordenadores pedagógicos sobre função formativa na rede municipal de ensino de Curitiba**. 2017. 152f. Dissertação de Mestrado, Escola de Educação – Pontifícia Universidade Católica do Paraná - PUCPR. Curitiba, 2017.

NITSCHKE, R. G. **Mundo imaginal de ser família saudável: a descoberta dos laços de afeto como caminho numa viagem no cotidiano em tempos pós-modernos.** Pelotas: Editora e Gráfica Universitária – UFPEL, 1999

NOGUEIRA, M. A. R. J. **As representações sociais de corpo, saúde e doença para estudantes universitários.** Dissertação de Mestrado, Escola de Psicologia – UCDB. 2009. Disponível em <http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&o_obra=164806>. Acesso em: 20 jan. 2019.

OLIVEIRA, M.A.C.; EGRY, E.Y. A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. **Rev.Esc.Enf.USP**, v. 34, n. 1, p. 9-15, mar. 2000. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v34n1/v34n1a02.pdf>>. Acesso em 15 jan. 2019.

OLIVEIRA, D. C. de; SÁ, C. P. de. **Representações sociais da saúde e doença e implicações para o cuidar em enfermagem: uma análise estrutural.** R. Bras. Enferm., Brasilia. v. 54, n.4, p. 608-622, out.fdez. 2001. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v54n4/v54n4a09.pdf>>. Acesso em 02 jan. 2019.

OLIVEIRA, D. C. et al. Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, Antonia Silva Parede et al. (Org.) **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais.** João Pessoa: UFPB Editora Universitária. 2005, p.573-603

OLIVEIRA, Márcio. **O conceito de representações coletivas: uma trajetória da divisão do trabalho às formas elementares.** Debates do NER. Porto Alegre, v.13, nº 22, p. 67-94, jul/dez. 2012. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/debatesdoner/article/viewFile/30352/23579> >. Acesso em 25 jan. 2019.

OMS. **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) - 1948.** Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS->

Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswwho.html>. Acesso em 18 de Janeiro de 2019

OMS, Brasil. Decreto de 13 março de 2006. Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 14 mar. 2006. Disponível em: <<http://www.determinantes.fiocruz.br/decreto.htm>>. Acesso em 20 jan. 2019.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários da Saúde. Alma-Ata, 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2019.

PARO, H. B. M. S. **Empatia em estudantes de medicina no Brasil**: um estudo multicêntrico. Tese de Doutorado. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. 2013. Disponível em: <http://www2.fm.usp.br/cedem/public/teses/tese_helenaparo.pdf> Acesso em: 15 jan. 2019.

POHONTSCH et al., Influences on students' empathy in medical education: an exploratory interview study with medical students in their third and last year, **BMC Medical Education** (2018) 18:231. Disponível em <<https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-018-1335-7>>. Acesso em: 15 jan. 2019.

RATINAUD, P. **IRAMUTEQ: Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires [software]**. 2009. Disponível em <<http://www.iramuteq.org>>. Acesso em: 12 dez. 2018.

RESTOM, A. G. et al . Representação Social das Vivências de Estudantes no Curso de Medicina. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro , v. 39, n. 3, p. 370-377, Sept. 2015 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022015000300370&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 17 fev. 2019.

RISTOFF, D. I. **O novo perfil do campus brasileiro**: uma análise do perfil socioeconômico do estudante de graduação. Avaliação, Campinas, SP, v. 19, p. 723-747, 2014. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/aval/v19n3/10.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2019.

ROCHA, P.R.; DAVID, H.M.S.L. Determinação ou Determinantes? Uma discussão com base na Teoria da Produção Social da Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** 49(1): 129-135. 2015. Acesso em <www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n1/pt_0080-6234-reeusp-49-01-0129.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2019.

ROTTA, M. C. B. **Representações sociais de saúde, doença, velho e velhice para idosos atendidos em uma Unidade Básica de Saúde**. Dissertação de Mestrado, Escola de Psicologia, UCDB, Campo Grande, MS. 2009. Disponível em <<https://site.ucdb.br/public/md-dissertacoes/8113-representacoes-sociais-de-saude-doenca-velho-e-velhice-para-idosos-atendidos-em-uma-unidade-basica-de-saude.pdf>> Acesso em 20 jan. 2019.

ROGERS, C. R. **The necessary and sufficient conditions for therapeutic personality change**. J Consult Clin Psychol. 1992; 60(6):827-32.

SÁ, C. P. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK. Mary Jane P. (Org.). **O conhecimento no cotidiano**: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 1995. p. 19-45.

SÁ, C. P. **Núcleo central das representações sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996.

SÁ, C. P. As representações sociais na história recente e na atualidade da Psicologia Social. In: JACÓ-VILELA, A. M; FERREIRA, A. A. L.; PORTUGAL, F. T.. (Org.). **História da Psicologia**: Rumos e percursos. 2 ed. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2010. p. 587-602

SCHEFFER, M. C.; CASSENOTE, A. J. F. A feminização da medicina no Brasil. **Rev. bioética** 2013; 21(2): 268-277. Disponível em <www.scielo.br/pdf/bioet/v21n2/a10v21n2.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2019.

SCLIAR, M. **História do conceito de saúde**. *Physis* 2007;17(1):29-41. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03>>. Acesso em 15 de Janeiro de 2019.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 31, n. 5, p. 538-542, Oct. 1997 .Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000600016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 jan. 2019.

SEVALHO, G. Uma abordagem histórica das representações sociais de saúde e doença. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 9, n. 3, p. 349-363, Sept. 1993. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1993000300022&lng=en&nrm=iso>. acesso em: 18 Jan. 2019.

SHAPIRO, J. Walking a mile in their patients' shoes: empathy and othering in medical students' education. **Philosophy, Ethics and Humanities in Medicine**, 3, 10. doi: 10.1186/1747-5341-3-10. 2008. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18336719>>. Acesso em: 28 dez. 2018.

SHIMIZU, H. E. et al . A estrutura das representações sociais sobre saúde e doença entre membros de movimentos sociais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 9, p. 2899-2910, set. 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000902899&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 jan. 2019.

SIQUEIRA, F. V. et al . Fatores considerados pela população como mais importantes para manutenção da saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 43, n. 6, p. 961-971, Dec. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000600007&lng=en&nrm=iso>..Acesso em 19 dez. de 2018.

SOLAR, O.; IRWIN, A. **A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health.** Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Geneva: WHO, 2010. Disponível em <https://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2019.

STANGA, A. C.; REZER, R.. Concepções de saúde, trabalho docente e o Pró-Saúde: nos caminhos da hermenêutica. **Physis**, v. 25, n. 2, p. 593-614, 2015. Disponível em <<http://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/corpoconsciencia/article/view/5578>>. Acesso em: 20 dez. 2018.

STREIT et al. **10 anos de Diretrizes Curriculares Nacionais.** ABEM. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em <http://www.ufrgs.br/pediatria/conteudos-1/seminarios/subsidios-bibliograficos/documentos-basicos/Lampert_10_anos_das_diretrizes_curriculares_nacionais_dos_cursos_de_graduacao_em_medicina_2014.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2019.

VARGAS, J. D. de. **História das Políticas Públicas de Saúde no Brasil:** revisão da literatura/. – Jeferson Dutra de Vargas. - Rio de Janeiro, 2008. Disponível em <http://www.essex.ensino.eb.br/doc/PDF/PCC_2008_CFO_PDF/CD52%201%BA%20Ten%20AI%20JEFERSON%20DUTRA%20DE%20VARGAS.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2018.

VERGÈS, P. (1992). **L'évocation de l'argent:** une méthode pour la définition du noyau central de la représentation. *Bulletin de Psychologie*, 45, 203-209. Disponível em <<https://psycnet.apa.org/record/1998-01851-006>> Acesso em: 10 nov. 2018.

WACHELKE, J.; WOLTER, R. **Critérios de construção e relato da análise prototípica para representações sociais.** *Psicologia: teoria e pesquisa*. Brasília, v.27, n. 4, 2011. p. 521-526. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v27n4/17.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Definition of Environmental Health developed at WHO consultation in Sofia,** Bulgaria. 1993. Disponível em: <

http://health.gov/environment/Definition_sofEnvHealth/ehdef2.htm > Acesso em: 18 jan. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Amendments to the Constitution**. April, 7th; 1999. Disponível em <http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/wha52/ew24.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A glossary of terms for community health care and services for older persons**. WHO Centre for Health Development, Ageing and Health Technical Report, volume 5, 2004. Disponível em <<http://www.who.int/iris/handle/10665/68896>>. Acesso em: 18 jan. 2018.

APÊNDICE 1: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

QUESTIONÁRIO: REPRESENTAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE E DOENÇA EM ACADÊMICOS DE MEDICINA

1. Sexo:

Feminino Masculino Outro

2. Idade atual em anos: _____

3. Cor da Pele:

Amarela Branca Negra
 Parda

3. Beneficiário do ProUni

Sim Não

4. Cidade Natal: _____

5. Profissões dos pais: _____

6. Religião

Católica Evangélica Afro-brasileira

- () Judaica () Islâmica () Orientais
 () Espírita () Sem religião () Outra. Qual? _____

7. Fez outro curso superior antes de começar o curso de Medicina?

- () Não () Sim. Qual? _____

8ª. Você já passou pelo internato?

- () Sim () Não

8b. Se já passou pelo internato, em quais áreas?

- () Clínica Médica () Pediatria () Ginecologia e Obstetrícia
 () Saúde da Família () Clínica Cirúrgica () Outro: _____

9a. Você já entrou em contato com o paciente em seu contexto sócio familiar?

- () Sim () Não

9b. Se já entrou em contato, em quais períodos do curso esse contato ocorreu?

- () 1º. período () 2º. período () 3º. período
 () 4º. período () 5º. período () 6º. período
 () 7º. período () 8º. período () 9º. período
 () 10º. período () 11º. período () 12º. período

12. Quais atividades acadêmicas proporcionaram esse contato?

13. Quais as 5 primeiras palavras que surgem na sua mente ao ler a palavra: SAÚDE

14. Quais as 5 primeiras palavras que surgem na sua mente ao ler a palavra: DOENÇA

15. Na sua opinião: o que causa o adoecimento?

APENDICE 2: LEMATIZAÇÃO DAS PALAVRAS EVOCADAS A PARTIR DO TERMO INDUTOR “SAÚDE”

TRATAMENTO PARA OS TERMOS EVOCADOS “SAÚDE”		
VOCÁBULOS	AGRUPADORES	NÚMERO DE AGRUPAMENTOS
Abordagem	Abordagem	1
Acessibilidade	Acesso	1
Acesso		9
Acesso a saúde		1
Acesso ao que a humanidade produziu enquanto gênero		1
Acesso aos serviços de saúde		1
Dificuldade de acesso		1
Acompanhamento	Acompanhamento	2

Acompanhamento em longo prazo		1
Adversidade	Adversidade	1
Agradecer	Agradecimento	1
Gratidão		1
Água	Água	1
Consumo de água		1
Ajuda	Solidariedade	1
Ajudar		2
Altruísmo		1
Auxílio		1
Fazer o bem		1
Solidariedade		2
Alegria	Alegria	25
Alimentação	Alimentação	62
Alimentação adequada		1
Alimentação saudável		6
Alimentos		1
Alimentos saudáveis		1
Boa alimentação		5
Dieta		1
Frutas		1
Comer		1
Alvo		Alvo
Ambiente	Ambiente	1
Amor	Amor	7
Amor próprio	Amor próprio	2
Anamnese	Anamnese	1
Ansiedade	Ansiedade	1
Apoio	Apoio	2
APS	Atenção primária	1
Assistência primária		1
Atenção básica		1
Assistência	Assistência	3
Atendimento		1
Atenção	Atenção	7
Atitude	Atitude	1
Atividade	Atividade	6
Estar ativo		1
Poder fazer as atividades diárias		1
Ausência de doença	Ausência de doença	9
Falta de doença		1
Sem doença		1
Autonomia	Autonomia	7
Independência		2
Base	Básico	1
Básico		1
BEG	BEG	1
Bem estar	Bem estar	154
Bem estar biológico	Bem estar físico	1
Bem estar físico		4
Biológica		1

Ausência de sofrimento físico		1
Física		3
Físico		4
Bem estar biopsicossocial		4
Completo bem estar biopsicossocial	Bem estar biopsicossocial	1
Biopsicossocial		4
Bem estar da mente e do corpo		1
Bem estar físico e psicológico	Bem estar físico e psicológico	2
Bem estar físico e mental		1
Bem estar global físico e mental		1
Bem estar espiritual		3
Espiritual		3
Alma	Espiritual	1
Deus		1
Fé		2
Meditação		2
Boa forma	Boa forma	1
Bom	Bom	1
Bom humor	Bom humor	4
Busca	Busca	1
Cama	Cama	1
Câncer	Câncer	1
Capacidade		9
Em plena capacidade		1
Capacidade de lidar com problemas	Capacidade	1
Capacidade plena		2
Capacidade plena de vida		1
Capacitação		1
Incapacidade		1
Carência	Carência	1
Centro cirúrgico	Centro cirúrgico	1
Cidadania	Cidadania	2
Ciência	Ciência	2
Cirurgias	Cirurgias	1
Coletiva		1
Coletividade	Coletiva	1
Matérias de saúde coletiva		1
Comunidade		2
Compaixão	Compaixão	1
Competência	Competência	1
Comprometimento	Compromisso	1
Compromisso		2
Comum	Comum	1
Condições básicas	Condições básicas	1
Condutas	Condutas	1
Conforto	Conforto	9
Competência	Competência	1

Conhecimento	Conhecimento	1
Consertar	Consertar	1
Consulta	Consultório	1
Consultório		2
Contato	Contato	1
Contexto	Contexto social	1
Contexto social		2
Controle de danos	Controle de danos	1
Convivência	Convivência	1
Corpo	Corpo	8
Corpo saudável		1
Corporal		1
Falha de alguma parte do corpo		1
Cotidiano	Cotidiano	1
Cuba	Cuba	1
Cuidado	Cuidado	61
Bons cuidados		1
Cautela		1
Cura	Cura	13
Dedicação	Dedicação	3
Deficiência no sistema	Deficiência no sistema	1
Dádiva	Dádiva	1
Descaso	Descaso	1
Dever	Dever	3
Diagnóstico	Diagnóstico	1
Diagnóstico preciso		1
Diagnóstico precoce		1
Difícil	Dificuldade	1
Dificuldade		2
Dignidade	Dignidade	1
Dinheiro	Dinheiro	5
Cara		1
Caro		1
Economia		1
Finanças		1
Financeiro		1
Direito		11
Direito de todos	Direito	1
Direitos básicos		1
Disciplina	Disciplina	1
Disponibilidade	Disponibilidade	1
Disposição	Disposição	8
Disposto		1
Diversão	Diversão	1
Doação	Doação	1
Doença	Doença	60
Doenças crônicas		1
Doentes		1
Dor	Dor	4
Sem dor		1
Drink	Drink	1
Educação	Educação	11

Reeducação		1	
Empatia	Empatia	9	
Empoderamento	Empoderamento	1	
Energia	Energia	6	
Enfermeira	Enfermeira	1	
Envelhecimento	Envelhecimento	1	
Equidade	Equidade	3	
Equilíbrio	Equilíbrio	21	
Desequilíbrio		1	
Equipe	Equipe	1	
Escolha	Escolha	1	
Essencial	Essencial	2	
Estabilidade	Estabilidade	4	
Estado	Estado	2	
Estilo de vida	Estilo de vida	2	
Estresse	Estresse	1	
Estudo	Estudo	2	
Evolução	Evolução	1	
Exame físico	Exame físico	1	
Exames	Exames	2	
Exercício	Exercício físico	12	
Exercício físico		17	
Exercícios		6	
Exercitar-se		1	
Atividade física		28	
Esporte		11	
Sedentarismo		2	
Corrida		1	
Facilidade		Facilidade	2
Família		Família	20
Apoio familiar	2		
Felicidade	Felicidade	75	
Feliz		3	
Fila	Fila	1	
Final de semana	Final de semana	1	
Finlândia	Finlândia	1	
Fluidez	Fluidez	1	
Força	Força	7	
Frágil	Fragilidade	1	
Fragilidade		1	
Funcionalidade	Funcionalidade	3	
Futuro	Futuro	1	
Gestão	Gestão	2	
Governo		1	
Guideline	Guideline	1	
Hábitos	Hábitos	1	
Harmonia	Harmonia	7	
Hígido	Hígido	1	
Hipertensão	Hipertensão	1	
Holística	Holística	1	
Homeostase	Homeostase	3	
Hospital	Hospital	42	
Humanidade	Humanidade	1	

Humanização		1
Idade	Idade	1
Idoso	Idoso	1
Igualdade	Igualdade	1
Desigualdade		1
Ignorância	Ignorância	1
Ilusão	Ilusão	1
Importante	Importante	4
Imprescindível	Imprescindível	1
Inclusão	Inclusão	1
Indivíduo	Indivíduo	1
Informação	Informação	5
Desinformação		1
Infraestrutura	Infraestrutura	1
Insuficiente	Insuficiente	1
Integral	Integralidade	1
Integralidade		3
Integrativo		1
Integridade		2
Investimento	Investimento	1
Investimento dispendioso		1
Custos		1
Jaleco	Jaleco	1
Lágrimas	Lágrimas	1
Lazer	Lazer	6
Liberdade	Liberdade	5
Limpeza	Higiene	1
Limpo		1
Higiene		2
Longevidade	Longevidade	10
Luta	Luta	2
Combate		1
Mãe	Mãe	1
Manutenção	Manutenção	1
Médica	Medicina	2
Médico		34
Médicos		5
Medicina		39
Melhoria	Melhoria	1
Mental	Mente	8
Mente		7
Sanidade mental		1
Saúde mental		10
Bem estar psicológico		2
Psicológica		4
Estado psicológico		1
Psicossomática		1
Somatização		1
Ausência de sofrimento psicológico		1
Emocional		5
Mentira	Mentira	1
Mercadoria	Mercadoria	1

Meta	Meta	1
MFC	MFC	1
Morte	Morte	7
Motivação	Motivação	1
Movimento	Movimento	1
Multidão	Multidão	1
Multiprofissional	Multiprofissional	1
Música	Música	1
Natural	Natural	1
Necessária	Necessidade	2
Necessário		2
Necessidade		6
Negligência	Negligência	1
Negligenciada		1
Normalidade	Normalidade	1
Obesidade	Obesidade	1
Objetivo	Objetivo	1
Operações	Operações	1
Oportunidade	Oportunidade	1
Organização	Organização	3
Paciência	Paciência	1
Paciente	Paciente	12
Paixão	Paixão	1
Paz	Paz	18
Performance	Performance	1
Perigo	Perigo	1
Perspectiva	Perspectiva	1
Peso ideal	Peso ideal	1
Pessoa	Pessoas	1
Pessoas		3
Planejamento	Planejamento	1
Plano de saúde	Plano de saúde	1
Plenitude	Plenitude	5
Completo		1
Potencialidade	Potencialidade	1
Prazer	Prazer	3
Precária	Precária	4
Precariedade		1
Preocupação	Preocupação	1
Prevenção	Prevenção	38
Prioridade	Prioridade	4
Problema	Problema	1
Produtividade	Produtividade	3
Profissão	Profissão	1
Profissional		1
Profissionais de saúde		1
Profissional de saúde		1
Prognóstico	Prognóstico	1
Promoção	Promoção	11
Proteção	Proteção	1
Proximidade	Proximidade	1
Puericultura	Puericultura	1
Pureza	Pureza	1

Qualidade	Qualidade	8
Qualidade de vida	Qualidade de vida	49
Reabilitação	Reabilitação	1
Realização	Realização	3
Recursos	Recursos	1
Relação médico paciente	Relação médico paciente	2
Remédio	Remédio	13
Remédios		6
Medicamento		5
Medicamentos		3
Resiliência	Resiliência	1
Respeito	Respeito	1
Responsabilidade	Responsabilidade	7
Irresponsabilidade		1
Risco de vida	Risco de vida	1
Rotina	Rotina	1
Sabedoria	Sabedoria	2
Salvar	Salvar	1
Sangue	Sangue	1
Satisfação	Satisfação	4
Saudade	Saudade	1
Saudável	Saudável	4
São		1
Saúde		1
Segurança	Segurança	3
Seriedade	Seriedade	1
Seringas	Seringas	1
Sistema	Sistema	3
Sobrevivência	Sobrevivência	1
Sociabilidade	Social	1
Social		9
Sociedade		5
Sociologia		1
Vida social		2
Vida social disponível para a família, amigos		1
Ausência de sofrimento social		1
Bem estar social		2
Sufrimento	Sufrimento	5
Sol	Sol	1
Sonho	Sonho	2
Sono	Sono	3
Sono de qualidade		1
Sono reparador		1
Sorriso	Sorriso	1
Sorrisos		1
Sucesso	Sucesso	2
Suécia	Suécia	1
Superação	Superação	1
Suporte	Suporte	1
Sus	Sus	19
Teimosia	Teimosia	1

Tempo	Tempo	2
Tempo livre		2
Terapia	Terapia	1
Todo	Todo	1
Trabalho	Trabalho	4
Apto ao trabalho		1
Tranquilidade	Tranquilidade	13
Tratamento	Tratamento	11
Tratamento rápido		1
Tristeza	Tristeza	6
Ubs	Ubs	6
Unidade de saúde		2
Posto de saúde		1
Universal	Universal	3
Universalidade		2
Upa	Upa	1
Vacina	Vacina	4
Velhice	Velhice	2
Vida	Vida	18
Viver		1
Viver bem		1
Vigor	Vitalidade	2
Vitalidade		4
Virose	Virose	1
Visita	Visita	1

APENDICE 3: LEMATIZAÇÃO DAS PALAVRAS EVOCADAS A PARTIR DO TERMO INDUTOR “DOENÇA”

TRATAMENTO PARA OS TERMOS EVOCADOS “DOENÇA”		
VOCÁBULOS	AGRUPADORES	NÚMERO DE AGRUPAMENTOS
Abandono	Abandono	1
Acamado	Acamado	5
Cama		1
Aceitação	Aceitação	1
Acidente	Acidente	1
Acolhimento	Acolhimento	1
Acreditar	Acreditar	1
Crer		1
Adoecimento	Adoecimento	4
Doença		1

Doente		1
Adversidade	Adversidade	2
Agente	Agente	1
Agentes determinantes	Agentes determinantes	1
Ajuda	Ajuda	9
Procurar ajuda		1
Apoio		2
Necessidade de apoio		1
Ponto de apoio		1
Auxílio		2
Alerta	Alerta	2
Alimentação	Alimentação	3
Alimentação ruim		1
Má alimentação		2
Alteração da fisiologia	Alteração da fisiologia	1
Amor	Amor	1
Angustia	Angústia	18
Aflição		1
Apreensão		1
Necessidade de amparo	Desamparo	1
Ausência de amparo		1
Desamparo		2
Anormalidade	Anormalidade	1
Algo errado		1
Ansiedade	Ansiedade	9
Antibiótico	Antibiótico	2
Antibióticos		1
Antropologia	Antropologia	1
Apatia	Apatia	2
Arrependimento	Arrependimento	1
Áspero	Áspero	1
Assistência	Assistência	2
Desassistência		2
Atenção	Atenção	2
Atendimento	Atendimento	1
Atraso	Atraso	1
Ausência	Ausência	3
Ausência de doença	Ausência de doença	1
Ausência de saúde	Ausência de saúde	1
Auto estima	Auto estima	1
Baixa auto estima		1
Azar	Azar	2
Bactéria	Bactéria	1
Baixa escolaridade	Baixa escolaridade	1
Baixa renda	Baixa renda	1
Batalha	Batalha	1

Batata	Batata	1
Câncer	Câncer	17
Tumores		1
Cansaço	Cansaço	11
Carência	Carência	3
Carne	Carne	1
Células	Células	1
Choro	Choro	1
Cidade	Cidade	1
Cinza	Cinza	1
Cirurgia	Cirurgia	5
Coma	Coma	1
Combate	Combate	2
Comorbidade	Comorbidade	10
Compaixão	Compaixão	1
Compromisso	Compromisso	1
Conduta compartilhada	Conduta compartilhada	1
Conflitos	Conflitos	1
Congênitas	Congênitas	1
Consequência	Consequência	1
Consulta	Consulta	3
Consultas		1
Contaminação	Contaminação	2
Controle	Controle	1
Conviver	Conviver	1
Coriza	Coriza	1
Corpo	Corpo	2
Cronicidade	Cronicidade	1
Cuidado	Cuidado	20
Cuidado paliativo		1
Falta de cuidado		1
Cuidados		1
Cuidados Paliativos		1
Cuidar		1
Descuido		2
Cura		Cura
Curar	1	
Curiosidade	Curiosidade	1
Custo	Custo	2
Custos		1
Debilidade	Debilidade	11
Desabilitado		1
Decepção	Decepção	1
Deficiência	Deficiência	3
Dependência	Dependência	11
Dependência física		1

Depressão	Depressão	19
Desafio	Desafio	4
Desajuste	Desajuste	1
Disfunção	Disfunção	2
Infuncionalidade		1
Funcionalidade afetada		1
Desânimo	Desânimo	2
Desarmonia	Desarmonia	2
Desatenção	Desatenção	1
Descaso	Descaso	3
Desequilíbrio	Desequilíbrio	31
Perda do equilíbrio		1
Desequilíbrio físico emocional social		1
Desespero	Desespero	2
Desestabilização	Desestabilização	1
Desestímulo	Desestímulo	1
Desgraça	Desgraça	2
Desigualdade	Desigualdade	1
Desinformação	Desinformação	1
Desorientação	Desorientação	1
Desordem	Desordem	2
Deterioração	Deterioração	2
Determinação	Determinação	1
Diabetes	Diabetes	4
Diagnóstico	Diagnóstico	9
Difícil	Dificuldade	1
Dificuldade		9
Dificuldades		2
Distúrbios	Distúrbios	1
Dinheiro	Dinheiro	2
Gastos		3
baixa renda		1
Despesa		2
Dor	Dor	88
Dores		1
DST	DST	2
Empatia	Empatia	2
Enfermaria	Enfermaria	2
Enfermeira	Enfermeira	1
Enfermidade	Enfermidade	2
Enterocolite necrotizante	Enterocolite necrotizante	1
Envelhecimento	Envelhecimento	2
Epidemiologia	Epidemiologia	2
Erro	Erro	1
Escuridão	Escuridão	2

Especialidade	Especialidade	1
Esperança	Esperança	4
Desesperança		1
Estado	Estado	1
Estagnação	Estagnação	1
Estresse	Estresse	3
Estress biológico		1
Estress físico		1
Estress social		1
Etiologia	Etiologia	3
Evidência	Evidência	1
Evolução	Evolução	1
Exame	Exames	1
Exames		7
Coleta de exames		1
Exclusão	Exclusão	1
Faculdade	Faculdade	1
Falência	Falência	1
Falta	Falta	1
Falta de Acesso	Falta de Acesso	3
Falta de Acesso a Saúde		1
Inacessibilidade		1
Acesso		1
Família	Família	8
Impacto familiar		1
Má estrutura familiar		1
Abalo familiar		1
Relação familiar		1
contexto familiar		1
Fedor	Fétido	1
Fétido		1
Febre	Febre	3
Felicidade	Felicidade	1
Fim	Fim	1
Físico	Físico	1
Fisiopatologia	Fisiopatologia	2
Fome	Fome	1
Força	Força	6
Fracasso	Fracasso	1
Frágil	Fragilidade	2
Fragilidade		7
Fraqueza		4
Frustração	Frustração	1
Genética	Genética	1
Gorduras	Gordo	1
Gordo		1

Gravidade	Gravidade	1
Gripe	Gripe	1
Guidelines	Guidelines	1
Hábitos ruins	Hábitos ruins	1
Hemorragia periventricular	Hemorragia periventricular	1
Hipertensão	Hipertensão	6
Horror	Horror	1
Hospitais	Hospital	1
Hospital		78
Hospitalização		6
Internação		4
Internamento		8
Idoso	Idoso	1
latrogenia	latrogenia	1
Ignorância	Ignorância	1
Imperícia	Imperícia	1
Impotência	Impotência	1
Inatividade	Inatividade	2
Incapacidade	Incapacidade	18
Incapacitação		5
Incapacitante		1
Incerteza	Incerteza	2
Incômodo	Desconforto	1
Desconforto		4
Inconformabilidade	Inconformabilidade	1
Indisposição	Indisposição	4
Indústria	Indústria	1
Infecção	Infecção	7
Informação	Informação	1
Injeção	Injeção	2
Injustiça	Injustiça	1
Insalubridade	insalubridade	1
Insatisfeito	Insatisfeito	1
Insegurança	Insegurança	3
Instabilidade	Instabilidade	2
Indeterminado	Indeterminado	1
Internalização	Internalização	1
Intervenção	Intervenção	3
Invalidez	Invalidez	1
Irredutibilidade	Irredutibilidade	1
Irregularização	Irregularização	1
Isolamento	Isolamento	1
Irritação	Irritação	1
Leito	Leito	3
Limitação	Limitação	13
Limitações		1

Luta	Luta	7
Luto	Luto	2
Má segurança pública	Má segurança pública	1
Maca	Maca	1
Mal	Mal	1
Mal Estar		34
Mal estar físico e Psicológico	Mal estar	1
Mal estar psicossocial		1
Mal humor	Mal humor	1
Manicômio	Manicômio	1
Manifestação	Manifestação	1
Marginalização	Marginalização	1
Medicalização	Medicalização	1
Medicina		8
Médico		24
Médicos	Medicina	12
Atendimento Médico		1
Cuidados Médicos		1
Medo	Medo	17
Melhora	Melhora	1
Mental		2
Saúde Mental		1
Aspectos emocionais		1
Mal estar Psicológico	Mente	1
Psicológico		2
Psique		1
Psiquiátricas		1
Somatização		2
Psicossomática		1
Morbidade	Morbidade	2
Momento	Momento	1
Moribundo	Moribundo	1
Mortalidade		1
Morte	Morte	65
Mudança	Mudança	2
Mudanças		1
Multidão	Multidão	1
Natural	Natural	3
Necessidade	Necessidade	2
Negatividade	Negatividade	1
Negligência	Negligência	2
Notícia	Notícia	1
Obesidade	Obesidade	3
Obstáculo	Obstáculo	1
Operar	Operar	1
Oportunidade	Oportunidade	2

Sem oportunidade		1
Orgânicos	Orgânicos	1
Órgão alvo	órgão alvo	1
Paciência	Paciência	2
Paciente	Paciente	15
Paliação	Paliação	2
Pápula	Pápula	1
Parasitas	Parasitas	1
Patógeno	Patógeno	2
Patologia	Patologia	6
Pensamento	Pensamento	1
Perda	Perda	3
Perdão	Perdão	2
Perigo	Perigo	2
Persistência	Persistência	2
Persistência do canal arterial	Persistência canalarterial do	1
Pesado	Pesado	1
Pesquisa	Pesquisa	1
Pessoa	Pessoa	1
Pessoas		1
Pneumonia	Pneumonia	1
Pobreza	Pobreza	1
Poliqueixas	Poliqueixas	1
Poluição	Poluição	1
Posto de saúde	Posto de saúde	1
Preconceito	Preconceito	1
Prejuízo	Prejuízo	1
Preocupação	Preocupação	7
Pressão	Pressão	1
Prevenção	Prevenção	14
Problema	Problema	7
Problemas		2
Procedimento	Procedimento	1
Procedimentos		2
Profissão	Profissão	1
Profissionais		1
Profissionais da saúde		1
Prognóstico	Prognóstico	3
Pronto Socorro	Pronto Socorro	3
Qualidade de vida	Qualidade de vida	2
Diminuição da qualidade de vida		1
Perda da qualidade de vida		1
Má qualidade de vida		2
Raiva	Raiva	1

Rastreio	Rastreio	1
Reabilitação	Reabilitação	3
Reclusão	Reclusão	2
Recuperação	Recuperação	2
Relação médico- paciente	Relação médico- Paciente	1
Religião	Religião	1
Fé		1
Remédio	Remédio	50
Remédios		7
Medicação		8
Medicamento		14
Medicamentos		14
Farmacoterapia		1
Resiliência	Resiliência	2
Resistência	Resistência	1
Resolução	Resolução	2
Responsabilidade	Responsabilidade	1
Irresponsabilidade		1
Resposta	Resposta	1
Restrição	Restrição	2
Retinopatia da prematuridade	Retinopatia da prematuridade	1
Retocolite	Retocolite	1
Reclusão	Reclusão	1
Risco	Risco	1
Riscos		1
Rotina	Rotina	1
Rubéola	Rubéola	1
Ruim	Ruim	17
Rush Cutâneo	Rush Cutâneo	1
Sangue	Sangue	3
Saúde	Saúde	23
Falta de saúde		1
Sem saúde		1
Sedentarismo	Sedentarismo	11
Segregação	Segregação	1
Senescência	Senescência	1
Sepse neonatal	Sepse neonatal	1
Seriedade	Seriedade	1
Sintoma	Sintoma	1
Sintomas		1
Sobrecarga	Sobrecarga	2
Sobreviver	Sobreviver	1
Social		1

Fator socioeconômico	Social	1
Sociedade		1
Perda funcional e do convívio social		1
Contexto social		1
Condição social		1
Impacto social		1
Sufrimento		70
Sufrimento Psicológico	Sufrimento	1
Solidão	Solidão	8
Solitário		1
Solução	Solução	1
Sombra	Sombra	1
Sono		4
Privação de sono	Sono	1
Noite mal dormida		1
Stress	Stress	6
Suicídio	Suicídio	1
Sujeira	Sujeira	1
Superação	Superação	3
Superar		1
Superioridade	Superioridade	1
Suporte	Suporte	1
SUS	SUS	2
Temor	Temor	1
Tempo		3
falta de tempo	Tempo	1
Terapia	Terapia	1
Terminal		2
Terminalidade	Terminal	1
Trabalho		2
Falta no trabalho	Trabalho	1
Transmissibilidade	Transmissibilidade	1
Transtorno	Transtorno	3
Tratamento		51
Tratar	Tratamento	1
Trauma	Trauma	1
Tristeza	Tristeza	95
Infelicidade		12
Tuberculose	Tuberculose	2
Úmido	Úmido	1
UTI	UTI	3
Velhice		2
Velho	Velhice	1
Vícios	Vícios	1
Vida	Vida	3

Vida diária afetada	Vida diária afetada	1
Virose	Virose	1
Vontade	Vontade	1
Falta de vontade		1
Vulnerabilidade	Vulnerabilidade	3

ANEXO 1: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado a participar de um estudo denominado REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE E DOENÇA DE ACADÊMICOS DE MEDICINA, cujos objetivos são: Identificar como vocês, acadêmicos do Curso de Medicina representam a saúde, a doença e as suas causas, durante o processo de sua formação; Comparar a representação social que vocês, acadêmicos de Medicina fazem de saúde e de doença e de suas causas, em diferentes períodos da sua formação: primeiro, sexto e décimo segundo períodos. Este estudo se justifica pelo fato das representações sociais de saúde e de doença deflagrarem as ações

comportamentais e atitudinais do estudante frente à prática médica. Apesar de as representações sociais de saúde e de doença serem um tema amplamente estudado e discutido na literatura, este carece de estudos que enfoquem a formação acadêmica do médico. Pretende-se a partir desse estudo identificar essas representações e fomentar a reflexão sobre o tema em questão dentro do meio acadêmico.

Sua participação no referido estudo será no sentido de responder um questionário semi-estruturado sobre o tema referido.

O benefício da pesquisa não se dará diretamente aos participantes, mas haverá contribuição para a comunidade acadêmica envolvida com a área.

Quanto aos riscos apresentados nesta pesquisa são de exposição dos participantes no momento de aplicação do questionário e da perda de seu anonimato.

Estes riscos serão minimizados com o compromisso das pesquisadoras de não revelar a sua identidade. No que diz respeito a aplicação dos questionários, estes serão aplicados pela própria pesquisadora responsável, que separará os termos de consentimento dos questionários por papel de cores diferentes e estes serão colocados em urna distintas.

Você pode interromper a pesquisa a qualquer momento se não se sentir confortável, e a sua autonomia será respeitada.

Sua privacidade será mantida, ou seja, seu nome, qualquer dado/informação a seu respeito, ou ainda, qualquer elemento que possa de qualquer forma lhe identificar, será mantido em sigilo.

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são Rossana Andressa Mazzaro de Figueiredo, Mestranda do Programa de Pós-graduação em Ensino nas Ciências da Saúde das Faculdades Pequeno Príncipe, orientada pela Dra. Leide da Conceição Sanches, com os quais poderá manter contato pelo telefone 41-998278124. Se tiver dúvidas referentes ao projeto de pesquisa poderá manter contato com o Comitê de Ética pelo número 41- 3310-1512 e pelo e-mail comite.etica@fpp.edu.br . Também haverá assistência integral, gratuita e imediata por parte dos pesquisadores.

É também assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como lhe será garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que queira saber antes,

durante e depois da sua participação na pesquisa.

Não haverá nenhum valor econômico a receber ou a pagar por sua participação. Caso tenha qualquer despesa decorrente da sua participação na pesquisa, haverá ressarcimento por parte dos pesquisadores. Caso haja algum dano decorrente da sua participação no estudo, será devidamente indenizado nas formas da lei.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdades Pequeno Príncipe – CEP/FPP sob o parecer nº:

Tendo sido orientado quanto ao teor de tudo o que aqui foi mencionado, se compreendeu a natureza e o objetivo do referido neste estudo e se deseja participar do mesmo, pode, por favor, manifestar seu consentimento?

- Sim, li e me foi esclarecido todo o conteúdo do termo acima. Além disso, estou recebendo uma cópia deste termo, assinado pelo pesquisador.

Nome e assinatura do participante

Declaro que obtive de forma apropriada o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante de pesquisa, representante legal ou assistente legal para a participação neste estudo, e atesto veracidade nas informações contidas neste documento de acordo resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Nome e assinatura da pesquisadora que realizará a pesquisa

Curitiba, de de 2018

