

CORPO, SAÚDE E DOENÇA: QUE REPRESENTAÇÃO DOS ENFERMEIROS ?

*Otília Maria Teixeira Fernandes
Maria dos Anjos Pereira Lopes*

INTRODUÇÃO

Apresentamos neste estudo uma abordagem sobre as representações dos enfermeiros dos conceitos de *corpo*, *de saúde e de doença*. Porque somos professoras da disciplina de enfermagem e estes conceitos são estruturantes (na formação e na prática profissional dos enfermeiros) tentamos identificar os universos semânticos de que estes se apropriam quer na formação inicial, quer na sua prática profissional.

Os enfermeiros prestam cuidados de enfermagem a pessoas em situação de saúde e de doença. Estes cuidados são mediados pelo *corpo* a pessoas incapazes de se tratarem a si próprias, ou por não saberem, ou por não terem vontade de o fazer, ou por necessitarem de ajuda para ter uma morte digna (Henderson, 1962). Sabemos que é no corpo da pessoa que os fenómenos de saúde/ doença acontecem, pois o seu corpo é o seu modo de estar no mundo, é o terreno privilegiado da sua experiência de viver. Os cuidados de enfermagem são sempre mediados e estão impregnados da complexidade que todo o cuidado de enfermagem encerra em si.

No seu quotidiano a pessoa concreta existe pelo seu corpo, não há intervenções no abstracto. E como problematiza Radley (1994), se por um lado não conseguimos ignorar o nosso corpo, por outro, saúde e doença não são somente estados abstractos, são também estados físicos, que interferem com todas as dimensões da vida, pelo que a sua compreensão nos parece fundamental.

Assim, pretendemos conhecer as representações que os enfermeiros (estudantes) construíram sobre estes fenómenos tendo em vista uma intervenção pedagógica mais adequada. Importa conhecer o modo como o conhecimento teórico foi apropriado e o saber das práticas foi reelaborado no vivido do quotidiano, pois um dos grandes obstáculos da aprendizagem é a dificuldade de em romper com o dogmatismo do senso comum. Só com base nessas representações se poderão estabelecer desequilíbrios conceptuais ou mesmo rupturas, se entre o conhecimento comum e o conhecimento científico existir divergência. Será por esta dissonância cognitiva que acontecerá a reconstrução científica o que permitirá reconceber novos modos de conceptualizar e viver uma prática profissional mais eficaz junto das populações.

As representações sociais segundo Moscovici (1976) e Vala (1992) podem ser definidas como modalidades de conhecimento prático, são elaboradas e partilhadas socialmente. As representações são matrizes que nos permitem interpretar, pensar e agir sobre a realidade, funcionam como instrumentos de referência na comunicação, acção e controlo do mundo social, sendo essenciais na compreensão dos fenómenos sociais e simbólicos. Importa-nos explicitar as representações sociais dos enfermeiros sobre os conceitos de *corpo*, *de saúde e de doença* uma vez que estes conceitos existem e permanecem de modo implícito.

As representações sociais do **corpo** poderão ser apreendidas no âmbito das ciências sociais, nomeadamente em Mauss (1936), Bourdieu (1972) e Jodelet (1980), Herzlich (1986), entre outros. No que se refere às questões de *saúde* e da *doença* não podemos deixar de referir os contributos da antropologia, da epidemiologia, da sociologia da saúde e também as reflexões da OMS sobre este conceito.

O corpo tem estado no centro das atenções das ciências sociais. Coube a Mauss (1936) demonstrar que o modo como o homem utiliza o corpo varia de acordo com as culturas. Foi através das práticas corporais que se definiu a sua dimensão instrumental. Estas práticas são verdadeiras técnicas que se constituem como montagens *físico-psico-sociológicas de uma série de actos (...) mais ou menos habituais e mais ou menos antigos na vida do indivíduo e da sociedade*. Para Jodelet (1984), o conhecimento do *corpo* pode compreender experiências imaginárias ou reais, físicas ou psicológicas, podendo compreender tanto o presente como o passado. A forma como ele é representado, estudado, conceptualizado, imaginado, projectado, e experienciado pelos enfermeiros, determina o tipo de cuidados prestados. Será este visto de que modo: corpo-sujeito? corpo-vivido? corpo-objecto? Ou será um conceito em transição? Será que a enfermagem não necessitará de alargar o seu vocabulário/teorização de *corpo* para fazer uma nova abordagem?

Giddens (1992) afirma que o corpo não é apenas uma entidade física, mas um sistema de acção, um modo de *praxis*, um terreno privilegiado das disputas em torno quer de novas identidades pessoais, quer da preservação de identidades históricas, bem como da assunção de híbridos culturais. Concordamos com Turner (1994) nas críticas ao pós-estruturalismo, ao rejeitar construções teóricas e categorias abstractas totalizantes, que criaram um vazio sociocultural e político da condição humana, que estimulou uma elevação do corpo ao lugar até aí ocupado pelo sujeito, agente e indivíduo social.

Que dizer sobre **saúde**? Esta tem sido considerada a ausência de doença, embora se reconheça esta definição como simplista. Contudo, na prática, esta linearidade permanece subjacente nas interacções. Esta é uma noção negativa de saúde, que está a ser posta em causa, nomeadamente em situações de doença crónica, em situações de desconforto e de mal-estar indefinido.

Actualmente a saúde é vista como o resultado do equilíbrio dinâmico entre o indivíduo e o seu meio. Este equilíbrio refere-se ao desenvolvimento de possibilidades de natureza biológica, psicológica e social de modo que cada um determine a sua funcionalidade, face ao seu contexto e projectos de vida, de modo a atingir a sua máxima competência. Daí que os convencionais indicadores de saúde - mortalidade, morbidade, factores de risco, incapacidades - estejam a ser repensados por uma concepção de saúde mais construtiva, como seja a avaliação da capacidade dos indivíduos de se ocuparem das suas funções pessoais, sociais e de trabalho, de tal forma que a pessoa saudável detém um capital de reserva de energia capaz de enfrentar os constrangimentos quotidianos (Bury;1994).

Coliére (1989), enfermeira francesa que fez alguns estudos sobre enfermagem e saúde, o seu conceito de saúde representa um bem-estar dinâmico, que tem a ver com um desenvolvimento e uma mudança.; com os bons cuidados prestados ao corpo; com o uso da mente de uma forma construtiva; com a expressão das emoções de forma efectiva; com o envolvimento salutar com o meio. Se isto acontece, o corpo apresenta-se com saúde aos vários níveis de consciência.

A problemática da **doença** tem sido abordada de diferentes modos, segundo as épocas, posições e condições sociais; assim, são diferentes os resultados das complexas interacções dos processos biológicos e da sociedade no que se refere ao cancro, às doenças cardio-vasculares e mais recentemente à sida. Particularmente o cancro e a sida demonstram que a doença é socialmente definida, pelos comportamentos sociais de aceitação/rejeição que uma e outra determinam.

A saúde é um estado natural para o indivíduo, a doença ao contrário não é natural não provem do indivíduo, deriva da introdução (no corpo) real ou simbólica de elementos nocivos. A doença é um estado que afecta o corpo do indivíduo e constitui um fenómeno da actividade médica e do sujeito/doente. O médico ao interpretar os sintomas do doente, atribui-lhes um significado – diagnóstico

médico e inicia um tratamento/ medicalização, mas o doente possui também um modelo explicativo para a situação, que ao estar enraizado na sua cultura, reflecte os valores sociais dessa cultura, que podem ou não coexistir com as categorias do saber médico. Para os antropólogos o modelo explicativo da doença, não é a tradução objectiva de sinais e sintomas, a significação faz parte da mesma realidade cultural e modela-a. Adam e Herzlich (1986) ao citarem Good e Good referem que por exemplo na China os sintomas de doença mental (depressão) assumem muitas vezes sintomas corporais, o mesmo não acontece na sociedade ocidental.

As representações sociais de *corpo, de saúde, e de doença* fazem a articulação de ideias em torno de que esquemas dominantes de modo a percebermos melhor o que dá coerência, ao exercício e práticas de cuidados dos enfermeiros.

Porque os conceitos de *corpo, de saúde e de doença* são conceitos estruturantes na formação dos enfermeiros procuramos identificar os universos semânticos daqueles conceitos que este grupo profissional estruturou (a sua prática reflecte de modo consciente ou inconsciente a integração da formação e da prática) e verificar as diferenças e as comunalidades das dimensões centrais da representação destes conceitos em relação ao género. Neste estudo colocámos as seguintes questões:

- *De que falam os enfermeiros quando falam de corpo?*
- *Será que o corpo são ou doente, serão para estes entidades distintas?*
- *Que significado e representação atribuem os enfermeiros à situação de estar com saúde e de estar doente?*

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este trabalho é composto por dois estudos. O primeiro estudo é exploratório¹ pretende compreender os universos semânticos dos conceitos *de corpo, saúde e doença* na representação dos enfermeiros. O segundo estudo pretende analisar os resultados após o término da frequência dos CESE's, e verificar o efeito da formação.

A **população** foi constituída por todos os alunos dos Cursos de Estudos Superiores Especializados de Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanda Resende em Lisboa, num total de **98 sujeitos**. Utilizamos a técnica de associação livre de palavras nos três estímulos: "*Corpo faz-me pensar em...*" e "*Saúde faz-me pensar em...*" e "*Doença faz-me pensar em...*". A utilização desta técnica permite-nos verificar como pensam, sentem e representam simbolicamente as dimensões de *corpo, de saúde e de doença*. As palavras possíveis foram colocadas com os verbos no infinito e os adjectivos no masculino e no singular. Mantiveram-se palavras que poderão ter o mesmo significado. Este tratamento pode basear-se no critério de raiz etimológica, pois que outro tipo de redução exigirá o recurso a juizes.

No tratamento efectuado recorreu-se à análise textual no programa SPAD T, versão 1.0 (CISIA 1989), e realizaram-se Análises Factoriais de Correspondências (AFC) para interpretação dos universos semânticos enquanto indicadores de dimensões de significação de *corpo, saúde e doença* e consideramo-los *variáveis dependentes*. Estas dimensões foram cruzadas com quatro *variáveis independentes* - sexo, idade, curso e experiência profissional.

O SPAD- T constrói tabelas de contingência, nas quais os conjuntos de palavras retidas em cada AFC correspondem às linhas, e os conjuntos das modalidades ou categorias de diferentes variáveis independentes nominais correspondem às colunas. O tratamento assenta na decomposição na tabela ou matriz de base em tabelas mais simples. A apresentação dos resultados surge em

¹ - É deste primeiro estudo que aqui falamos. O segundo encontra-se em fase de tratamento de dados.

factores, o que torna fácil a interpretação das propriedades estruturais dos universos semânticos, pelas relações de proximidade e oposição entre eles e as colunas das tabelas.

Para interpretar os resultados de uma AFC, atribuem-se significados aos factores (designados eixos factoriais ou de inércia) segundo as características (ou variáveis), que os explicam. Para cada factor em análise, de acordo com o seu *valor próprio* a interpretação tem como base a análise da contribuição absoluta de cada ponto, ou seja, a participação de cada variável nesse eixo ou factor. Cada factor em princípio é explicado pelas variáveis que têm valores mais elevados (contribuição absoluta). Por outro lado a contribuição relativa (ou *cousinus carré*) mostra a quantidade de variância, explicada pelo factor, isto é, como descreve Lorenzi-Cioldi (1983), mede a contribuição do eixo factorial na explicação da variável.

As *contribuições absolutas e relativas* são definidas como "ajudas" de interpretação. São índices de interpretação que acompanham a análise a fim de evitar erros que decorrem do facto da massa dos pontos não figurar nos gráficos. De forma inversa e complementar à contribuição relativa, ela indica a proporção na qual uma modalidade dá um sentido ao factor. As *contribuições relativas* são expressas em certo sentido pelo grau de eficácia da explicação da variância duma modalidade pelo eixo. A soma de todas as contribuições relativas para todas as modalidades de um factor é igual a 100 %.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados dos três estímulos permitem-nos a análise que passamos a referir. Foram retidas somente as palavras cuja frequência foi superior a nove (9) ocorrências.

Quadro -1

Palavras retidas por ordem de frequência no estímulo "*Corpo faz-me pensar em...*"

Palavras	Frequência
saúde	26
beleza	24
movimento	19
doença	19
pessoa	19
harmonia	19
desporto	16
vida	14
cabeça	14
bemestar	13
alma	13
roupa	12
cuidar	12
prazer	11
equilíbrio	11
mãos	11
vestuário	10
homem	10
morte	9
higiene	9
comunicação	9
sistema	9
espírito	9
pernas	9
tronco	9

No que se refere ao estímulo "*Corpo faz-me pensar em...*", obtivemos 1085 palavras, sendo 41,3% diferentes do total (quadro -1) As palavras mais

frequentemente mencionadas são: *saúde, beleza, movimento, doença, pessoa, harmonia e desporto*. Estas palavras sugerem ser elementos intervenientes no conceito de saúde. O que sendo o grupo estudado de enfermeiros, estes parecem associar o conceito de corpo ao conceito de saúde. Será legítimo pensarmos que se referem a corpo saudável?

A palavra *saúde* surge 26 vezes e a palavra tronco 9 vezes, frequência máxima e mínima na análise.

Como resposta à associação livre de palavras ao estímulo "**Saúde faz-me pensar em.**" como se vê no quadro – 2 obtivemos 1035 palavras, das quais 362 (35,0 %) são palavras distintas, do total. Foram retidas 673 palavras (representando 65,0 % do total inicial), sendo 20 palavras diferentes. As palavras mais frequentemente associadas foram as que se seguem no quadro seguinte onde se podem ver quais as seis (6) palavras mais frequentemente mencionadas - *bem-estar, alegria, equilíbrio, felicidade, vida e doença* - que nos sugerem ser os elementos intervenientes no conceito de saúde. A palavra *bem-estar* aparece 74 vezes e a palavra *pessoa* 9 vezes máximo e mínimo considerados.

Quadro - 2

Palavras retidas por ordem de frequência no estímulo "*Saúde faz-me pensar em...*"

Palavras	Frequência
bem-estar	74
alegria	53
equilíbrio	33
felicidade	31
vida	24
doença	23
enfermeira	19
hospital	16
alimentação	15
desporto	15
família	15
harmonia	14
médico	13
sol	11
trabalho	11
prevenção	11
férias	10
liberdade	9
independência	9
pessoa	9

No estímulo "**Doença faz-me pensar em...**", o total de palavras foi de 1139. Destas 32,8 % são distintas do total. *Hospital, dor, sofrimento, médico, enfermeira, tristeza e morte* são as palavras que apresentam maior frequência. As palavras identificadas remetem-nos para dimensões relativas à doença, parecendo ter como quadro de referência o hospital. O conceito de centro de saúde não aparece, o que poderá sugerir a pouca importância ainda atribuída aos cuidados de saúde primários, mesmo entre profissionais de saúde.

O facto do local de trabalho do grupo estudado ser predominantemente hospital indicia o pouco relevo dada à promoção e prevenção da saúde.

Tendo como objectivo avaliar as possíveis diferenças dos universos semânticos entre o género, foi construído o índice de homogeneidade² dos dicionários produzidos por enfermeiros e enfermeiras. No quadro – 4, pode ver-se que o grupo masculino apresenta valores mais elevados no índice de homogeneidade (0.11) do que as mulheres enfermeiras (0.03). Quando surgem

² -O índice de homogeneidade pode variar entre zero (0) e um (1). O zero (0) indica o máximo de concentração das respostas do grupo, o que significa a utilização de um universo semântico semelhante, ou uma mesma norma de associação (Vala, 1884, Amâncio, 1989, Lima, 1983, Oliveira, 1995).

valores elevados, significa que estamos em presença de grupos, que não utilizam dicionários comuns, ou seja, que não partilham a mesma representação sobre um determinado objecto. Podemos concluir que em termos de representação, existe uma maior homogeneidade do seu dicionário nas mulheres enfermeiras. Também o grupo etário mais baixo e o grupo com menor experiência profissional possuem índices de homogeneidade mais elevados. Que significará tal facto? A enfermagem tem-se caracterizado por ser uma profissão essencialmente feminina, apenas nos últimos anos o número de homens tem vindo a aumentar. Poder-se-á pensar que os homens estão menos aculturados profissionalmente? Ou será que existe uma visão masculina destes fenómenos?

Quadro - 3

Palavras retidas por ordem de frequência no estímulo "*Doença faz-me pensar em...*"

Palavras	Frequência
hospital	65
dor	57
sofrimento	45
médico	42
enfermeira	36
tristeza	33
morte	32
mal-estar	32
medicamentos	27
cama	26
angústia	24
solidão	21
saúde	18
dependência	17
tratamento	16
incapacidade	14
medo	14
desconforto	13
ajuda	13
família	13
cuidar	12
internamento	10
isolamento	10
desequilíbrio	9

Em relação ao número médio de palavras produzidas ele é idêntico entre o género para os conceitos de *saúde e doença*, no entanto, no que se refere à palavra *corpo* as mulheres apresentam um número médio mais elevado. Será porque as mulheres possuem uma relação maior com o corpo?

QUADRO - 4

Número total de palavras produzidas, palavras distintas palavras retidas, índice de homogeneidade segundo o género e os estímulos (*Corpo, saúde e doença*)

Sexo	Nº. de Ocorrências	Média Palavras	Índice de Homogeneidade	N.º de Associação	N.º de Palav.ret
" <i>Corpo faz-me pensar em...</i> "	M - 191	10.6	.11	21	57
	F - 894	13.7	.03	265	294
" <i>Saúde faz-me pensar em...</i> "	M - 198	11.0	.11	19	79
	F - 837	10.5	.03	20	336
" <i>Doença faz-me pensar em...</i> "	M - 207	11.5	.11	24	115
	F - 932	11.6	.03	24	25

A partir das AFC das palavras retidas para o conceito de **corpo** observou-se o resultado dos valores próprios e o da variância explicada (24.43 %) para os três factores deste estímulo. As principais palavras que entram na análise estão resumidas no quadro - 4, e nos gráficos das figuras 1 e 2. Verificamos existir no

1º factor palavras como *tronco, cabeça pernas e mãos (corpo anatómico)* em oposição a palavras como: *vestuário, bem-estar e higiene (corpo ser-social)*. À junção dos dois vectores demos a designação de *corpo objecto (entidade física)*.

O 2º eixo factorial apresenta palavras *movimento, comunicação, beleza, prazer e mãos* que denominamos *movimento*, em oposição surgem palavras como *doença, saúde, homem e tronco* e traduzimos por *corpo sadio/doente*. A esta totalidade demos o nome de *corpo instrumento de acção*.

No 3º factor encontramos palavras como *espírito, bem-estar e alma* que designamos por *corpo interior* por oposição a: *roupa e homem (corpo exterior)*. Da conjugação de ambos os vectores designamos a dimensão *corpo que fala/ corpo discursivo*, corpo que é revelador da identidade profunda.

À luz destes três factores e de acordo com os quadros de referência subjacentes que se têm preocupado com o corpo podemos dizer que o conceito para este grupo de enfermeiros reflecte uma matriz de objectividade mecânica (cabeça, tronco, pernas e mãos), corpo **entidade física**. O corpo **instrumento da acção** é um corpo funcionante em que há actividade /movimento que é sinónimo de *estar vivo*. Expressa sentimentos, emoções, movimentos corporais e que encontra-se ligado quer a comportamentos verbais, quer a comportamentos físicos. O corpo/instrumento de acção apresenta-se como objecto de trabalho, tanto nas sociedades rurais como urbanas. Nas primeiras é valorizada a força física, nas segundas predomina o trabalho intelectual, estético e lúdico entre outros. O corpo saúda, o corpo fala, o corpo é **discursivo** é comunicação. Este comunica com os olhos, mãos, com as mãos com a cabeça, com todo o corpo. O corpo trai-nos, fala quando não queremos e não somos capazes de o controlar. O corpo marca a distância social. O corpo diz quem somos, funciona como lugar de categorização social, como superfície de marcas distintivas, operadas nos modos de apresentação e representação do eu (Bourdieu; 1979).

Quadro - 5

Coordenadas, contribuições absolutas e contribuições relativas

"Corpo faz-me pensar em...",

Palavras	Coordenadas			Contribuições Absolutas			Contribuições Relativas		
	F1	F2	F3	F1	F2	F3	F1	F2	F3
Alma	-30	-72	108	16	40	101	.05	.10	.23
Beleza	-26	.66	-37	8	65	22	.03	.18	.06
Bem-estar	-97	-54	136	66	24	172	.14	.04	.28
Cabeça	1.78	-61	.28	220	31	.7	.55	.06	.01
Comunicação	-39	.83	.33	.7	37	.7	.02	.08	.01
Quadr	-36	-24	-16	8	.4	.2	.02	.01	.00
Desporto	-04	.57	-.28	0	37	10	.00	.07	.02
Doença	-23	-.85	-.56	5	82	39	.01	.20	.09
Equilíbrio	-55	-.17	.51	17	.2	19	.05	.00	.04
Espírito	-.72	-.28	157	23	.4	146	.06	.01	.30
Harmonia	-.24	.46	-.18	.6	24	.4	.02	.06	.01
Higiene	-.87	-.77	.04	34	32	.0	.08	.06	.00
Homem	-.12	-.89	-.164	.1	48	17.8	.00	.08	.26
Morte	.17	.81	-.08	.1	36	.0	.00	.08	.00
Movimento	-.01	1.07	.15	0	164	.4	.00	.29	.01
Mãos	1.16	1.27	.55	73	107	22	.14	.17	.03
Pernas	241	-.28	.78	261	.4	37	.51	.01	.06
Pessoa	.26	-.59	-.39	.6	40	19	.01	.08	.03
Prazer	.22	1.04	-.54	.3	78	23	.01	.15	.04
Roupa	.14	-.13	-.120	.1	.1	124	.00	.00	.21
Saúde	-.30	-.55	-.39	12	46	26	.04	.13	.06
Sistema	.20	-.29	-.75	.2	.5	34	.01	.01	.07
Tronco	1.96	-1.02	.16	172	56	.1	.47	.13	.00
Vestuário	-.94	-.42	-.02	49	11	.0	.10	.02	.00
Vida	-.33	.48	.16	.9	22	.3	.02	.05	.01
Valores próprios	.57	.48	.43						
Variância	9.83	8.18	7.42						
% Variância explic.	24.43 %								

Será que o corpo para os enfermeiros revela uma dicotomia corpo-espírito? Ou será uma compreensão profunda do *corpo como objecto* que é simultaneamente um *corpo vivido* e um *corpo percebido*? Esse corpo nomeado de *corpo discursivo* no 3º factor. O corpo fala da pessoa que ela é, na relação intrínseca entre o que é e o que mostra ser. Este conceito de corpo enquadra-se no pensamento de Merleau-Ponty (1962) e Damásio (1998), ao realçarem a «interactividade das várias dimensões da pessoa e das suas relações com o mundo»

Figura - 1
AFC das palavras referentes a "Corpo faz-me pensar em...",
(Eixos 1 /horizontal e Eixo 2/vertical)

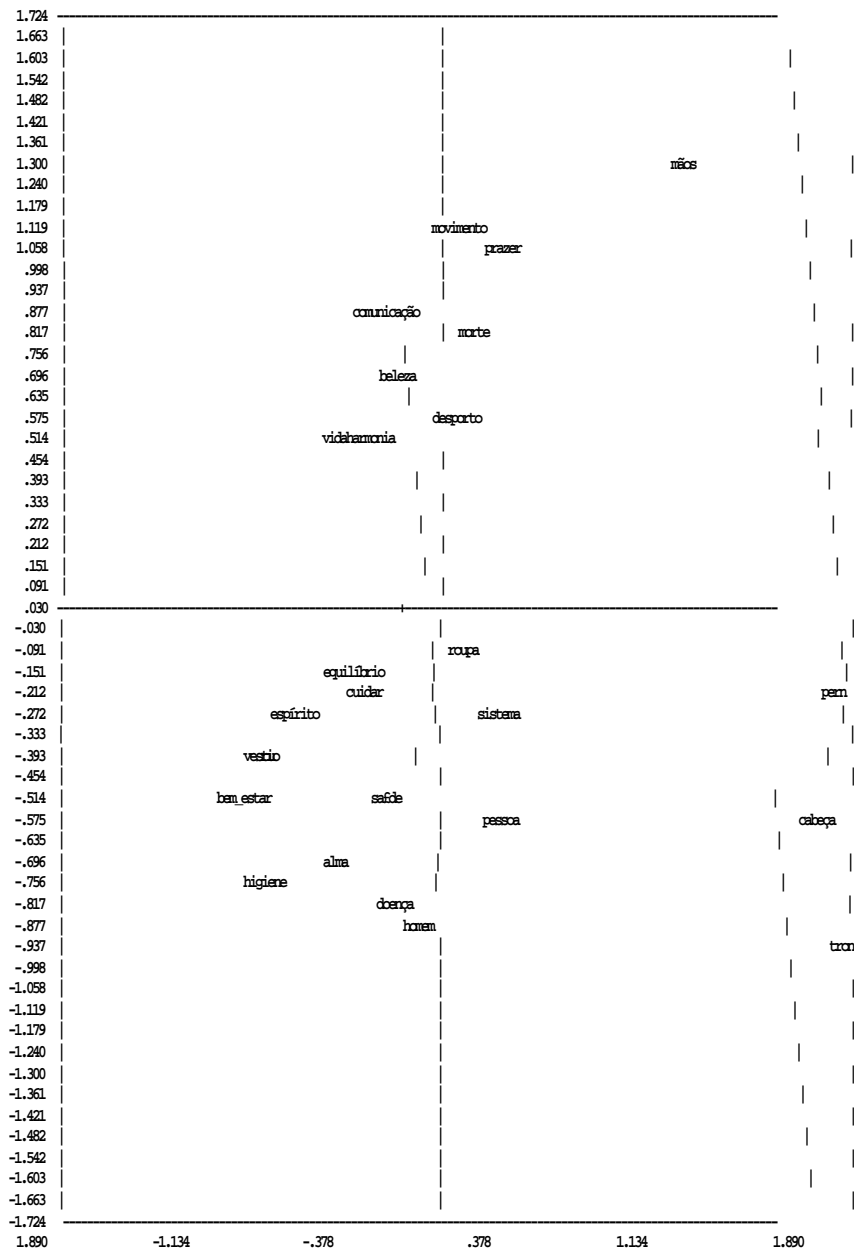
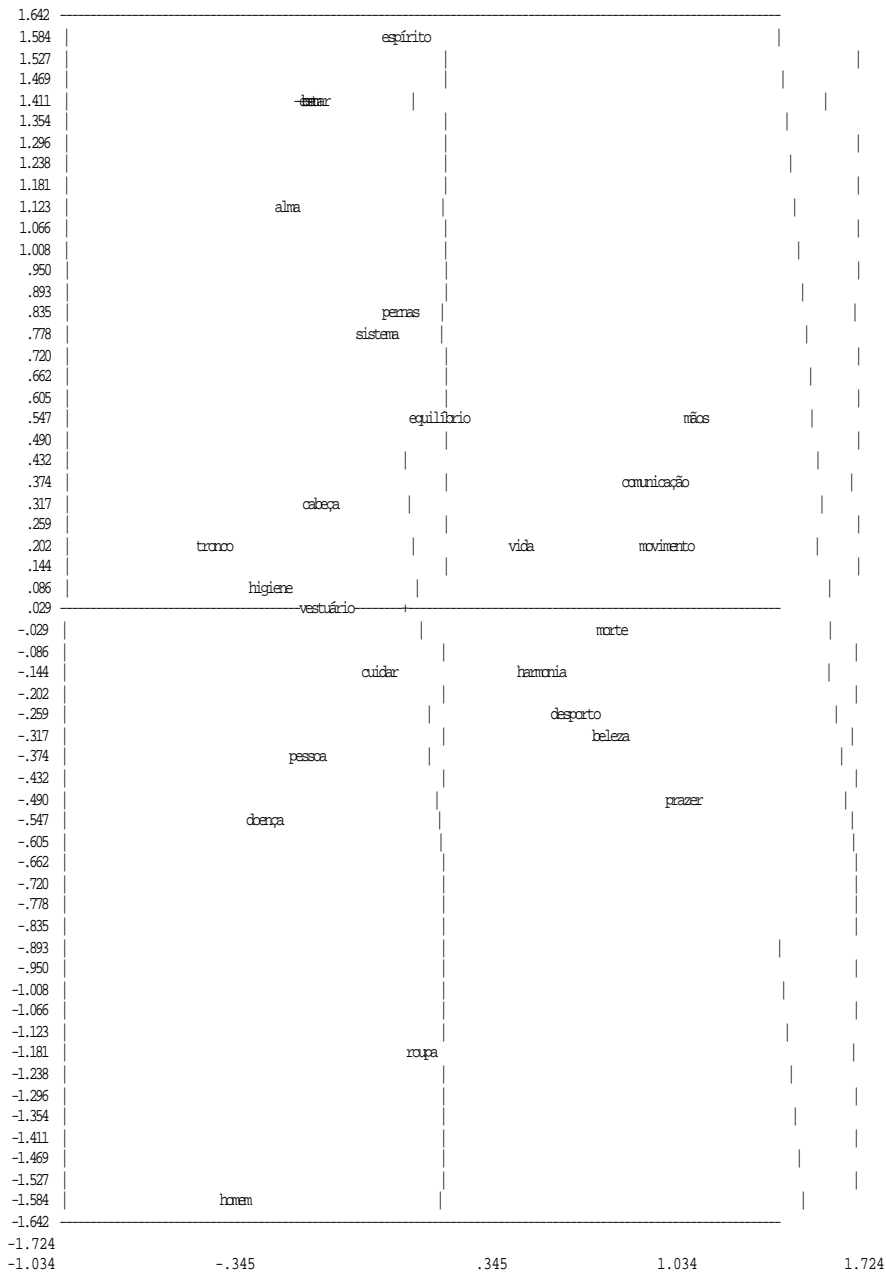


Figura – 2
AFC “Corpo faz-me pensar em...,
eixos 3 e 4)



No quadro – 6 e figuras 2 e 3 relativamente ao **estímulo saúde** no 1º factor encontramos no pólo positivo palavras como *bem-estar, trabalho, felicidade, equilíbrio e harmonia* que parecem traduzir *harmonia/vida plena* e que se opõem a *médico, enfermeira, hospital e doença*, o que parece implicar situação de doença grave com internamento hospitalar. Da junção destes dois elementos traduzimos **saúde como ausência total de doença**.

Quadro - 6
 Coordenadas, contribuições absolutas e contribuições relativas
 “Saúde faz-me pensar em...,”

Palavras	Coordenadas			Contribuições Absolutas			Contribuições Relativas		
	F1	F2	F3	F1	F2	F3	F1	F2	F3
Alegria	.31	.13	-.29	2.8	.7	3.9	.11	.02	.09
Alimentação	-.70	.18	-.47	3.9	.4	2.9	.08	.01	.04
Bem-estar	.19	.17	-.04	1.5	1.5	.1	.09	.06	.00
Desporto	-.43	-.46	-.80	1.5	2.4	8.4	.04	.04	.13
Doença	-.89	.07	.62	9.7	.1	7.8	.28	.00	.14
Enfermeira	-1.18	-.41	-.19	14.1	2.4	.6	.43	.05	.01
Equilíbrio	.10	.04	-.10	.2	.0	.3	.01	.00	.01
Família	.28	.02	-.10	.6	.0	.1	.01	.00	.00
Felicidade	.62	.25	.17	6.3	1.5	.8	.17	.03	.01
Férias	1.17	-1.43	.78	7.2	15.3	5.4	.15	.22	.07
Harmonia	.23	.18	.01	.4	.3	.0	.01	.01	.00
Hospital	-1.08	-.31	.20	9.9	1.2	.6	.28	.02	.01
Independência	1.35	-2.78	-.64	8.7	51.8	3.2	.14	.58	.03
Liberdade	.39	.82	1.52	.7	4.5	18.2	.02	.08	.26
Médico	-1.38	-.62	-.20	13.1	3.7	.5	.42	.08	.01
Pessoa	-.94	.29	1.21	4.2	.6	11.6	.11	.01	.18
Prevenção	-1.06	-.23	.23	6.5	.4	.5	.15	.01	.01
Sol	.49	1.05	-.58	1.4	9.0	3.3	.04	.17	.05
Trabalho	.84	.04	1.75	4.1	.0	29.5	.09	.00	.38
Vida	.51	.48	.33	3.3	4.1	2.3	.11	.10	.05
Valores próprios	.46	.32	.28						
Variância	13.24	9.43	8.01						
% de inércia	30.67 % percentagem acumulada								

No 2º factor o pólo positivo apresenta palavras como: *sol, vida e liberdade* que denominamos por *vida boa*; por oposição encontrámos: *independência, autonomia, férias e desporto* que justificamos como *trabalho e lazer*. Da fusão destes dois pólos encontramos a dimensão *saúde é autonomia de movimentos*.

No 3º factor surgem palavras como *trabalho pessoa férias e doença* que denominamos por *vida quotidiana*. Em oposição surgiram as palavras: *alegria, desporto, alimentação, sol e liberdade* que designamos por vida plena. Da análise global destes dois vectores surgiu a designação: **equilíbrio harmonioso**.

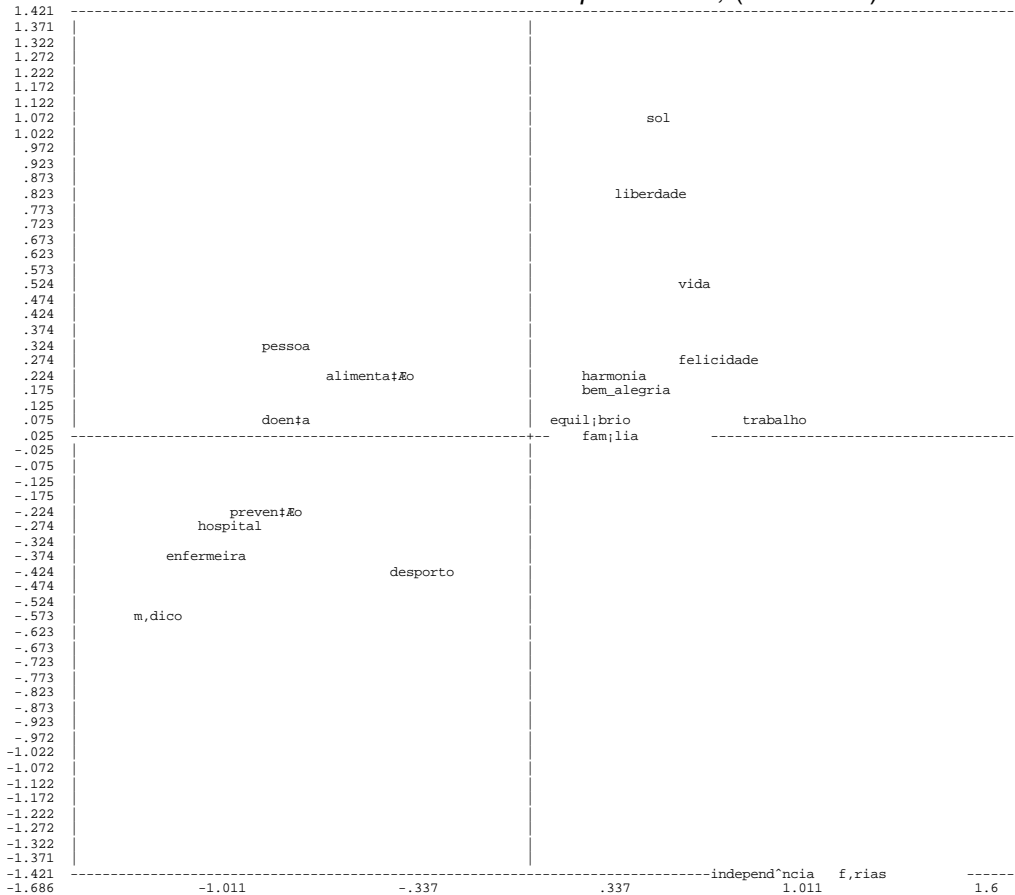
Estes dados aponta-nos para um modelo social dominante em que é necessário ausência total de doença para se estar com saúde, assim a prioridade vai para o tratamento e não para a prevenção e promoção da saúde. Este grupo parece submerso por um discurso medicalizado, vendo a saúde como um fenómeno de exclusão de doença, o que em si mesmo é um processo redutor.

Golberg, citado por Bury (1979) refere que a maior parte das definições de saúde são classificadas num dos três modos seguintes: a saúde é abordada como uma percepção de bem-estar, ou vista como uma capacidade do indivíduo desempenhar tarefas e papéis para os quais socialmente lhe são atribuídos ou ainda, um permanente e adequado ajustamento do corpo ao ambiente. Neste estudo é possível encontrar somente no 2º factor a abordagem funcional definida por Golberg, em que **a autonomia de movimentos** dá a possibilidade à pessoa de cumprir o seu papel social.

O nosso estudo revela no 3º factor **equilíbrio harmonioso**, uma das três ideias essenciais de uma boa saúde, que é equilíbrio, harmonia e plenitude de vida segundo Berthet, citado por Bury. Neste estudo não encontramos uma das ideias essenciais de boa saúde que o autor citado define como força *potencial de*

reserva. A presença dos três factores no mesmo grupo de sujeitos demonstra que a concepção de saúde não é estática, como poderia sugerir o 1º factor, mas sim engloba outras áreas da vida dando sentido a esta e possibilitando o desenvolvimento de actividades e potencialidades da pessoa/sociedade em perpétua mutação.

Figura – 3
AFC “Saúde faz-me pensar em.”, (eixos 1 e 2)

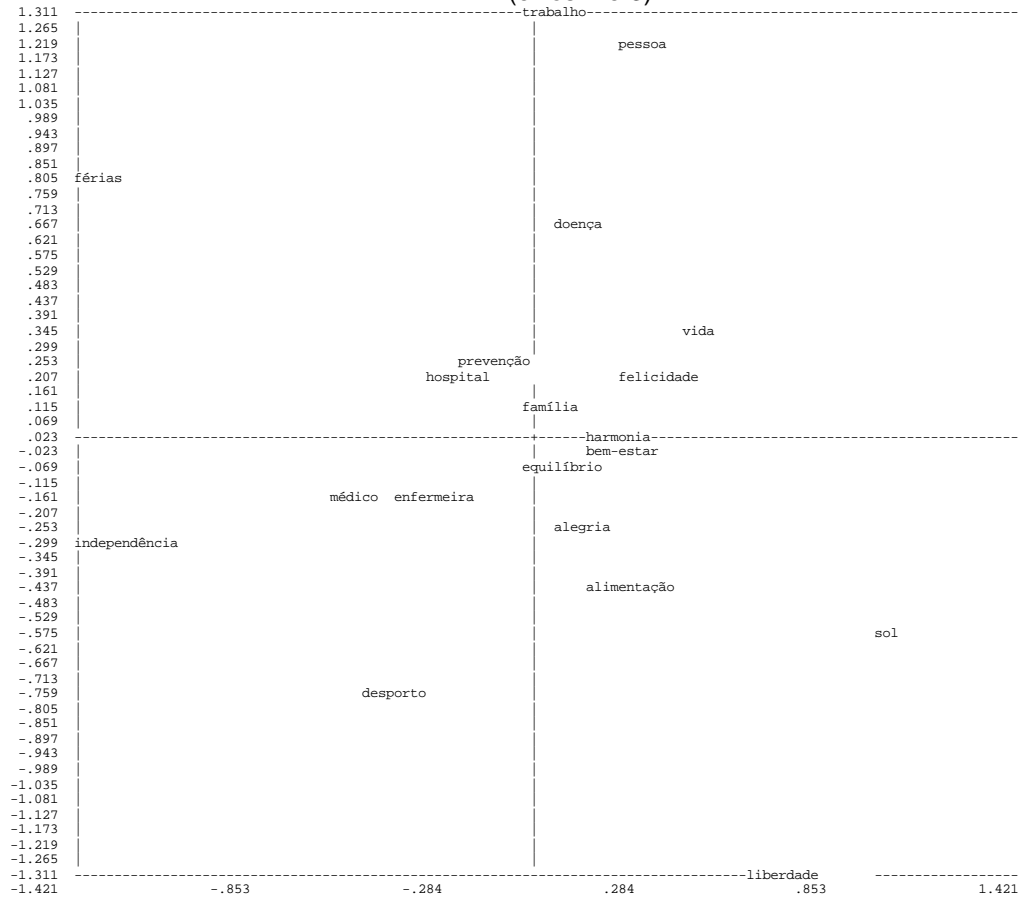


Os resultados do estímulo “**Doença** faz-me pensar em...” , podem ser vistos no quadro –7 e nos figuras gráficas 5 e 6. No 1º factor ressaltam as palavras como *dependência mal-estar, ajuda e incapacidade* que se opõem a palavras como *médico enfermeira, cama, família hospital e medicamentos*. Existe uma representação da doença traduzida por uma **dependência dos técnicos de saúde**.

No 2º factor as palavras *cuidar, saúde, medo e morte* opõem-se a termos como *solidão, isolamento, dor e família*. Há como que uma necessidade de cuidar, que exige **prestação de cuidados**.

No 3º factor surgem palavras como incapacidade, dependência, ajuda internamento e medicamentos a que se opõem as palavras desconforto, desequilíbrio cuidar e mal-estar. A situação de doença é uma situação de **incapacidade e desconforto**.

Figura – 4
AFC “Saúde faz-me pensar em...,”
(eixos 2 e 3)



Quadro - 7
Coordenadas, contribuições absolutas e contribuições relativas
“Doença faz-me pensar em...,”

Palavras	Coordenadas			Contribuições Absolutas			Contribuições Relativas		
	F1	F2	F3	F1	F2	F3	F1	F2	F3
	Ajuda	.90	.15	.32	6.2	.2	.9	.14	.00
Angústia	.25	.29	-.18	.9	1.3	.6	.02	-.03	.01
Cama	-.77	-.15	.22	9.2	.4	.9	.23	.01	.02
Cuidar	.80	-1.85	-.99	4.6	27.0	8.3	.08	.44	.12
Dependência	.85	-.31	1.12	7.2	1.0	15.1	.15	.02	.27
Desconforto	.43	-.16	-1.62	1.4	.2	24.2	.02	.00	.33
Desequilíbrio	.30	.04	-.94	.5	.0	6.2	.01	.00	.12
Dor	-.06	.34	-.07	.1	4.3	.2	.00	.14	.01
Enfermeira	-.73	-.34	-.03	11.4	2.7	.0	.37	.08	.00
Família	-.86	-.57	-.45	5.8	2.8	1.9	.11	.05	.03
Hospital	-.38	-.13	-.01	5.7	.7	.0	.22	.03	.39
Incapacidade	.63	-.42	1.63	3.3	1.6	26.4	.06	.03	.08
Internamento	.66	.05	-.78	2.6	.0	4.3	.06	.00	.00
Isolamento	.03	.84	-.06	.0	4.7	.0	.00	.11	.00
Mal-estar	.59	-.02	-.42	6.6	.0	4.0	.14	.00	.07
Medicamentos	-.53	-.33	.34	4.6	2.0	2.2	.12	.05	.05
Medo	.52	1.13	-.26	2.2	11.8	.7	.05	.26	.01
Morte	-.08	.39	.13	.1	3.3	.4	.00	.08	.01
Médico	-.70	-.13	-.01	12.2	.5	.0	.44	.02	.00

Saúde	.92	-1.38	.29	9.0	22.6	1.0	.18	.40	.02
Sofrimento	-.06	.35	.15	.1	3.6	.7	.00	.10	.02
Solidão	.38	.65	-.18	1.8	5.9	.5	.04	.12	.01
Tratamento	.51	.54	.30	2.5	3.1	1.0	.5	.05	.02
Tristeza	.32	.09	.14	2.0	.2	.5	.05	.00	.01
Valores próprios	.28	.25	.24						
Variância	9.79	8.83	8.20						
Variância total explic.		26.82%							

Figura – 5
AFC “Doença faz-me pensar em...,”
(eixos 1e 2)

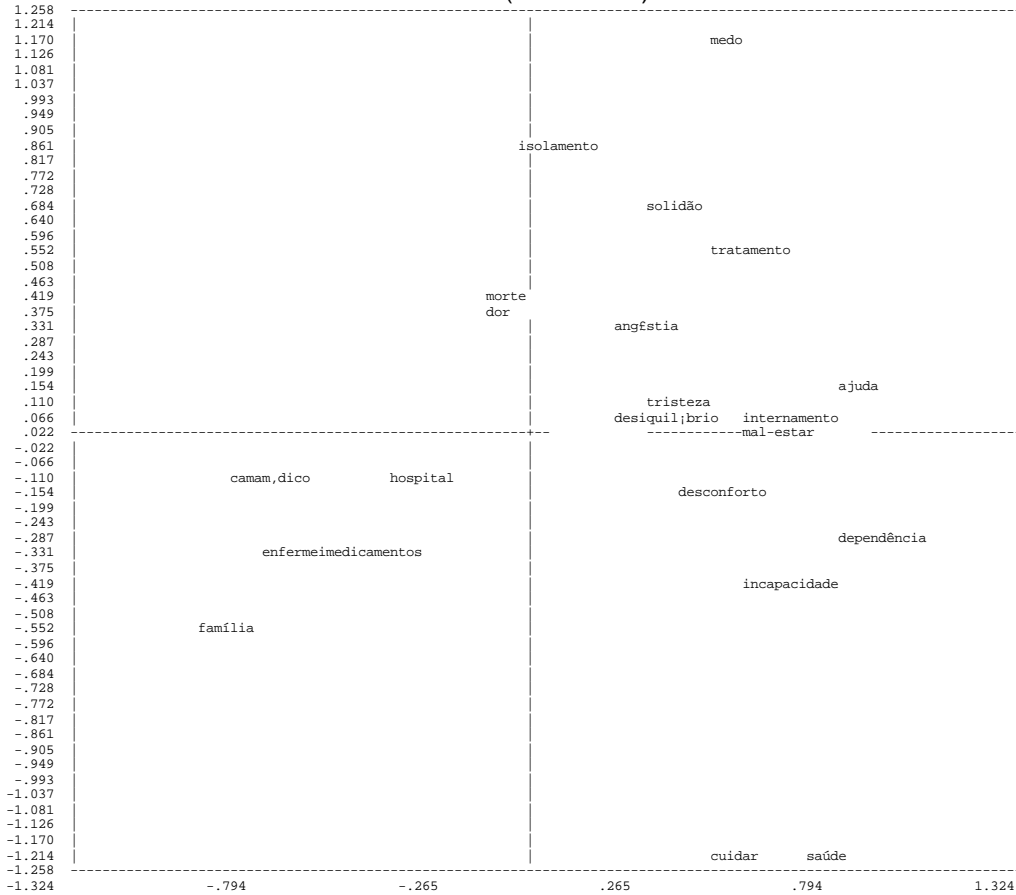
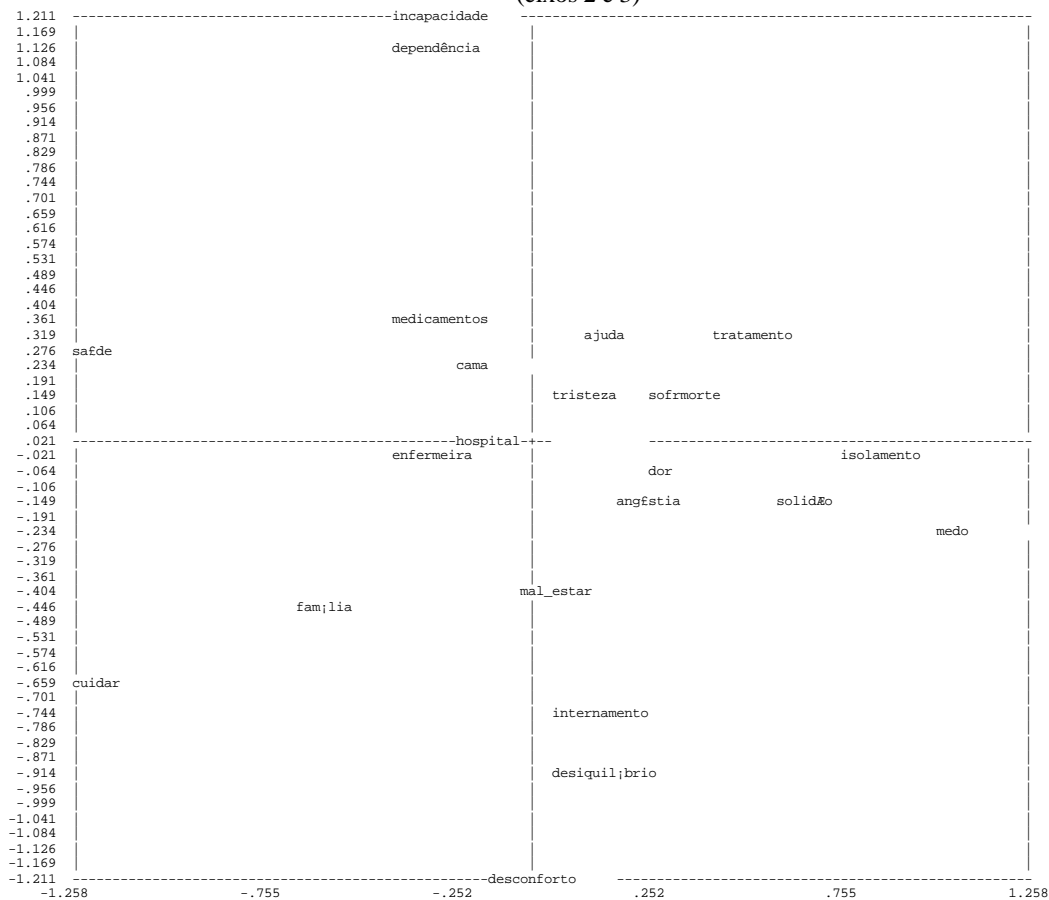


Figura – 6
AFC “Doença faz-me pensar em...,”
(eixos 2 e 3)



Conclusão

Neste estudo identificamos a representação dos enfermeiros sobre os conceitos de *corpo*, *de saúde* e *de doença*, da análise podemos concluir que os enfermeiros (homens) possuem um universo semântico menos homogêneo que as enfermeiras. Questionamo-nos que factores ocorrerão? Terá sido a sua chegada mais tardia à profissão? Ou a enfermagem é uma profissão a que se associa à dimensão do cuidar, mais identificada com o papel social feminino (dominado) e os homens identificam-se com o papel social masculino (dominante), mas, e a cultura da profissão?

Quadro – 9
Dimensões que emergiram dos conceitos de *corpo*, *saúde* e *doença* na representação dos enfermeiros

Dimensões Conceito	1º factor	2º factor	3º factor
Corpo	entidade física	Corpo/instrumento de acção	Corpo discursivo
Saúde	Ausência total de doença	Autonomia/movimento do corpo	Equilíbrio harmonioso
Doença	Dependência dos técnicos de saúde	Prestação de cuidados	Incapacidade e desconforto

A média de palavras produzidas pelas enfermeiras é superior em número, no conceito *corpo*, à média das palavras produzidas pelos homens. Será de facto a posição da mulher enfermeira que lhe permite uma maior relação com o *corpo*?

O conceito de *corpo, saúde e doença* na representação dos enfermeiros pode em síntese ser observado no quadro anterior.

O corpo em primeiro lugar é representado como **entidade física** composta por partes (corpo anatómico), em 2º lugar o corpo é visto como **instrumento de acção**, expressa trabalho, saúde, movimento e vida. Por último surge como um **corpo discursivo**, um corpo que fala. Verificamos que o corpo está intimamente incorporado pela representação de saúde e doença, o que em nossa opinião, tem a ver com a relação profissional deste grupo ter como objecto de trabalho o corpo, e ter de lhe prestar cuidados em situação de saúde e de doença.

No estímulo **saúde** os enfermeiros têm desta representação em 1º lugar uma **ausência total de doença**, o que nos parece bastante redutor. Porém, em 2º lugar consideram-no de **autonomia de movimentos** do corpo e por último de **equilíbrio harmonioso**. Pensamos que a definição de conceito da saúde da OMS ainda está presente nesta representação. Hoje esta organização já reviu o conceito de saúde, mas as mudanças demoram algum tempo a operar. Num segundo momento avançam para a autonomia em saúde e por último para um **equilíbrio harmonioso**.

Na análise do estímulo **doença** os enfermeiros representam-na como se o corpo doente se despojasse da sua identidade, do seu eu, isto é, da sua possibilidade discursiva, reduzindo-se a uma entidade física à mercê dos técnicos de saúde (médicos e enfermeiras).

A terminar podemos dizer que quando um corpo está *com saúde* exhibe-a apresenta sentimentos de bem-estar, olhos brilhantes, pele rosada, bem-estar individual e social. Está em equilíbrio, está funcional. Quando o corpo está *com doença* denuncia-a; rebela-se contra as violências, os excessos, as frustrações, os ressentimentos, as cobardias. O corpo doente é um corpo disfuncional, é um corpo em desequilíbrio.

Bibliografia

ADAM, Philippe; HERZLICH, C. (1994) – *Sociologie de la Maladie et de la Médecine*, Editions Nathan, Paris.

ALMEIDA, Miguel V., (1996) - Corpo presente in *Corpo Presente* org. ALMEIDA, Miguel V., Celta Editora.

ÂMANCIO, L., (1993) - Género: representações e identidades in: *Sociologias e Práticas*, nº 14 pp.127-140.

BOURDIEU, P., (1992) – *O poder simbólico*, Celta Editora, Oeiras.

BURY, J. A. (1995). - *Éducation pour la Santé: concepts, enjeux, planifications*, De Boeck, Bruxelles, 3ª ed.

CARAPINHEIRO, G. (1993) - *Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares*. Porto, Editora Afrontamento.

CISIA (1989) - SPAD.T - Systeme Portable pour l'Analyse de Donnés Textuelles. Sèvres: Cisia Ed..

COLLIÈRE, M. F. (1989) - *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*, Damaia, Ed. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, s/d.

DAMÁSIO, A. (1995) – *O Erro de Descartes*, Publicações Europa-América, Mem-Martins, (4ªed.)

GIRAULT-MICHEAU, C. (1996) - Representation infirmière de la fonction d'encadrement, quel engagement professionnel infirmier, in *Recherche en soins infirmiers*, nº 46, Septembre, 14-38.

- GIDDENS, A. (1997) – *A transformação da intimidade*, Celta Editora, Oeiras
- GUIMELLI, C. (1994) - La fonction d'infirmière: Pratiques et représentations sociales, in *Pratiques Sociales et Représentations*, (Dir. Abric, J.), Paris, PUF.
- HENDERSON, V. (1962) – *Basic principles of nursing care*. Geneve, International Council Of Nurses.
- HERZLICH, C. (1986) – Représentations sociales de la santé et de la maladie, et leur dynamique dans le champ social in, *Textes de base en psychologie* (orgs) DOISÉ ET PALMONARI. Ed. Delachaux e Niestle, Paris.
- JODELET, D. (1994) - *Les représentations sociales*. Ed. PUF, Paris 4^a Ed.
- LORENZI-CIOLDI, F. (1988), - *Individus Dominants et Groups Dominés: Images Masculines et Féminines*, Grenoble, Presses Universitaires.
- MOSCOVICI, S. (1969) - Prefácio a Herlich, *Santé et Maladie, Analyse d'une Représentation Sociale*, Mouton, Haia.
- NIGHTINGALE, F. (1946) - *Notes on nursing: what it's and what is not*. (Fac simile de 1859). Filadelfia: J. B. Lippincott, Company.
- RADLEY, Alan (1995) – *Making sense of illness: the psychology of health and disease* Sage Publications, London.
- WALTER, B. (1988) - *Le savoir infirmier. Construction, évolution, révolution de la pensée infirmière*. Paris, Ed. Lamarre-Poinat.
- THOMAS, C. (1993) - "De-constructing concepts of care" in *Sociology* V. 27, N^o 4, 649-669.
- VALA, J. (1986a) - Sobre as Representações sociais Para uma epistemologia do senso comum, " *Cadernos de Ciências Sociais*", Porto (4) .