MARIA ALBERTA RATIER JAJAH NOGUEIRA

AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE CORPO, SAÚDE E DOENÇA PARA ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO
MESTRADO EM PSICOLOGIA
CAMPO GRANDE – MS
2009

Livros Grátis

http://www.livrosgratis.com.br

Milhares de livros grátis para download.

MARIA ALBERTA RATIER JAJAH NOGUEIRA

AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE CORPO, SAÚDE E DOENÇA PARA ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco, como exigência parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia, Área de concentração: Psicologia da Saúde, sob orientação da Profª Drª Angela Elizabeth Lapa Coêlho.

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO
MESTRADO EM PSICOLOGIA
CAMPO GRANDE – MS
2009

A dissertação apresentada por MARIA ALBERTA RATIER JAJAH NOGUEIRA, intitulada “AS REPRESTANÇÕES SOCIAIS DE CORPO, SAÚDE E DOENÇA PARA ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS”, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em PSICOLOGIA à Banca Examinadora da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), foi.....

BANCA EXAMINADORA

_____
Profª Drª Angela Elizabeth Lapa Coêlho – UCDB (Orientadora)

Prof Dr Sebastião Benício da Costa Neto – UCG

_____
Profª Drª Anita Guazzelli Bernardes – UCDB

_____
Profª Drª Heloisa Bruna Grubits Freire – UCDB

Campo Grande-MS, 24 de junho de 2009.

À minha família.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelos meus obstáculos.

À minha mami Sirlei, por participar de todos os passos desta conquista e por acreditar em mim, sempre.

Ao meu papi Antônio, meu sócio, meu amigo, meu maior incentivador.

Aos meus irmãos Marco, Angélica e Dani por existirem. Eu os amo muito.

À professora Drª Angela Elizabeth Lapa Coêlho, minha orientadora, um pouco mãe e muito amiga. Obrigada pela sua dedicação ao meu crescimento e por participar bem de pertinho da minha vida.

À minha amiga Camila Bellini Colussi (“BC”), que de todas é a mais sorridente e parceira, a mais inteligente e simples. Obrigada pela paciência em todos esses anos de estudo, por todos os momentos ótimos de muitas palhaçadas e risadas.

Ao meu grande amigo e amado Mestre, Luciano Basso, por ser um exemplo de determinação e sucesso.

Ao professor Dr. Sebastião Benício da Costa Neto e às professoras Drª Anita Guazzelli Bernardes e Drª Heloisa Bruna Grubits Freire, meu agradecimento por aceitarem compor minha banca examinadora, dedicando seu tempo e seus conhecimentos à finalização desta dissertação.

Às pessoas que participaram desta pesquisa, hoje profissionais da saúde, pela boa vontade e disponibilidade.

“A beleza é [...] um dos grandes fatos do mundo, como a luz do sol ou a Primavera, ou o reflexo nas escuras águas dessa concha de prata a que chamamos lua. É inquestionável. Tem um direito de soberania divino."

Oscar Wilde (1890)

RESUMO

O aumento dos cuidados corporais, médicos e estéticos faz parte da sociedade na qual o cuidado com a saúde orienta outras atividades sociais, saudáveis ou não que almejam o corpo perfeito e a saúde a qualquer preço. O objetivo desta pesquisa foi analisar as RS de corpo, de saúde e de doença para os estudantes universitários do último ano dos Cursos de Educação Física e de Fisioterapia da Universidade Católica Dom Bosco. Considerando as possíveis diferenças de representações sociais (RS) para homens e mulheres e o que essas representações podem influenciar na adesão aos programas de promoção da saúde e prevenção de doenças, surge à proposta deste trabalho. Foram realizadas entrevistas estruturadas individuais, com 19 acadêmicos do Curso de Educação Física, sendo dez participantes (53%) do sexo feminino e nove participantes (47%) do sexo masculino; 16 acadêmicos do Curso de Fisioterapia, sendo dez participantes (62,5%) do sexo feminino e seis participantes (37,5%) do sexo masculino. Os resultados revelaram que ao pensar em corpo e em cuidados corporais, os participantes do Curso de Educação Física e do Curso de Fisioterapia mostram dar importância à saúde e a hábitos saudáveis, como a prática de atividades físicas e o cuidado com a alimentação. Porém, poucos participantes do Curso de Fisioterapia afirmam praticar atividade física, o que sugere que essas pessoas não têm hábitos que acreditam ser importantes para a promoção e manutenção da saúde e isto revela a existência de poucos cuidados pessoais. No Curso de Educação Física, a maioria dos participantes mostrou coerência entre o que acreditam serem hábitos saudáveis e a utilização dos mesmos em suas vidas, como a prática regular de atividades físicas e o cuidado com a alimentação. Nas RS de saúde, em ambos os cursos, a definição criada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e a visão de saúde como ausência de doenças surgem com frequência nos relatos. Percebemos então, que essas pessoas não pensam em saúde como um processo em constante construção e não se sentem participantes e responsáveis pelos cuidados com a própria saúde e com a dos outros. As RS de doença foram, em grande parte, relacionadas à incapacidade de realização de atividades cotidianas ao falarem de doença como "algo que atrapalha a rotina". Dessa maneira, os participantes não levam em consideração as doenças que, principalmente no início, não apresentam sintomas como o diabetes, a hipertensão e a contaminação pelo HIV e assim não tem práticas preventivas frente a elas. Os resultados obtidos nesta pesquisa sugerem maior atenção aos conhecimentos e às RS de corpo, saúde e doença dos estudantes universitários da área de saúde e poderão ser utilizados como subsídios para o planejamento de ações em saúde.

Palavras-chave: Prevenção; gênero; ações em saúde

ABSTRACT

The increase of body, medical and esthetic care is part of our society. Thus, healthcare leads to other social activities which although not always healthy, aim at a perfect body at any cost. The aim of this research was to analyze the social representation (SR) of body, health and sickness for undergraduate students of the Physical Education Course and Physiotherapy Course of the Universidade Católica Dom Bosco (Dom Bosco Catholic University). The proposal of this work was developed considering the possible differences in social representations (SR) for men and women and what these representations may influence concerning the participation in the programs promoting health and sickness prevention. Structured individual interviews were carried out with 19 students from the Physical Education Course. There were ten female participants (53%) and nine male participants (47%); And 16 students from the physiotherapy courses, with 10 female participants (62.5%) and six male participants (37.5%). The results showed that while thinking about their body and body care, the participants from the Physical Education Course and the Physiotherapy Course seemed to give importance to health and healthy habits such as the practice of physical activities and adoption of healthy eating habits. However, a few of the participants from the Physiotherapy Course claimed to do physical exercises , suggesting that these people do not have habits which they believe to be important to promote and maintain health, what reveals the existence if little personal care. In the Physical Education Course, most participants showed coherence between what they believe to be healthy habits and the use of those in their lives, such as the practice of regular physical education and attention given to healthy feeding habits. In the health SR, in both courses, the definition given by the World Health Organization (WHO) and the concept of health as absence of sickness quite frequently appeared in the reports. We then realized that these individuals do not think of health as a process in constant evolution and do not feel participant or responsible for the care of their own health as well as of other people´s. The sickness SR were in great part related to the incapacity of performing everyday activities as the students talked about sickness as "something which affects routine". Thus, the participants do not consider the sicknesses which, mainly in the beginning, do not present symptoms such as diabetes, hypertension and contamination by HIV and therefore do not have practices concerning them. The results obtained in this research suggest that more attention should be given to knowledge and to body SR, as well as to health and sickness SR of undergraduate students in the health field. These results can also be used as support for action planning in this area.

Keywords: Prevention, gender, actions in health

LISTA DE SIGLAS

AIDS – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

DSTs – Doenças Sexualmente Transmissíveis

EF – Educação Física

EUA – Estados Unidos da América

FISIO – Fisioterapia

HIV – vírus causador da síndrome de imunodeficiência adquirida

HPV – Papilomavírus humano

HQs – Histórias em Quadrinhos

HU – Hospital Universitário

OMS – Organização Mundial da Saúde

RS – Representações Sociais

SUS – Sistema Único de Saúde

TRS – Teoria das Representações Sociais

UCDB – Universidade Católica Dom Bosco

(F) – Feminino

(M) – Masculino

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Perfil sócio-demográfico dos participantes da pesquisa 69

Tabela 2. Classificação dos relatos dos participantes do Curso de Educação Física sobre corpo de acordo com o sexo. 72

Tabela 3. Classificação dos relatos dos participantes do Curso de Fisioterapia sobre corpo de acordo com o sexo 76

Tabela 4. Classificação dos relatos dos participantes do Curso de Educação Física sobre o cuidado com o corpo de acordo com o sexo 79

Tabela 5. Classificação dos relatos dos participantes do Curso de Fisioterapia sobre o cuidado com o corpo de acordo com o sexo 81

Tabela 6. Classificação dos relatos dos participantes do Curso de Educação Física sobre beleza de acordo com o sexo 84

Tabela 7. Classificação dos relatos dos participantes do Curso de Fisioterapia sobre beleza de acordo com o sexo 88

Tabela 8. Classificação dos relatos dos participantes do Curso de Educação Física sobre a prática de atividades físicas de acordo com o sexo.....91

Tabela 9. Classificação dos relatos dos participantes do Curso de Fisioterapia sobre a prática de atividades físicas de acordo com o sexo.....92

Tabela 10. Representações Sociais de Saúde para os participantes do Curso de Educação Física de acordo com o sexo 94

Tabela 11. Representações Sociais de Saúde para os participantes do Curso de Fisioterapia de acordo com o sexo 98

Tabela 12. Freqüência da procura por um profissional de saúde de acordo com o Curso e o sexo dos participantes..... 102

Tabela 13. Relação dos profissionais de saúde citados pelos participantes dos Cursos de Educação Física e de Fisioterapia. 104

Tabela 14. Relação dos participantes do Curso de Educação Física que já estiveram doentes e a freqüência das doenças de acordo com o sexo. 105

Tabela 15. Relação dos participantes do Curso de Fisioterapia que já estiveram doentes e a freqüência das doenças de acordo com o sexo. 106

Tabela 16. Freqüência de participantes dos Cursos de Educação Física e de Fisioterapia que já foram submetidos a alguma cirurgia ou internação e acordo com o sexo. 107

Tabela 17. Representações Sociais de doença para os participantes do Curso de Educação Física de acordo com o sexo..... 109

Tabela 18. Representações Sociais de doença para os participantes do Curso de Fisioterapia de acordo com o sexo..... 112

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A - Roteiro da Entrevista 134

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 135

APÊNDICE C – Entrevistas Transcritas na Íntegra..... 136

ANEXO

ANEXO 1 – Declaração de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco..... 155

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....16

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA 20

2.1 Inserção da Psicologia na Área da Saúde.....21

2.2 Representações Sociais – história e conceitos 24

2.2.1 O papel da mídia na formação das Representações Sociais.....27

2.3 Considerações sobre Saúde e Doença.....33

2.4 Construções sociais de Corpo 39

2.5 Representações Sociais - Instrumentando ações em Saúde 55

3. OBJETIVOS.....60

3.1 Geral.....61

3.2 Específicos 61

4. MÉTODO 62

4.1 Local.....63

4.2 Participantes 64

4.3 Instrumento.....64

4.4 Materiais.....65

4.5 Procedimentos.....65

4.6 Aspectos Éticos.....66

4.7 Procedimentos de Análise dos Dados 66

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO 68

5.1 Dados sócio-demográficos.....69

5.2 Análise das Representações Sociais dos participantes.....71

5.2.1 Representações Sociais de Corpo.....71

5.2.2 Considerações sobre os cuidados com o Corpo.....79

5.2.3 Representações Sociais de Beleza.....84

5.2.4 Considerações sobre a prática de atividades físicas 91

5.2.5 Representações Sociais de Saúde.....93

5.2.5.1 Educação Física - saúde como bem-estar.....94

5.2.5.2 Educação Física - saúde como ausência de doenças.....96

5.2.5.3 Fisioterapia - saúde como bem-estar.....98

5.2.5.4 Fisioterapia - saúde como ausência de doenças 100

5.2.6 Razões para a procura de um profissional de saúde 101

5.2.7 Relatos sobre experiências de adoecimento..... 105

5.2.8 Informações quanto a realização de cirurgias e internações ... 107

5.2.9 Representações Sociais de Doença..... 108

CONSIDERAÇÕES FINAIS 116

REFERÊNCIAS 121

APÊNDICES 133

ANEXO 154

1. INTRODUÇÃO

As pessoas apresentam formas diferentes de se relacionar e de entrar em contato com o ambiente, e talvez essas diferenças sejam reflexos de suas Representações Sociais (RS) de corpo, de suas imagens corporais, de saúde e de doença. De acordo com Caniato e Cesnik (2005), o aumento dos cuidados corporais, médicos e estéticos faz parte da sociedade na qual o cuidado com a saúde orienta outras atividades sociais, saudáveis ou não: o corpo perfeito e a saúde a qualquer preço.

Locais como academias de ginástica e musculação reúnem pessoas com objetivos parecidos, cuidados com a saúde e o culto ao corpo. Meu interesse por este tema surgiu para integrar conhecimentos e experiências das minhas duas áreas de formação: Educação Física e Psicologia. Conclui meu Curso de Educação Física pela Universidade Estadual de Londrina – UEL no ano de 1998 e atuo como *Personal Trainer* em ambientes onde as pessoas estão muito preocupadas com os resultados estéticos proporcionados por treinamentos intensos e, na maioria das vezes, o objetivo central das atividades não é um condicionamento físico saudável.

Cursei Psicologia na Universidade Católica Dom Bosco – UCDB, concluindo o curso em 2005. Durante o curso de graduação em Psicologia, participei de estudos no Projeto de Iniciação Científica da UCDB na área de Psicologia da Saúde. Uma das pesquisas consistia em identificar como os estudantes universitários lidam com o HIV e com a AIDS[1], seus conhecimentos, atitudes e percepção de risco frente a essa epidemia. Participaram da pesquisa os acadêmicos de diversos cursos da área da saúde da UCDB. A escolha pelos acadêmicos da área da saúde se deu por haver uma maior probabilidade dos mesmos virem a atender, como profissionais, pessoas vivendo com HIV ou com AIDS[1] plenamente manifesta. Os resultados revelaram que esta população está carente de informações sobre os cuidados com sua saúde e com a saúde das pessoas que estarão sob seus cuidados no futuro. Os universitários não apresentaram ter conhecimentos suficientes para lidar com seus próprios corpos, portanto é possível que a compreensão dos problemas de saúde das pessoas que atenderão em suas atuações profissionais futuras sejam prejudicadas.

---

[1] Pessoas que vivem com HIV são pessoas portadoras do virus que ainda não desenvolveram a doença e pessoas que vivem com AIDS são pessoas que já desenvolveram a doença.

O modo como as pessoas se relacionam com o corpo influencia na eficácia dos programas promotores de saúde e de prevenção de doenças, por isso esta pesquisa tem como participantes estudantes universitários da área da saúde. Em suas atuações profissionais futuras, eles poderão influenciar na formação de idéias e na modificação dos comportamentos individuais e coletivos em direção à manutenção da saúde e prevenção de doenças. Os participantes foram acadêmicos dos sexos masculino e feminino do último ano dos Cursos de Educação Física e de Fisioterapia. Optou-se por esses dois cursos da área da saúde por apresentarem campos de atuação e práticas profissionais diferentes um do outro, mesmo tendo o corpo humano como foco principal do seu trabalho. O Curso de Fisioterapia tem disciplinas teóricas e práticas bastante voltadas para a reabilitação de diversos tipos de lesões, enquanto o Curso de Educação Física não da tanta ênfase a reabilitação de problemas de saúde em sua grade curricular, mas sim atividades físicas com pessoas saudáveis. É possível que, por haver diferenças no tipo de conhecimento sobre o corpo, a saúde e a doença e na maneira como os conhecimentos são transmitidos aos acadêmicos, eles tenham representações diferentes e assim necessitem de métodos de educação em saúde específicos para cada um.

Os universitários fazem parte de uma faixa etária que é alvo de investimentos da mídia e são vistos como consumidores de produtos para o culto ao corpo e para uma saúde ideal. Acredito que as reações individuais, as relações inter-pessoais e sociais não excluem as representações corporais, principalmente no cuidado com o outro e nas formas de promoção da saúde e prevenção de doenças, por isso penso ser importante analisar o que este grupo compreende por corpo; se para eles, o corpo é visto apenas com o enfoque estético (muito valorizado pela mídia) ou se há uma preocupação com o cuidado com a saúde.

Após esta introdução, serão apresentados teorias e trabalhos científicos para fundamentar teoricamente esta pesquisa. Inicialmente serão feitas considerações sobre a evolução da Psicologia da Saúde. Depois veremos a história, os conceitos e os campos de aplicação das RS; serão abordados temas como saúde e doença; como acontece a construção social do corpo humano na história e alguns conceitos relacionados a ele; e por fim serão apresentadas algumas pesquisas recentes utilizando as RS como instrumento metodológico.

Em seguida serão apresentados os objetivos da pesquisa, cujo objetivo geral foi analisar as representações sociais de corpo, de saúde e de doença para os acadêmicos universitários dos Cursos de Educação Física e de Fisioterapia. Dessa maneira, foi possível traçar um perfil sócio-demográfico dos participantes; conhecer as maneiras com que os universitários vêem o corpo, a beleza; identificar as representações que eles têm de saúde e doença; e verificar as possíveis diferenças na maneira de pensar corpo, saúde e doença entre os homens e as mulheres dos dois cursos participantes.

No capítulo seguinte, foi exposto o método utilizado na pesquisa, que consiste na identificação do local onde foi realizada e na apresentação dos participantes. Constam também os instrumentos e materiais utilizados e os procedimentos realizados no decorrer da mesma, desde a coleta do material teórico até o processo de coleta e análise dos dados.

No capítulo seguinte, serão apresentados os resultados da pesquisa e a discussão sobre eles. Em cada questão analisada, foram relacionados temas mais freqüentemente citados pelos entrevistados, possibilitando identificar um padrão de resposta de cada curso. Por fim, foram feitas algumas considerações finais sobre a pesquisa e reflexões sobre a pertinência dos estudos sobre as RS na área da saúde.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A fundamentação teórica embasa a pesquisa e esclarece alguns pontos e conceitos necessários para uma melhor compreensão de todo o trabalho realizado. Este capítulo é iniciado por explanações sobre o surgimento da Psicologia da Saúde e o seu papel na sociedade. A seguir são feitos esclarecimentos sobre as RS, a sua história e os seus principais conceitos. Como a relação entre os temas é estreita e freqüentemente utilizada no decorrer do texto mantendo uma interação entre eles, faz-se necessário o entendimento inicial dos conceitos de RS já que este é um componente presente em todo o trabalho. Depois será abordado o papel da comunicação na formação das RS. Segue-se pelo processo histórico de saúde e doença e como ele é compreendido nos dias de hoje. Há também considerações sobre a construção social do corpo humano, sua história recente e a sua função de identidade individual e social. Por fim, são relatados alguns trabalhos em que as RS são uma peça essencial nas pesquisas na área de saúde e doença.

2.1 A inserção da Psicologia na área da Saúde

No final da década de 1960, nasce em Cuba, a Psicologia da Saúde com o objetivo de atender a demanda de uma extensa rede institucional de saúde deste país e assim foi fundada a primeira Sociedade de Psicologia da Saúde do mundo (SEBASTIANI, 2000). A ligação entre os trabalhos da Medicina e da Psicologia já havia sido proposta outras vezes, até que a Psicologia da Saúde ganhasse formalmente seu espaço mundial nos estudos de Psicologia, no ano de 1978 (ENUMO, 2003), com a criação do termo "*Health Psychology*" proposto por Stone, a fim de criar um novo currículo na Universidade da Califórnia (SEBASTIANI, 2000). Como uma subárea da Psicologia, constituída a partir de outras subáreas como a clínica, experimental, do desenvolvimento, fisiológica e social, a Psicologia da Saúde é constituída também por outros campos de conhecimentos como a Medicina, a Biologia, a Antropologia, a Sociologia, a Epidemiologia e a Saúde Pública. Seu objetivo é agregar conhecimentos específicos da Psicologia com contribuições das outras áreas, direcionando as ações públicas e particulares, coletivas e individuais

para a aquisição e manutenção da saúde, para a prevenção e tratamento de doenças (ENUMO, 2003).

No Brasil, a Psicologia da Saúde surgiu a partir do modelo sanitarista, em trabalhos visando a contenção das epidemias de doenças e fornecendo informações sobre saneamento básico para população e de como suas ações poderiam influenciar na saúde (SEBASTIANI, 2000). Stroebe e Stroebe (1995) afirmam que a Psicologia tem muito a contribuir na área da saúde, pois acreditam que os estilos de vida são determinados por crenças e atitudes frente à saúde e que a Psicologia pode influenciar na maneira com que as pessoas pensam e agem diante da dinâmica da saúde e da doença.

De acordo com Spink (2007), a Psicologia da Saúde surgiu como uma arma para desbancar o Modelo Biomédico, que predominava desde o século XVII, e o Modelo Comportamental que existia desde a década de 1960. Ao separar corpo e mente, o Modelo Biomédico era reducionista, priorizava a doença ao invés da saúde e via apenas os agentes externos como causadores das patologias, ignorando os fatores psicológico e social. Stroebe e Stroebe (1995) complementam que dessa maneira, os fatores comportamentais não faziam parte das causas das doenças, conseqüentemente não eram abordados ao realizar o diagnóstico, tampouco ao recomendar o tratamento. Esse era um modelo inadequado para provocar modificações comportamentais preventivas, pois era necessário transformar o modo de a população lidar com a saúde interferindo em suas atitudes e comportamentos.

De acordo com Laplantine (2001), o Modelo Biomédico ainda é o mais utilizado na Medicina atualmente, na qual não é feita a leitura da mensagem emitida pelo sintoma. Este é tratado como um inimigo a ser eliminado e diversos instrumentos de cura já existentes são utilizados no combate à patologia, como por exemplo, os tratamentos quimioterápicos.

Após algumas adaptações, uma nova abordagem à saúde surgiu na década de 1970 do século XX. As questões de saúde passaram a ser gradativamente tratadas pelo Modelo Biopsicossocial, que de maneira holística, considerava que a vida social das pessoas, suas características particulares, psicológicas agiam diretamente na saúde física (SPINK, 2007).

Para Spink (2003), a Psicologia da Saúde é uma teoria que visa explicar o fenômeno da doença e em sua história passou por algumas fases até chegar ao modelo atual. Inicialmente, acreditava-se que o aparecimento da doença tinha sua única causa, as questões da esfera intra-individual. São duas as correntes presentes nessa fase, a primeira acreditava na psicogênese da doença, ou seja, as causas da doença eram atribuídas à dificuldade que a pessoa tinha em lidar com suas emoções e com conflitos inconscientes; e a segunda corrente consistia em estabelecer uma estreita ligação entre certos tipos de personalidade com algumas doenças específicas, como é o caso da ligação feita entre o câncer e a personalidade introvertida. A fase seguinte enfatiza os aspectos psicossociais entre as diversas causas da doença e surgem os estudos sobre o estresse e sobre os eventos da vida. Nesta fase, o principal objetivo da Psicologia da Saúde era encontrar ligações causais entre as experiências de vida e a doença e tinha uma postura direcionada à promoção da saúde e prevenção de doenças por meio da educação. Atualmente, a terceira fase considera que as causas da doença são psicossociais e construídas no decorrer da história com as ideologias que cada sociedade tem sobre o doente e o adoecer. Essa fase não tem como objetivo encontrar explicações para as doenças, mas sim atingir a conscientização das pessoas de suas participações e responsabilidades no adoecer visando assim, mudanças de comportamentos.

Spink (2007) aponta para o fato de que essa nova concepção de cuidados com a saúde é considerada politicamente correta por ter uma visão de saúde global, multideterminada, processual e voltada para o fortalecimento dos direitos humanos. A autora salienta que essa abordagem sofre algumas críticas por reforçar a responsabilidade individual e reduzir a responsabilidade do Estado, e que pode assumir uma conotação moralista ao impor os estilos de vida que considera saudáveis, pois não há quem possa dizer o que são esses estilos de vida ideais para a saúde de cada pessoa.

Após uma breve explanação histórica, veremos a importância das RS como instrumento facilitador da aquisição de conhecimento da realidade para embasar os trabalhos na área da saúde e para melhor amparar a Psicologia da Saúde.

2.2 Representações Sociais – história e conceitos

Atualmente, são divulgados em muitos meios de comunicação os progressos científicos e tecnológicos em vários campos do conhecimento, como por exemplo, na indústria televisiva, nos sistemas de telefonia digital, nos produtos alimentícios e na Medicina. A globalização possibilita o maior acesso a informações, nos permitindo entrar em contato com muitas partes do mundo e com conhecimentos produzidos nos principais pólos de pesquisa. Dessa maneira, as sociedades atuais constroem seus conhecimentos em alta velocidade, fazendo com que as transformações culturais constantes criem uma maneira própria de funcionamento social, necessitando de uma boa capacidade de adaptação e aprendizado por parte das pessoas. Segundo Arruda (2002), as RS são formas de conhecer da sociedade, e estão em movimento de transformação junto com todos os novos conceitos e comportamentos que elas pretendem explicar.

Os estudos sobre RS tiveram o seu início com o pesquisador Serge Moscovici em 1961, que colocou nas RS seu foco principal de trabalho, criando assim a Teoria das Representações Sociais (TRS) (MOSCOVICI, 2004). Herzlich (2005) relata que na época em que iniciava seu trabalho, Moscovici vivia uma Psicologia Social dominada pela tradição behaviorista que enfatizava uma ligação direta entre o estímulo e a resposta comportamental; ele introduziu a idéia de um mecanismo organizador cognitivo e simbólico dos grupos sociais. Ele compreendia que esse mecanismo organizava os pensamentos dos grupos ou das pessoas pertencentes a ele e permitia compreender as respostas aos estímulos criados e compartilhados coletivamente. As pessoas passaram 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).

De acordo com Moscovici (2004), a TRS trabalha com o pensamento social em sua dinâmica e em sua diversidade. Tem como objetivo descobrir como é possível as pessoas e os grupos construírem um mundo estável, previsível, a partir de uma grande diversidade de pessoas, de atitudes e de fenômenos num contexto imprevisível e estranho. Dessa maneira, a representação social pode ter um papel caracterizador de um grupo, ou seja, os grupos utilizam a RS para identificar seus componentes, perceberem-se entre eles formando alianças sociais ou rejeitando quem é diferente. Assim, muitos grupos são criados na confluência de experiências, idéias e expectativas formando maneiras próprias de interagir com o mundo. Jodelet (2001) acredita que as representações são criadas para que as pessoas saibam como se comportar na sociedade, como identificar e resolver problemas e melhor se ajustarem ao convívio social.

Arruda (2002, p. 129) afirma que a TRS parte do princípio que:

> [...] existem formas diferentes de conhecer e de se comunicar, guiadas por objetivos diferentes, formas que são móveis, e define duas delas, pregnantes nas nossas sociedades: a consensual e a científica, cada uma gerando seu próprio universo.

A autora salienta que apesar de serem diferentes, as duas formas de se comunicar não funcionam de maneira estanque e são importantes, eficazes e indispensáveis para os seres humanos.

Mesmo as RS sendo consideradas como uma forma de saber popular, consensual, a ciência também utiliza de seus mecanismos de conhecimento para embasar ou guiar os trabalhos que buscam explicar cientificamente a maneira como elas se formam. Alguns conceitos foram criados para melhor compreender as RS, suas funções e campos de atuação.

O conceito de RS mais aceito pelos pesquisadores foi criado por Jodelet (2001, p. 22) que seria "[...] uma forma de conhecimento socialmente elaborado e compartilhado, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social", designando uma forma de pensamento social que engloba os mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais e podem ser vistas como uma versão contemporânea de senso comum.

Para Laplantine (2001, p. 242), as representações são:

> [...] o encontro de uma experiência individual e de modelos sociais num modo de apreensão particular do real: o da imagem-crença, que, contrariamente ao conceito e à teoria que é sua racionalização secundária, sempre tem uma totalidade afetiva e uma carga irracional. Trata-se de um saber que os indivíduos de uma dada sociedade ou de um grupo social elaboram acerca de um segmento de sua existência ou de toda sua existência. É uma interpretação que se organiza em relação estreita com o social e que se torna, para aqueles que a ela aderem, a própria realidade.

Segundo Arruda (2002), o estudo das RS leva em consideração a construção do saber prático e é necessário considerar dois processos em sua consolidação: o da objetivação e o da ancoragem. Para a autora, a objetivação considera as experiências vividas, a maneira como o excesso de informação é elaborado e os valores individuais e sociais para poder compreender como o conhecimento do objeto é estruturado. Para Moscovici (1978; 2004), o processo de ancoragem é o modo que o conhecimento se enraíza na sociedade e volta para a própria pessoa. É com esse processo que a pessoa se familiariza com conteúdos novos associando-os aos já experienciados anteriormente para melhor se adaptar às mudanças, ou seja, é uma maneira especial de compreender e comunicar o que já sabemos.

Segundo Villaça e Góes (1998) e Vigarello (2006), as pessoas e os grupos têm diversas maneiras de se comunicar socialmente, destacando a simbologia corporal como meio de comunicação bastante estudado nos dias de hoje. Andrade Jr., Sousa e Rochier (2004) complementam que a TRS leva em

consideração tanto a influência da realidade social, quanto a participação dos sujeitos sociais e afirmam que:

> [...] por serem um elo de ligação entre o real, o psicológico e o social são capazes de estabelecer conexões entre a vida abstrata do saber, das crenças e a vida concreta do indivíduo em seus processos de troca com os outros (ANDRADE JR.; SOUSA; ROCHIER, 2004, p. 46).

As RS são conhecimentos práticos criados para a comunicação e para a compreensão do contexto social, dos ideais e das normas que permeiam a sociedade. Assim, as pessoas utilizam esse mecanismo de construção e fixação do conhecimento popular para conviver socialmente transmitindo estratégias e experiências humanas, particulares e coletivas (JODELET, 1985 apud SPINK, 1993).

Arruda (2002) salienta que os conceitos de RS não são patrimônios de uma área em particular; são utilizados pelas Ciências Humanas, pela Sociologia, pela Antropologia e pela Psicologia. A Psicologia se ocupa do estudo das RS para melhor compreender a relação indivíduo-sociedade e como essa relação influencia na construção do pensamento, do comportamento individual e em grupo, considerando o papel da comunicação nesse processo de formação de conceitos.

2.2.1 O papel da mídia na formação das Representações Sociais

Jodelet (2001) afirma que as representações e o pensamento social são possíveis e determinados pela comunicação social em seus aspectos inter-individuais, institucionais e midiáticos. Dessa maneira, a comunicação é o vetor de transmissão da linguagem, possui representações em si mesma e é capaz de agir diretamente nos aspectos estruturais e formais da maneira de pensar da sociedade.

Para Machado (2004), os meios de comunicação, com a liberdade na divulgação de diversos conceitos sobre diferentes temas, são os principais agentes formadores de RS. Da mesma maneira, Jodelet (2001) percebe que a comunicação de informações, de conceitos morais e sociais sobre cuidados com a saúde e com a prevenção de doenças, sobre a realidade social, o comportamento das pessoas em sociedade, informações verídicas ou não, são veiculadas informalmente pela mídia ou por instituições públicas e fazem parte da construção coletiva das representações.

Segundo Alexandre (2001), a comunicação pode apresentar aspectos positivos e negativos; por um lado há a possibilidade de ser democrática, proporciona diversão e é rica de informação; e por outro lado pode ser conservadora ao trabalhar apenas com o que já foi assimilado e incentiva uma visão passiva e acrítica da sociedade, e ao hiper-valorizar informações atuais confunde a consciência histórica e cria uma cultura homogênea.

Silva (1998 apud CORREA et al., 2007) afirma que com a oportunidade de informar qualquer fato, a mídia apenas observa e reproduz os padrões sociais sem questioná-los. Assim, a mídia mostra, muitas vezes, as desigualdades sociais com informações carregadas de preconceito determinando que as pessoas têm lugares pré-estabelecidos na sociedade. Alexandre (2001) complementa, que dessa maneira a mídia cria, reproduz e divulga as RS que formam o que os grupos entendem de si próprios, a visão social e a auto-imagem deles.

Felippe et al. (2004) acreditam que os significados corporais são também veiculados pela mídia (escrita, digital, televisiva) da maneira que lhes convém e muitas vezes não há uma preocupação com a repercussão que as informações possam causar na saúde pública “[...] ao carregar o sentido de um modelo ou padrão de beleza inatingível e destratar a doença obesidade, colocando-a como apenas um problema de “gula, desleixo ou preguiça”.” (FELIPPE et al., 2004, p. 02). Para os autores, ao estudar as RS deve-se levar em conta algumas características dos meios de comunicação como os seus benefícios e as suas atitudes anti-éticas na formação do pensamento e do comportamento social. Por ser uma importante arma capaz de manipular informações, freqüentemente modificam a maneira de pensar

dos grupos sociais de acordo com seus interesses criando a realidade que quer divulgar.

Para Alexandre (2001, p 112), “A preocupação não é mais com o que é comunicado, mas sim com a maneira com que se comunica e com o significado que a comunicação tem para o ser humano”. Dessa maneira, a importância dada às informações e seus conteúdos estão muito distorcidas nos dias de hoje, pois não importa mais o que a pessoa é, mas sim o que ela parece ser; o que importa hoje não é mais o que é informado e sim a maneira que se informa e o significado que essas informações têm para a sociedade. Assim, os valores morais estão perdendo o sentido e deixando de guiar muito do que antes dependia deles para existir: comportamentos, relações inter-pessoais, posturas éticas.

No Brasil, pesquisas foram realizadas sobre as RS de corpo e afirmam que o comportamento dos jovens é extremamente influenciado pelos meios de comunicação, guiando-os para um consumo desenfreado e acrítico do que eles acreditam ser o correto (TONELI, 2007; GOMES; CARAMASCHI, 2007; COELHO; FONSECA, 2007; POCIELLO, 2005). O consumo não é apenas de produtos comercializáveis, mas também de idéias, de estilos de vida padronizados convenientemente para a manutenção da estrutura da sociedade capitalista.

Toneli (2007) apresenta uma pesquisa com jovens de 15 a 24 anos realizada na cidade de Florianópolis/SC, investigando as práticas sexuais e reprodutivas de ambos os sexos. Um dos resultados encontrados foi que a imagem corporal para esta população está diretamente ligada às imagens e padrões ditados pela moda e pela mídia. Os participantes consideram que o corpo saudável é o corpo malhado, porém, entre os meninos são poucos os que praticam atividade física. Já entre as meninas, há uma maior preocupação com a estética corporal e as atitudes para atingir as formas desejadas são mais freqüentes. Elas relatam com mais clareza que os padrões estéticos que querem seguir são determinados pela mídia e são também os mais valorizados pelos pares, ou seja, pelos meninos. Em um estudo também com jovens, Gomes e Caramaschi (2007) verificaram que nessa fase de vida, os jovens têm uma necessidade de adequação física, sexual e social, com isso se sentem pressionados a buscar a aceitação pelos grupos de iguais. É

uma fase em que o corpo tem um papel de inclusão ou exclusão pelos grupos sociais.

Ao assistir as propagandas e as informações emitidas pelos meios de comunicação, percebe-se que o principal alvo da mídia são os jovens, provavelmente porque ainda estão em fase de formação de conceitos e identidade e assim suas atitudes podem ser influenciadas com maior facilidade. É apresentada a eles uma íntima relação entre a felicidade e o consumo de certos produtos ao mostrarem pessoas bonitas, magras, fortes, sensuais e sempre com poder aquisitivo alto, atribuindo seu estilo de vida e seu sucesso ao consumo de determinadas idéias ou produtos como, por exemplo, os ligados à indústria dos esportes e à indústria alimentícia. Essa parceria entre os meios de comunicação e as indústrias não aparece na mídia com uma conotação mercantil, pois possivelmente perderia a associação com o ideal. Natansohn (2005, p. 287) afirma que "A mídia participa, junto com outras instituições, da difusão dessas fantasias modernas, e deve ser por isso que os cuidados quase obsessivos com a saúde, a beleza e o corpo constituem temas recorrentes na televisão brasileira".

Coelho e Fonseca (2007) consideram que o capitalismo produz as necessidades de consumo social e utiliza como exemplo, o enfoque consumista colocado em propagandas em prol da qualidade de vida. Assim, a vida e o viver com qualidade passaram a ser o principal foco de investimentos (dinheiro, tempo, atenção) nos dias de hoje criando um estilo de vida que obedece às determinações capitalistas. Essa visão da vida exclui alguns aspectos fundamentais ao se pensar em existência humana no momento em que afasta tudo que está relacionado com sofrimento, com dor, traduzindo o sofrimento como o contrário da vida. Os autores afirmam que os corpos estão sendo adestrados a consumirem produtos de saúde, sem que possam decidir o que é melhor para eles. Esse mecanismo de dominação envolve as pessoas de maneira despercebida e passa a controlar seus desejos, seus pensamentos, suas expectativas, ao ponto de não saberem o que realmente querem ou se devem querer algo.

Para Pociello (2005), esse movimento entre as potências (mídia, esportes, alimentos) de criar padrões de comportamento faz com que os interesses da população se desloquem dos esportes coletivos e passem a valorizar mais os

esportes individuais. O autor acredita que esse processo que se iniciou há mais de vinte anos e culmina nos dias de hoje, pode estar reforçando a individualização da sociedade e o crescimento de um narcisismo contemporâneo, o que favorece a necessidade das pessoas de se mostrarem e a prática esportiva se apresenta como o melhor meio para exibirem seus corpos. Para o autor, os esportes coletivos têm seu papel significativo na sociedade, pois é uma maneira simbólica de substituição da guerra, da luta pelo domínio do espaço e também uma desesperada tentativa de expressão da virilidade. Aponta também, para o fato que o processo de civilização juntamente com os ideais de justiça e de amor sufocaram toda e qualquer exibição de força, lutas, confrontos físicos, agressividade, deixando como válvula de escape as competições de esportes coletivos, que viabilizam o extravasamento necessário dos sentimentos que representam os valores masculinos.

Para Machado (2004), os meios de comunicação expõem emoções, opiniões e atitudes e provoca nas pessoas uma reflexão sobre o assunto divulgado, fazendo-as rejeitarem ou incorporarem o conteúdo da matéria. Assim, as RS vão se formando ao passo que:

> O sujeito que se identifica com o que lê reafirma suas significações, incorpora novas ancoragens e passa a ter mais referências para estar como ser no mundo. O sujeito que discorda do que lê faz o mesmo trajeto cognitivo ao discutir e negar o que está sendo divulgado, reforçando e re-elaborando suas opiniões, que também irão determinar sua condição de ser social. (MACHADO, 2004 p. 486).

Novaes e Vilhena (2006) complementam afirmando ser errônea a idéia de que as pessoas são passivas na formação das RS, que apenas absorvem e seguem o que a mídia passa. Segundo os autores, a dinâmica das relações é regida por mecanismos como sujeição, dominação, obediência e imposição, funcionando horizontalmente com participantes e co-participantes ativos de um jogo de significados.

Da mesma maneira que a mídia procura direcionar o comportamento humano a um objetivo específico, as instituições e os órgãos responsáveis pela

saúde mundial utilizam os estudos de RS para elaborar estratégias de transformação social. Ao se pensar em mudança social, é necessário o conhecimento da realidade do grupo gerador de interesse. Nesse sentido, os estudos das RS têm sido desenvolvidos como ferramenta fundamental no trabalho de elaboração de métodos de modificação do comportamento social, direcionando-o a benefícios para a saúde pública.

Chor (1999) afirma que os hábitos e comportamentos relacionados à saúde, além de serem formados culturalmente, não deixam de ter seu componente pessoal. Nesse ponto, encontra-se a maior dificuldade no trabalho de promoção da saúde, ao ser ignorado "[...] o caráter não racional das escolhas de comportamento, especialmente quando se trata do prazer ligado ao hábito de fumar, beber, comer ou à vida sexual" (CHOR, 1999, p. 424). A autora chama a atenção também, para o fato de que alguns fatores de risco, muitas vezes passíveis de modificação, poderiam ser eliminados do comportamento das pessoas o que diminuiria o aparecimento de algumas patologias e favoreceria a promoção da saúde. Para a autora, inicialmente é necessário influenciar os valores e as condições sociais, que sustentam e favorecem comportamentos de risco e criar leis e normas que protejam a vida. Ao pensar em prevenção de doenças em determinados grupos, as estratégias de ação devem considerar sua realidade específica e identificar características das pessoas que compartilham o risco e podem juntas utilizar formas de evitá-lo. Quando o tema é a sensibilização quanto aos hábitos saudáveis, é indiscutível a importância do papel da educação em prol da saúde.

Segundo Scliar (2002), os conceitos de saúde vêm sendo estudados há pouco tempo, após o surgimento de necessidades em planejar intervenções na saúde pública. Atualmente, cresce a necessidade de compreender a história, os conceitos e as representações de saúde e de doença para lidar de forma crítica com a dinâmica social. Assim, torna-se indispensável identificarmos algumas das diversas configurações e as diferentes abordagens e visões que saúde e doença tiveram.

2.3 Considerações sobre Saúde e Doença

Ainda há muitas tentativas de eliminar a visão de saúde dada pelo modelo biomédico, e passar a incluir aspectos psicológicos e sociais para conceituar a saúde de maneira mais completa. Uma das definições mais utilizadas atualmente foi elaborada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no momento de sua criação em 1946, que define saúde como "[...] o estado de mais completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de enfermidades." (SCLIAR, 2002, p. 93). Essa definição não sofreu nenhuma modificação desde 1948 mantendo-se como a principal definição de saúde (SPINK, 2007).

Segre e Ferraz (1997, p. 539) afirmam que essa definição era avançada para a época em que foi criada, porém nos dias de hoje é "[...] irreal, ultrapassada e unilateral". Os autores apontam alguns pontos críticos com relação a esse conceito de saúde criado pela OMS e o categorizam como obsoleto. Primeiro, os autores consideram que o perfeito bem-estar físico, mental e social é algo inatingível e utópico; segundo, a divisão feita entre os aspectos físico, mental e social é incoerente com a interação mútua existente entre esses fatores.

Apesar de haver argumentos contrários à definição de saúde dada pela OMS, ela ainda serve como diretriz para diversos trabalhos, e a partir dela outros conceitos são elaborados e modificados o tempo todo, como acontece com o conceito de doença.

Ao realizar uma retrospectiva das RS de saúde e doença, Sevalho (1993) afirma que estas sempre foram compostas por elementos naturais e sobrenaturais impregnando os valores e as crenças dos povos, a cultura e os espíritos. No início da história dos seres humanos, quando ainda nem havia a escrita, as representações de saúde e doença eram mágicas. O ser humano não podia fazer nada contra as causas das doenças, pois estas eram vistas como resultado de influências de entidades sobrenaturais. Assim, a doença passou a ser um elemento participante das crenças religiosas e não dependia em nada do comportamento humano e sim do humor divino. Em seguida, pela forte ligação, sentimentos como medo, culpa, superstições, mistérios envolvendo a natureza se fundem às

expressões de doença, às epidemias, à visão da fragilidade do corpo sujeito à deterioração e à espera da morte. Gonçalves (1990 apud SEVALHO, 1993, p. 352) complementa ao afirmar que mesmo surgindo uma Medicina moderna com aparatos tecnológicos, os conceitos continuam sofrendo influências sobrenaturais, a exemplo das "[...] expressões **manifestações clínicas** e **entidades mórbidas**, de inspiração notadamente sobrenatural, integram o jargão médico moderno, referindo-se aos sintomas e doenças." (Grifo do autor)

Sevalho (1993) salienta que é inegável a função da história e de seus enraizamentos que perduram por longos períodos de tempo na formação das RS de saúde e de doença. Boruchovitch, Felix-Sousa e Schall (1991) complementam que é preciso compreender a história da doença, mas também suas conseqüências e as diversas possibilidades de causas, não apenas a etiologia relacionada ao hospedeiro, como eles encontram com freqüência nas pesquisas sobre o tema. Os autores realizaram um estudo sobre RS de doença e de preservação de saúde com professores e alunos do primeiro grau em dez escolas (cinco públicas e cinco particulares) da Zona Norte da cidade do Rio de Janeiro, e perceberam que tanto alunos quanto professores têm uma visão mais relacionada aos aspectos biológicos e orgânicos. Verificaram também que os professores não demonstram considerar doença como um processo, mantendo as respostas limitadas às suas conseqüências, à ausência de saúde ou restritas ao conceito estabelecido pela OMS, porém sem considerar o aspecto social.

Para Gomes, Mendonça e Pontes (2002), o conceito de doença é fruto da experiência da pessoa e da situação social em que vive, sem desconsiderar o seu aspecto biológico. Já para Herzlich (2005), os sentidos de doença são formados principalmente por pares de opostos como saúde/doença, indivíduo/sociedade, que funcionam como organizadores da representação. Em seu estudo sobre a utilização da RS no campo da doença, a autora considerou que a doença adquire uma significação ao se compreender o funcionamento e a imagem social, as imposições sociais e a maneira como as pessoas vivem essas imposições.

Peixoto (2002, p. 250) define doença como "[...] o lado escuro da vida". Para a autora esse sentido só é compreendido em sua profundidade após a pessoa ter vivido pessoalmente uma doença grave ou ter convivido de perto com alguém

doente, vivenciando o sofrimento, o desgaste, a agressão física e espiritual presentes no ambiente negativo que envolve a doença.

Para Gomes, Mendonça e Pontes (2002), a doença representa um evento desestabilizador do equilíbrio social que modifica o funcionamento do dia a dia, pois necessita que a pessoa doente e sua família reorganizem as funções diárias após sofrerem uma ruptura nas atividades rotineiras. Dessa maneira, Herzlich (2005, p. 66) considera que a doença modifica o equilíbrio coletivo e "[...] engendra sempre uma necessidade de discurso, a necessidade de uma interpretação complexa e contínua da sociedade inteira". Para a autora, a exigência de um discurso interpretativo é indispensável para haver a cristalização de uma representação estruturada.

Kovács (1996) chama a atenção para o fato de que algumas doenças como câncer, AIDS e cardiopatias carregam um fardo muito pesado, o estigma da sentença de morte. Nem sempre este estigma corresponde à realidade, já que nos dias de hoje muitos cânceres e doenças cardíacas são curáveis por tratamentos e cirurgias. Porém, mesmo curadas do ponto de vista médico, as pessoas continuam doentes psicologicamente, pois trazem gravadas as marcas e memórias da doença e o medo constante do reaparecimento dos sinais e sintomas da mesma. A proximidade da morte vem junto com o rótulo de pacientes terminais, o que não corresponde à realidade de todos os casos. O autor utiliza a realidade da AIDS como exemplo de incoerência, já que mesmo ainda sendo uma doença sem cura, é possível encontrar pessoas portadoras do HIV vivendo muitos anos com bastante vitalidade e sem pensar no tempo limite imposto pela idéia de letalidade dessa doença.

Para Scliar (2002), a facilidade de comunicação entre os países fez com que surgisse uma globalização de doença, devido a proliferação de patologias infecciosas e também pela aquisição de estilos de vida e hábitos insalubres advindos dos países desenvolvidos.

Enumo (2003) afirma que as RS de saúde-doença procuram desfazer a ilusão existente no discurso médico de que a doença e o doente são fenômenos

universais e para isto, investiga o modo de conhecer da pessoa doente, inserindo as significações que ela tem de sua realidade em particular.

Minayo (1999) salienta que como questão humana e existencial, todos os segmentos sociais compartilham indistintamente da problemática da saúde, porém as classes e segmentos pensam, sentem e agem de maneira diferenciada umas das outras, conforme suas condições de vida e de trabalho o que qualifica essas formas de pensar. A autora complementa que independentemente do grupo social, as RS de saúde e de doença envolvem uma interação complexa entre os aspectos físicos, psicológicos, ambientais e sociais da vida humana, mesmo que representados de maneiras próprias e específicas por cada grupo.

Durante a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), saúde foi definida como:

> [...] a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, lazer, liberdade e acesso a serviços de saúde. Em resumo, é o produto de condições objetivas de existência. Resulta das condições de vida e das relações que os homens estabelecem entre si e com a natureza, por meio do trabalho. (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2002, p. 93).

Esse conceito reforça a idéia de cuidados como prevenção e promoção e os autores apontam para o fato de que a promoção da saúde vem sendo tema de algumas conferências em todo o mundo. Como resultado de uma dessas conferências destaca-se a Carta de Otawa em 1986, que define a promoção da saúde "[...] como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo." (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2002, p. 108). A Carta salienta que as pessoas precisam conhecer suas aspirações, ter suas necessidades básicas satisfeitas e serem capazes de modificar o meio ambiente a seu favor.

Ao se propor uma intervenção em uma determinada população visando a promoção da saúde, é necessário conhecer os valores e as crenças compartilhados pelo grupo (MINAYO, 1999), além de considerar as carências de saúde da

população e a visão dos especialistas (PINEAULT; DAVELUY, 1989 apud TEIXEIRA; SCHULZE; CAMARGO, 2002). Oliveira (1998 apud CAMARGO-BORGES; JAPUR, 2005) entende que as representações de saúde de uma comunidade são a forma como as pessoas vêem a saúde e como lidam com a doença, e essas RS se refletem na adesão ou não ao tratamento e na existência ou não de uma relação de confiança com os profissionais de saúde.

Czeresnia (1999) considera difícil para a Saúde Pública obter um bom resultado em seus programas de promoção à saúde, já que suas práticas são baseadas apenas na doença. Para a autora, o ponto crítico dos programas está em utilizar o conceito de doença como sinônimo de adoecer. Ao se negar a diferença entre os dois conceitos, são ignorados aspectos subjetivos da pessoa doente, como o meio ambiente em que vive, suas condições de trabalho e. A utilização unicamente do conceito de doença está pautada nos conhecimentos científicos da Medicina, porém, a cada dia é mais freqüente a necessidade de incorporar fatores psíquicos e sociais no processo de adoecer para que haja assim uma organização de programas de promoção de saúde e de prevenção de doenças coerente com a realidade da população.

Para Andrade Jr., Sousa e Rochier (2004), o principal ponto para provocar uma mudança de comportamento em massa na sociedade é conhecer a realidade social da população foco do estudo e complementam enfatizando a grande necessidade de utilização da teoria de RS na busca pelo pleno entendimento de como a educação ambiental e a educação em saúde são percebidas pela população. Bucher (2007) aponta para o fato de que em ambientes de estudos em saúde é comum a aceitação da idéia de que a prevenção é o melhor investimento a médio e longo prazo para a saúde pública.

No Brasil, algumas mudanças foram implantadas na rede de atenção à saúde pública e de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) com a criação de projetos que visam a humanização à saúde, como o HumanizaSUS. O principal objetivo desse projeto é “[...] consolidar redes, vínculos e a co-responsabilização entre usuários, trabalhadores e gestores” (BRASIL, 2007, p.07). Ele visa à integração dos participantes do sistema de atenção à saúde a fim de otimizar os recursos financeiros, pessoais e físicos e é imprescindível que os aspectos

econômicos e sociais sejam observados na hora de implementar as estratégias. Espera-se que com essa estratégia, o usuário venha a se sentir participante no processo de cuidado com a sua saúde.

Scliar (2002) afirma que o planejamento das ações em saúde deve considerar que o processo saúde doença tem diferentes fases de prevenção e que cada uma delas exige maneiras específicas de intervenção. O autor classifica a prevenção em três partes: prevenção primária; prevenção secundária e prevenção terciária. A prevenção primária consiste em trabalhos educativos em prol da saúde, boas condições de saneamento, nutrição adequada e proteção contra determinadas doenças com o uso de vacinas. O objetivo aqui é que, após serem educadas, as pessoas adotem comportamentos que evitem a doença e mantenham a saúde. A prevenção secundária atua após o diagnóstico da doença e visa diminuir o sofrimento do usuário com tratamentos clínicos e cirúrgicos. A prevenção terciária consiste na reabilitação dos danos causados pela doença ou acidente, impedindo que o quadro geral do usuário piore, evitando o adoecer, a saúde das pessoas.

Em sua pesquisa sobre a ética nos mecanismos de prevenção do uso de drogas, Bucher (2007) verificou que há duas concepções de prevenção que precisam ser diferenciadas, a prevenção ligada à repressão e a prevenção como atividade educativa. Como repressão, atuam as leis que proíbem os comportamentos prejudiciais à pessoa ou à sociedade. Já a prevenção, na abordagem educativa, mostra-se mais eficaz, pois preconiza a educação afetiva, filosófica e valorativa. Coloca as pessoas em posições de construtores da própria realidade, trazendo para elas a responsabilidade de modificarem sua história pessoal e lhes dá a possibilidade de se desvincular da posição passiva em que se encontram. O autor considera que nada é mais importante do que utilizar a educação para prevenção e deve ser embasada em informações expostas com clareza, com conteúdos verídicos e estabelecer metas transparentes de acordo com a realidade de cada grupo foco da intervenção. Ele também afirma que essa é a única maneira de os programas preventivos terem sucesso com efeitos mais amplos e duradouros.

Para Sevalho (1993), é indispensável inserir como participantes das RS de saúde e doença, as permanências culturais que duram um grande período de

tempo e se fundem com a História, a Antropologia e a Psicologia, onde existem as falas, os movimentos dos corpos e as atitudes.

É difícil falarmos de saúde e doença sem pensarmos em corpo, pois a Medicina como uma profissão de grande destaque e influência social interfere diretamente na formação das RS de saúde e doença e ao utilizar o corpo como o principal foco de seu trabalho, muitas vezes, deixa de considerar os múltiplos aspectos do ser humano e cuida apenas do físico ao tratar a pessoa doente. As maneiras como as pessoas vêem o corpo nas relações com os outros e na relação com elas mesmas são uns dos determinantes da importância que elas dão ao processo saúde/doença, conseqüentemente como lidam com a prevenção de doenças e a promoção da saúde.

2.4 Construções sociais de Corpo

A história mostra que o corpo humano sempre foi foco de grande atenção e fascinação, ora adornado, ora reverenciado e por vezes endeusado (VILLAÇA; GÓES, 1998).

De acordo com Silva (1999), as representações do interior do corpo humano e de seu funcionamento surgiram no início do Renascimento francês e italiano, porém, eram obras que apenas os profissionais da Medicina poderiam ter acesso e raramente chegavam ao conhecimento público.

Vigarello (2005) expõe que há alguns séculos, os corpos recebiam em seus contornos aparelhagens rígidas utilizadas para correções posturais, chamados coletes ortopédicos. Esse era o motivo declarado, embora não fosse apenas essa a real justificativa. Certamente, a contenção dos corpos, dos atos dos jovens daquela época e o caráter educativo e disciplinar, consistiam fatores de maior importância para a utilização de coletes e espartilhos. Vigarello (2006) afirma que outro fato caracterizava a utilização dos espartilhos antigamente. Serviam para exibir a parte

do corpo feminino mais valorizada na época, o colo e os seios. A justificativa para essa hiper valorização dos seios e do colo se encontrava na maior proximidade existente entre essa parte do corpo e o céu, por isto tinha um significado sagrado e divino na sociedade.

De acordo com Eco (2004), as artes, entre elas as pinturas, as esculturas, o teatro e a arquitetura do século XVIII eram também uma maneira de expressar os pensamentos da época e retratavam os interesses do poder, os significados do corpo, as disputas veladas, os jogos sexuais, comunicavam padrões de beleza e extravasavam desejos inquietos e proibidos. Era uma sociedade na qual se iniciava a convivência de sentimentos, pensamentos contraditórios como a razão e a revolução, a rigidez e a liberdade. A identidade burguesa se consolidava como classe cheia de novidades e de dinheiro. As expressões artísticas mostravam uma realidade mais próxima da realidade vigente.

Para Sant'Anna (2005), o conhecimento sobre o corpo "[...] é interminável tanto quanto são diversificadas as bases culturais que, da medicina à religião, passando pela filosofia e pela antropologia, o constituem e o transformam." A autora afirma que o corpo é característico de cada sociedade, assim como a sua língua e do mesmo modo está submetido ao controle social.

De acordo com Silva (1999), no século XIX, o corpo passa a ter uma importância maior e requer mais cuidados por ser uma peça essencial no processo de produtividade e conseqüentemente do lucro da sociedade industrial. Segundo a autora, estudos foram realizados por médicos e higienistas com o objetivo de aumentar a capacidade do corpo de resistir ao excesso de trabalho com o mínimo de fadiga possível, já que sua força não era mais necessária, pois o trabalho pesado passou a ser realizado pelas máquinas.

Ainda com o objetivo de suprir as necessidades de mão de obra da sociedade industrial, Silva (1999) relata que foi criada uma educação visando modificações físicas, do corpo, para transformar os camponeses e andarilhos em operários. Eram utilizadas três formas de disciplina: a fiscalização constante no trabalho, mantida até que essa fiscalização fosse interiorizada e não precisasse mais existir exteriormente; a sistematização do trabalho produtivo, com divisão

metódica, calculada das funções entre os operários e controlada pelo tempo; e um maior foco nos conhecimentos do funcionamento do corpo para poder dominá-lo melhor.

Após as Guerras Mundiais, renasceu nos Estados Unidos outro mecanismo de domínio social que tinha como instrumento o corpo. Era um movimento conhecido como Cristandade Muscular, que utilizava os preceitos religiosos para moldar a sociedade tanto fisicamente como em seu comportamento, construindo a prática esportiva em massa dos americanos com bases religiosas. Com a ajuda da religião, o corpo passou a ter prioridade na sociedade, pois os cuidados dirigidos a ele faziam parte das obrigações morais, dos deveres cristãos (COURTINE, 2005).

Silva (1999) considera intrigante o crescente interesse por tudo que diz respeito ao corpo e à aparência apresentada em público, quando ainda há um predomínio das atividades mentais nessa sociedade que se mostra altamente racional. Segundo a autora, o início do interesse por tudo que é relacionado ao corpo ocorre em um período conhecido como Modernidade e caracteriza-se pela busca pela subjetividade individual e pela ligação da pessoa com sua própria dimensão corporal. É o período em que o ser humano passou a existir como um ser único, independente, autônomo e individual. Passou por um processo de desligamento da natureza que gerou maior atenção ao corpo, construído dentro de um individualismo não social. Cada pessoa passou a se preocupar com seu próprio corpo independente da vida social. Essa mudança se aproximava da idéia de dominação e sujeição da pessoa sobre o seu corpo e do outro, pois nesse momento, a ciência tinha acesso ao funcionamento do organismo humano e começou a usar de seu conhecimento para modificar o comportamento social.

Para Le Breton (2005), nas culturas ocidentais pensar em corpo é uma maneira de pensar o mundo e o vínculo social. Dessa maneira, uma ameaça à configuração de corpo seria sentida como uma ameaça à coerência do mundo, à individualização e à integridade existencial de cada pessoa, já que o ser humano é visto como um ser corporal.

A visão unicamente física do corpo começa a ser deixada de lado pelos filósofos estudiosos do corpo e de suas transformações. A capacidade simbólica do corpo passa a ser considerada como meio de comunicação social, assumindo uma abordagem biopsicossociológica (VILLAÇA; GÓES, 1998). O corpo passa a ser visto também como um instrumento de extravasamento das emoções e sentimentos; os sinais e comportamentos corporais são considerados ao cuidar da saúde.

À medida que os paradigmas formadores da identidade corporal coletiva são alterados, o corpo humano passa a ser considerado como participante no processo da produção da subjetividade, deixando de lado a idéia de algo apenas externo a ser controlado. Por ser simultaneamente cultural e natural, o corpo é visto como espaço subjetivo, mutável e adaptável (VILLAÇA; GÓES, 1998; VIGARELLO, 2006). Para Ferreira e Magalhães (2006, p. 484):

> É através do corpo que os indivíduos se manifestam no mundo e revelam sua posição na sociedade. Dentro dessa perspectiva, o corpo se sobrepõe aos limites do biológico, às condições materiais de vida, e assume também dimensões socioculturais fundamentais. A nosso ver, o corpo se reveste de interpretações e significados.

Alferes (1987) conceitua o corpo por meio de três dicotomias. A primeira refere-se às visões de corpo de acordo com a funcionalidade biológica (as modificações genéticas, adaptações do corpo frente à cultura) e a significação psicológica. A segunda é a oposição de percepção e ação, o prolongamento da dicotomia anterior, considerando os aspectos da personalidade do indivíduo refletidos no físico, em suas ações na interação social. E a terceira dicotomia refere-se ao eixo privado e público. O corpo funciona como objeto na interação social, evidenciando sua característica pública sem deixar de lado as particularidades do corpo privado, as necessidades e vontades particulares. Nenhuma das dicotomias impera independente das outras, são conceitos seqüenciais e complementares. As representações do corpo são construídas e partilhadas socialmente, por isso, ele é visto como um objeto público de troca social e de consumo.

Jodelet et al. (1980 apud ALFERES, 1987) argumentam que as RS do corpo se organizam, principalmente, em torno da dicotomia privado/público. Em seus

estudos, os autores procuraram identificar como a experiência vivida, o conhecimento do corpo e seus usos são controlados e quais são as categorias mentais e os modelos cognitivos e normativos responsáveis por esse controle.

Em uma pesquisa realizada com uma amostra da população francesa, Jodelet (1984 apud ALFERES, 1987) verificou que há quatro fontes de informações e de formação do conhecimento do corpo. Duas das fontes são subjetivas e dizem respeito à experiência corporal direta e à relação da pessoa com o meio ambiente. Essas caracterizam-se pela sua essência privada, restrita às experiências individuais. As outras duas são sociais, essencialmente públicas e correspondem ao conhecimento construído pela observação e interação social (experiências populares informais) e ao conhecimento nocional e normativo[2].[2]São os conhecimentos que fazem parte da ciência popular.

Os principais estudiosos das RS consideram importante a influência das emoções na formação das RS, já que o processo de formação desse conhecimento é ativado por componentes emocionais situados principalmente na esfera privada e subjetiva da sociedade (CAMPOS; ROUQUETTE, 2003). A integração do componente emocional na formação das RS encontra dificuldades em ser comprovada cientificamente e é considerada empírica pelos estudiosos ao constatarem a participação das emoções, da linguagem e do pensamento na formação do psiquismo humano (LANE, 1995 apud CAMPOS; ROUQUETTE, 2003).

As experiências individuais e coletivas envolvendo as emoções e a linguagem são formadoras de diversas dimensões do ser humano. Da mesma maneira, a linguagem corporal faz parte do mecanismo de interação presente nas relações humanas, sendo parte integrante dos conceitos sociais. Alguns autores consideram a imagem corporal como um aspecto importante nos estudos dos comportamentos dos seres humanos, por isso criam alguns conceitos a fim de facilitar a compreensão social.

Para Osório (1992 apud GOMES, CARAMASCHI, 2007, p. 296), a imagem corporal "[...] é uma representação condensada das experiências passadas e presentes, reais ou fantasiadas, conscientes ou inconscientes; é a idéia que o

[2] Referentes às noções e normas sociais ensinadas nas escolas, pelos meios de comunicação em massa e pela ciência popular.

indivíduo tem de si próprio." Já para Mataruna (2004), a imagem corporal é a representação do próprio corpo formada e estruturada na mente da pessoa; é a maneira pela qual o corpo se apresenta para o próprio indivíduo. A imagem corporal se dá pelo conjunto de sensações obtidas pelos órgãos dos sentidos, advindos de experiências que permitem a criação de um referencial do seu corpo em funcionamento individual e em interação com o outro. Barros (2005, p.550) considera que:

> [...] as imagens corporais ligam-se por meio de uma proximidade espacial que favorece o contato entre corpos e suas experiências. Sua construção torna-se mais fácil e rica e as trocas de vivências entre duas ou mais pessoas são maiores. [...] o fator emocional aparece como peça-chave neste processo, pois podemos estabelecer uma relação íntima com determinada pessoa.

Barros (2005, p.552) afirma que a definição de imagem corporal se dá "[...] a partir das interferências sociais que sofremos e dos hábitos que criamos, moldando nosso aspecto de existir como seres corporais." Para que as pessoas possam descobrir as imagens que as permeiam nas diversas tentativas de satisfação nas correlações sociais, há uma construção constante de discursos e imagens corporais delas mesmas. A autora compara o ser humano a um camaleão, pois ele desenvolveu uma capacidade de mudança e adaptação como resposta às exigências da sociedade extremamente mutável dos dias de hoje. Essas exigências fazem com que a pessoa se adapte de acordo com os limites do seu próprio organismo e de sua imagem corporal. Essa capacidade de transformação das pessoas se dá pela flexibilidade existente na formação da imagem corporal e por sua constante construção, o que influencia na percepção de mundo e nos comportamentos individuais e sociais. A autora afirma que as diversas inter-relações estabelecidas pelas pessoas e seus corpos tentam realizar a busca pela compreensão da existência de imagens, a busca por sua própria imagem existencial.

A imagem corporal e existencial das pessoas tem grande influência cultural formada por uma mistura de costumes entre os povos, algumas transmitidas

através dos anos e outras adquiridas com a chegada de novas maneiras de ser e de interagir socialmente.

Os Estados Unidos da América (EUA) influenciam nos costumes dos brasileiros há tempos. Com muitos paradoxos e ambigüidades o americano divulga o seu gosto pelo bem-estar físico criando assim o modelo "*american way of life*" (COURTINE, 2005, p. 101). Este jeito americano de ser entra em nossa sociedade de maneira imposta pelos meios de consumo, muitas vezes despercebido, assim a população passa a se espelhar nos americanos e desejar ser como eles e ter o que eles têm.

Para Courtine (2005, p. 102):

> O hedonismo de consumo, fundamento do *american way of life*, tem assim um custo psicológico elevado: o amor inquieto, super ocupado, sempre insatisfeito, por um bem-estar intimamente ligado à atividade física e a uma promessa de transformação corporal.

O autor afirma que o discurso religioso que embasava o culto ao corpo e considerava a saúde apenas como algo a se preservar, na segunda metade do século XIX foi deixado de lado com o surgimento da obsessão pela saúde, agora uma atividade febril criada pelo *american way of life.*

Em seu estudo sobre o embelezamento feminino no Brasil, Sant'Anna (2005, p. 129) confirma as afirmações anteriores quando diz: "Nas revistas femininas, as artistas de Hollywood fornecem centenas de receitas para a beleza confirmando o crescimento da influência norte-americana na cultura brasileira."

Novaes e Vilhena (2006) consideram que as visões sobre o corpo, saudável e belo mudam constantemente. Houve época em que a corpulência era sinônimo de saúde e beleza. Hoje, o aumento assustador do número de pessoas com obesidade no mundo e o aparecimento de patologias graves ligadas ao excesso de peso direcionaram os olhares para a pessoa com obesidade de maneira preocupante e muitas vezes discriminatória. Os autores afirmam que essa é a realidade de muitos países, principalmente dos EUA. Dessa maneira, os maus

hábitos alimentares e a falta de atividade física freqüentes entre eles começam a ser incorporados na cultura brasileira pelo consumismo desenfreado e pela corrida pela beleza a qualquer preço. A beleza imposta exige perfeição das formas e muitas intervenções corporais são permitidas e utilizadas seguindo os exemplos das modelos e atrizes.

Para Serra e Santos (2003), os meios de comunicação são o veículo para a transmissão de informações criando expectativas nas pessoas com as propagandas que confundem a população, de um lado incentivam o uso de alimentos pouco calóricos e hábitos alimentares saudáveis e para o emagrecimento, e do outro lado estimulam o consumo de comidas *fast food*. Os autores acreditam que não cabe apenas às empresas midiáticas a decisão pelas suas ações. Elas fazem parte de um sistema empresarial e de crenças que mantém uma forte ligação entre o que acreditam ser uma verdade biomédica e o desejo social e individual, mantendo o funcionamento de um mecanismo de consumo desenfreado.

Para Boltanski (2004), o corpo adquire um significado próprio de acordo com a classe social - quanto maior o poder aquisitivo das pessoas, maior a preocupação com o consumo de alimentos naturais, maior a preocupação com a estética. Seu sucesso está diretamente ligado à sua aparência física - quanto mais magra for a pessoa, mais bonita ela é e conseqüentemente mais valorizada socialmente. Nas classes sociais de menor poder aquisitivo, o corpo é visto de maneira bem diferente, segue as expectativas e possibilidades financeiras desta população.

Em um estudo com mulheres moradoras da favela da Rocinha, usuárias de uma unidade básica de saúde no Rio de Janeiro, Ferreira e Magalhães (2006) buscaram ligações entre os significados de corpo, vida, trabalho e obesidade. Os autores encontraram mulheres com problema de obesidade com a visão do corpo direcionada principalmente para o trabalho. Elas não se percebem como mulheres com obesidade, e têm associado ao corpo obeso o significado de “suficiência alimentar, força e saúde”. Dessa maneira, há uma valorização do corpo obeso implícita no grupo, ao mesmo tempo em que associam o excesso de peso “[...] a pouca energia, a pouca disposição ao trabalho, ao cansaço, à falta de ar, às dores na coluna e raramente a atributos estéticos.” (FERREIRA; MAGALHÃES, 2006, p.

487). Outro dado interessante que surge na fala das mulheres moradoras da Rocinha é o componente emocional que o alimento tem ao ser utilizado para amenizar os problemas diários, muitas vezes ocasionados pela falta de recursos, pela violência, pelas angústias. Elas relatam que buscam na comida uma forma de sentir prazer, já que a realidade em que vivem não lhes proporciona satisfação.

Em uma pesquisa realizada na França sobre a percepção que as pessoas têm sobre a gordura masculina, Fischler (2005, p. 71) percebeu que as pessoas com obesidade têm dois estereótipos ambíguos; de um lado alegre, bem humorada, extrovertida e do outro uma pessoa doente ou com depressão, "[...] um egoísta desenfreado ou um irresponsável sem controle sobre si mesmo." Para a autora, esses dois estereótipos ambíguos impedem que a sociedade compreenda as subjetividades das pessoas com obesidade e impedem o estabelecimento de programas de saúde diretamente direcionados a essa população. Ela afirma ainda que, socialmente, há preconceitos em relação às pessoas com obesidade rotulando-as de incapazes, sujas, preguiçosas, feias, transgressoras das regras sociais, por serem consideradas as únicas responsáveis por sua condição e por se manterem gordas porque querem. Assim, essas pessoas devem ser reeducadas e devem ser embutidas nelas a disciplina, a perseverança e a obstinação (NOVAES; VILHENA, 2006).

Felippe et al. (2004) afirmam que a obesidade se transformou em um problema de saúde pública mundial e consideram necessário verificar os graus discriminatórios e os serviços de proteção às pessoas com obesidade, pois o problema é tratado das mais diversas formas pelos meios de comunicação em massa, tanto ao estimularem a venda de produtos alimentícios, quanto com a definição de um ideal estético corporal. Serra e Santos (2003) fortalecem essas afirmações ao afirmarem que os hábitos alimentares são fruto de determinações socioculturais e que a mídia tem o poder de criar e de destruir essas práticas alimentares. Para os autores, a indústria cultural ao articular diversos campos da sociedade, detém o poder de definir e impor os padrões estéticos a serem seguidos e consequentemente a utilização acrítica de produtos para o emagrecimento.

A obesidade é uma doença que atinge homens e mulheres de maneira bem diferentes. Estudos comprovam que entre as mulheres, a obesidade é mais

comum nas classes sociais de menor poder aquisitivo e entre os homens é mais evidente nas classes sociais de maior renda (OLINTO, 1998).

Considerando a história da humanidade, Helman (2003) afirma que desde o século passado, há discussões de pensamentos acerca da controvérsia natureza (biológico) e cultura (influências ambientais). O questionamento consiste em identificar como o comportamento e a mente humana e suas características sociais e individuais são formados; se são resultados do corpo orgânico ou do ambiente de criação.

Os estudos a partir da década de 1970 começam a lidar com o binômio sexo/gênero em uma prioridade até então inexistente (CITELI, 2001; BRITO, 2001). Sexo se refere às características relacionadas à anatomia e à fisiologia, e gênero às características relacionadas às forças sociais, políticas e institucionais que diferenciam o comportamento e o simbolismo feminino do masculino (OLINTO, 1998; CITELI, 2001; NARVAZ; KOLLER, 2006). O conceito de gênero surgiu para evitar o determinismo biológico característico nos termos sexo ou diferença sexual, enfatizando o caráter essencialmente social das distinções baseadas no sexo (HELMAN, 2003; NARVAZ; KOLLER, 2006).

Citeli (2001) verificou que a idéia de que as diferenças cognitivas e comportamentais entre o homem e a mulher seriam resultantes das diferenças sexuais, ou seja, anatômicas, genéticas e hormonais, provocava descontentamento e dúvidas, por isso essa idéia foi modificada posteriormente. A autora identificou também, que muitos estudos de gênero evitam dar importância às diferenças físicas femininas e masculinas por verificarem que esta distinção provoca preconceitos sociais e porque seus comportamentos não dependem apenas dessas diferenças, mas também das ideologias sociais e da cultural local. Helman (2003) afirma que com essa postura frente à reflexão sexo/gênero, tentando separar em espaços bem definidos o que é biológico do que é cultural, é possível verificar que os fatores físicos interferem no contato com o meio ambiente, ou seja, as diferenças sexuais participam ativamente da construção das RS de gênero feminino e masculino. As mulheres e os homens funcionam de maneiras diferentes, “As mulheres menstruam, engravidam, dão à luz e amamentam; os homens não.” (HELMAN, 2003, p. 147).

Em seus estudos, Keesing (1981 apud HELMAN, 2003) verificou que até recentemente, os estudos realizados por pesquisadores do sexo masculino não davam muita importância ao “mundo das mulheres”. Isso se dava pela grande distância que separava o mundo dos homens do mundo das mulheres, assim os estudiosos do sexo masculino não tinham acesso aos segredos femininos, principalmente quando se referia à sexualidade e a fenômenos exclusivamente femininos (menstruação, gravidez, parto).

Após realizar um levantamento das produções científicas no campo de gênero e saúde no Brasil, Aquino (2006) verificou que nos últimos cinco anos houve um aumento acentuado da produção. Apesar de ter um grande número de estudos, há poucos trabalhos teóricos e epistemológicos e sim produções empíricas, o que representaria menor significância. Outro dado encontrado é que as pesquisas são distribuídas em cinco subgrupos: reprodução e contracepção; violência de gênero e suas variações; sexualidade e saúde (principalmente DSTs e AIDS); trabalho e saúde; e outros temas menos explorados como envelhecimento e saúde mental. A maior parte da produção encontra-se nas Ciências Sociais em Saúde, na qual a Saúde Coletiva tem a maior concentração com 28,2%, seguida pela Psicologia com 11,4%.

Entre as pesquisas sobre as relações de gênero no Brasil, os meios de comunicação são freqüentemente considerados como mantenedores das representações discriminatórias e preconceituosas direcionadas às mulheres, influenciando desde a formação de conceitos na infância, até a permanência dos significados.

Em seu estudo analisando duas revistas de abrangência nacional e direcionadas aos diferentes sexos, Silva (1998 apud CORRÊA et al., 2007) verificou que na publicidade ainda são atribuídos papéis específicos para homens e para mulheres. A autora verificou que, na revista feminina, as mulheres ainda são estigmatizadas como doces, frágeis, sedutoras, emocionais e privadas (recatadas); as reportagens femininas trazem assuntos como trabalho, sexo, filhos, idade, corpo e outros assuntos considerados por muitos como banais como decoração, culinária e vestuários, pois são vistas apenas como consumidoras e não como cidadãs, sem necessidades de compreender apenas consumir. Já aos homens, nas revistas

masculinas, é atribuída a imagem de pessoas fortes, bem-sucedidas, racionais, ativas e conquistadoras utilizando reportagens que envolvem o poder, a sagacidade e os estilos de vida aventureira.

Sant'Anna (2005) acredita que entre todos os animais, o ser humano é o que transforma mais drasticamente seu próprio corpo como parte do processo de humanização utilizando-o como um artefato cultural. Alguns fatores determinam o atual direito e dever de se embelezar como o progresso científico e industrial, a liberação sexual (feminina e corporal) e a participação ativa da publicidade. A autora salienta que existe uma dependência entre beleza, saúde e auto-estima como fatores determinantes dos significados femininos regendo o embelezamento atual e justificando práticas invasivas de embelezamento antes condenadas.

As concepções e os comportamentos do que é masculino e feminino diferem de acordo com a sociedade, com o momento histórico, com os diferentes grupos dentro da mesma sociedade e com o meio sócio-cultural no qual estão inseridos (GOMES; PINHEIRO, 1998; LOURO, 1999; HELMAN, 2003). Beiras et al. (2007) afirmam que a história nos mostra que o referencial de masculinidade vem sendo construído em cima de corpos musculosos , fortes, moldados em academias, expostos nas propagandas e veículos de entretenimento; e o que foge desse padrão é freqüentemente satirizado e não aparece nas campanhas publicitárias.

McKay, Mikosza e Hutchins (2005 apud BEIRAS et al., 2007, p. 63) definem a imagem corporal "[...] como uma imagem psíquica construída a partir de um corpo físico pela apropriação de significados simbólicos construídos socialmente, e como tal estando em contínua transformação." Beiras et al. (2007) citam como exemplo dessas transformações, o uso da barba, antes um símbolo de maturidade para os que possuíam, e hoje não é usada mais com freqüência, pois o masculino do momento está atribuído ao modelo mesomórfico de corpo e à musculosidade.

O direcionamento da atenção ao próprio corpo vem sendo estimulado nas escolas e em outros grupos sociais há mais de um século, a fim de criar o "[...] hábito de aprender a olhar, admirar e domesticar o próprio corpo." (COSTA, 1983 apud SILVA, 1999, p. 25). São bastante contraditórios os sentimentos criados na cultura ocidental. Há a busca pelo domínio do corpo ao mesmo tempo em que há a luta

para libertá-lo; há a crença na superioridade e independência da mente, juntamente com a submissão aos rituais visando o corpo perfeito (SILVA, 1999).

Gomes e Caramaschi (2007) apontam para o fato que em todas as sociedades sempre houve um modelo de corpo ideal, tanto para os homens quanto para as mulheres. Antigamente esse modelo era transmitido pelas artes e hoje ocorre principalmente por meio dos meios de comunicação de massa. A busca por uma beleza ideal nunca foi tão estimulada e valorizada e muitas pessoas têm ficado insatisfeitas com o próprio corpo, deprimidas e com baixa auto-estima.

As novas tecnologias capazes de transformar o corpo humano estão dando uma idéia de multiplicidade de escolha às pessoas, afirmam Araíza e Gisbert (2007). Atualmente, há possibilidades de modificar a imagem pessoal, o estilo de vida e até mesmo o que as pessoas acreditam ser. Os autores apontam para o fato de que a vida psíquica e a vida física de hoje são guiadas pelas biotecnologias e pelas redes do culto ao corpo e à imagem da estética ideal. Essa realidade torna a vida vulnerável e as pessoas sem identidade corporal própria, pois como o corpo tem uma forte participação na maneira de se compreender o mundo, todas as mudanças pelas quais ele está passando deixa a sociedade sem parâmetros corporais compreensíveis.

A cada dia, muito precocemente, um modelo de masculinidade é passado para as crianças pelos comerciais de televisão, telenovelas, desenhos animados, vídeo games. Esse modelo está presente também nas revistas em quadrinhos, nas quais, os heróis surgem com corpos exatamente como é o modelo desejado de homem hoje, musculoso e viril, enquanto os vilões e personagens com menos importância aparecem grotescos, muito gordos ou muito magros, com aspecto gosmento, com cicatrizes ou deficiências físicas e geralmente sem poderes especiais.

Beiras et al. (2007) realizaram um estudo sobre as representações do corpo masculino nas Histórias em Quadrinhos (HQs). Pegaram como objeto de estudo duas HQs da *DC Comics*, empresa americana que desenvolve várias histórias e personagens como o *Super-Man* e o *Batman.* A hipótese dos autores é que as HQs transmitem representações de corpos

> [...] refletindo e construindo normas sociais e valores de estética sobre as diversas possibilidades de corporeidade, [...] corporeidade é entendida como um espaço social, significado a partir de elementos sócio-históricos e culturais que dão sentidos e inteligibilidade ao corpo. (BEIRAS et al., 2007, p. 62).

Os heróis das HQs são os ídolos de muitas crianças, que em razão da fase em que se encontram no desenvolvimento cognitivo muitas vezes assimilam as informações de forma acrítica, adquirem como certos e seus, os padrões de corpo e de comportamento transmitidos pelas histórias; por exemplo, toda vez que um personagem com excesso de peso tiver um papel de vilão, malvado e sem valor, esta imagem fará parte dos conceitos que essas crianças terão, o que justifica, muitas vezes, o comportamento de desprezo e superioridade que algumas crianças têm ao verem uma pessoa com obesidade. Beiras et al. (2007) acreditam que isso mostra que os músculos masculinos dos personagens "bons" têm a função de destacá-los dos demais personagens, valorizando-os em detrimento dos outros e determinando a ligação entre musculosidade, poder de ação e o papel principal com o padrão normativo de beleza. Outro fato é que as HQs não transmitem apenas os "padrões ideais" de corpo, mas também comportamentos. Os personagens *Superman* e *Batman*, apesar de serem heróis e terem o mesmo padrão de corpo, apresentam comportamentos diferentes na maneira que encaram os bandidos e os inimigos. A violência é usada de maneira diferente por estes super-heróis, enquanto o *Super-Man,* o mais poderoso de todos e imortal, trata os criminosos de maneira a prevenir suas ações e salvar as vítimas sem usar a violência para puni-los, o *Batman,* muito menos poderoso, mortal e com mais limitações humanas, usa muita violência nos combates com seus inimigos e na punição contra eles. Isso mostra que a "[...] diferença é o grau de violência adotado em relação aos criminosos, que vem a ser inversamente proporcional ao seu próprio nível de poder." (BEIRAS et al., 2007, p. 65).

Essa diferença de comportamento entre os personagens pode ser relacionada à tese de Messerschmidt (2000 apud BEIRAS et al., 2007) que afirma que a violência é usada como forma de compensar a insegurança masculina e a falta de poder no cotidiano; essas expressões violentas surgem sempre que a masculinidade, a força e a virilidade são postas em dúvida.

Mesmo após as constatações anteriores, os autores Beiras et al. (2007) acreditam não ser possível afirmar com convicção que existe uma relação direta entre o que a pessoa consome e o que ela se torna. O trabalho deles com HQs serviram principalmente para levantar hipóteses quanto a influência desses meios de comunicação na formação das pessoas. Certamente, as pesquisas com a participação de pessoas que viveram ou que vivem em contato com as HQs, são necessárias para comprovar ou refutar a hipótese da determinação do modo de ser das pessoas como reflexo direto da assimilação dos padrões de beleza e comportamento transmitidos nessas histórias.

Bird e Rieker (1999 apud SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005) destacam que, após a inserção dos estudos de gênero em questões da saúde, muitas doenças passaram a ser consideradas como resultado de fatores biológicos e socioculturais. Os autores afirmam que esses fatores podem promover a ampliação ou a supressão da doença em questão. A ampliação da doença poderá ocorrer em função de haver uma base biológica que pode ser exacerbada pelo contexto sociocultural; e a supressão envolve diferenças biológicas que poderão ser reduzidas pelos padrões de comportamentos de homens e mulheres. George (1997 apud SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005) exemplifica como podem ocorrer a ampliação e a supressão: na primeira, as diferenças hormonais entre homens e mulheres estão associadas à agressividade para homens e à depressão para mulheres. Dessa maneira, a pré-disposição a esses comportamentos seria aumentada pelo ambiente social, mas não criadas por ele. Na segunda, os autores utilizam como exemplo os problemas cardiovasculares. Até pouco tempo, afirmava-se que as mulheres têm maior resistência a essas doenças, porém, as pesquisas recentes mostram que o aumento do estresse na vida das mulheres tem minimizado, suprimido essa diferença.

Para Baudrillard (1995 apud CORRÊA et al., 2007), as diferenças entre os gêneros se deve à historicidade das RS que carregam no tempo estigmas e comportamentos discriminatórios em relação às mulheres e promotores de sucesso em relação ao homem. Da mesma maneira, há expectativas diferentes quanto às atitudes femininas e masculinas; do homem exige-se a competitividade, a intolerância ao fracasso, e a intransigência; das mulheres, esperam apenas que elas desfrutem prazerosamente a vida. Para Korin (2001 apud SCHRAIBER; GOMES;

COUTO, 2005), nessas sociedades que estabelecem padrões do que é masculino e feminino, os homens buscam o distanciamento de características femininas como sensibilidade, cuidado, dependência, fragilidade. Essas atribuições específicas de características ao homem e à mulher, direcionam a população masculina a comportamentos de risco que os predispõem a doenças, lesões e mortes, já que os cuidados com a saúde são considerados uma característica feminina. Os autores afirmam que, para os homens, o casamento funciona como proteção para diversas doenças, pois passam a depender de suas mulheres no cuidado à saúde, o que não ocorre entre as mulheres casadas, pois com o casamento elas continuam sendo as únicas a cuidarem da própria saúde.

Schraiber, Gomes e Couto (2005) apontam para o fato de que, muitas vezes, o surgimento de doenças depende diretamente da relação de homens e mulheres com a saúde e com a doença. Os autores, afirmam que quando se trata da temática morbi-mortalidade dos homens, considerando o câncer de pulmão e o câncer de próstata, surgem dois comportamentos culturalmente marcados pelas distinções de gênero: o surgimento do câncer de pulmão devido ao hábito de fumar, mais freqüente entre os homens, e o câncer de próstata, que evidencia a difícil relação do homem com ações preventivas para o cuidado com a própria saúde. O contraste entre os comportamentos femininos e masculinos frente aos cuidados à saúde é evidente ao constatarmos a maneira com que as mulheres lidam com a prevenção do câncer de colo de útero, mostrando a diferença que a prevenção bem executada contribui para a diminuição dessas doenças, reduzindo os riscos das mulheres desenvolverem a doença.

A elaboração e divulgação de programas preventivos estimulam as pessoas a cuidarem mais da saúde, porém as informações divulgadas precisam ser claras e em uma linguagem inteligível de acordo com a realidade da população foco da intervenção. Veículos de comunicação como televisão, rádio e internet são os mais utilizados para atingir os objetivos de divulgação dos programas de prevenção de doenças e de promoção da saúde.Estudos consideram que os meios de comunicação em massa têm uma participação bastante ativa e persuasiva na formação das RS de saúde e doença, tanto para os homens quanto para mulheres, na construção de padrões de comportamentos, de crenças e de expectativas (GRYNSZPAN, 1999; BORUCHOVITCH; MEDNICK, 2000; ANDRADE JR.; SOUSA;

ROCHIER, 2004; FARIAS, 2001). Muitas pesquisas em RS vêm sendo realizadas na área da saúde para aumentar a eficácia das ações de prevenção e promoção.

2.5 Representações sociais - Instrumentando ações em Saúde

As ações em saúde seguem modelos teóricos de acordo com determinadas épocas. Porém, Kerbauy (2003, p.41) afirma que os pontos relevantes continuam sendo: "[...] qual a relação da intervenção com o repertório da população, quais as habilidades que os profissionais possuem e quais as mensagens que foram destacadas e repetidas e avaliadas a compreensão pela população". Dessa maneira, é necessário identificar qual será a prioridade ao definir a intervenção, bem como realizar a capacitação dos profissionais e especificar quais medidas serão utilizadas para a avaliação dos resultados da intervenção. A autora salienta que outro ponto a ser considerado ao se falar em promoção da saúde e prevenção de doenças é a adesão ao tratamento, que passou a ser visto com mais atenção há duas décadas por médicos e psicólogos e conseqüentemente, com diferentes maneiras de lidar com o problema. A autora complementa que com a entrada dos psicólogos e das informações psico-educacionais ocorreram modificações na maneira de falar com o usuário e de focalizar as possibilidades dele seguir o tratamento e que todas as abordagens dadas pelos psicólogos aos problemas de saúde, visam mudanças no estilo de vida da pessoa, fazendo-as incorporar hábitos que diminuam os riscos a sua saúde.

Andrade Jr., Sousa e Rochier (2004, p. 45) acreditam que "Ao se falar em educação [...] em relação à saúde, há a constatação de que as medidas preventivas e inovações na forma de pesquisar devem ser enfatizadas em detrimento das medidas corretivas". Acreditam ainda que, deve-se ter como objetivo principal o preparo e o fortalecimento das pessoas em suas capacidades de pensar e de tomar decisões, individual ou coletivamente; deve-se promover o encorajamento das

pessoas para adquirirem e manterem hábitos saudáveis utilizando os serviços de saúde disponíveis de forma adequada.

Para Merchán-Hamann (1999), a educação em saúde erra ao enfatizar apenas as intervenções comportamentais, buscando moldar o comportamento das pessoas, ignorando as várias facetas do comportamento humano influenciado por valores, percepções individuais e sociais, sentimentos, representações e relações de poder. Buscando modificar o pensamento e conseqüentemente o comportamento em direção à saúde, Andrade Jr., Sousa e Rochier (2004, p. 50) afirmam que "As ações mais amplas, [...] só poderiam ser obtidas diante de esforços contínuos e diversificados, buscando englobar todos os comportamentos relacionados à saúde e ao ambiente".

Muitas pesquisas sobre RS de saúde e de doença vêm sendo desenvolvidas com o objetivo de adquirir subsídios em relação à forma com que a população mundial pensa e sente o processo saúde/doença (GRYNSZPAN, 1999; BORUCHOVITCH; MEDNICK, 2000; ANDRADE JR.; SOUSA; ROCHIER, 2004; FARIAS, 2001). As pesquisas buscam compreender como as pessoas lidam com a realidade das epidemias, e porque mesmo com o conhecimento do crescimento das doenças e das maneiras de evitá-las, não adquirem hábitos individuais e coletivos preventivos mantendo-se em condições que os tornam vulneráveis.

Na área das pesquisas em RS, a saúde e a doença têm sido dois dos temas mais pesquisados. Uma das pesquisas em busca de representações de saúde foi realizada por Grynszpan (1999) em onze cidades brasileiras, entre elas duas capitais (Rio de Janeiro e Vitória) e outras cidades menores do interior do país. Participaram 540 professores da rede municipal, com a maioria no ensino fundamental. Com dinâmicas de grupo visando a criatividade e a espontaneidade dos participantes, foram obtidos resultados importantes acerca das representações sociais de saúde e de meio ambiente entre os professores. Um dos resultados foi a existência do conceito de saúde como ausência de doença. Outro resultado é o aparecimento da definição estática de saúde como bem-estar em 30% dos relatos. Esse resultado foi dividido em duas categorias, uma delas mantém o individualismo na gênese do bem-estar como, por exemplo, "o bem-estar físico e mental"; a outra categoria remete ao conceito de saúde dado pela OMS, que inclui o fator social: "É

estar bem mentalmente, fisicamente e socialmente" (GRYNSZPAN, 1999, p.136). Foi encontrado também em 25% dos relatos, o enfoque de fatores externos como por exemplo, vermes, bactérias, insetos como causadores das doenças. O autor acredita que ao considerarem esses seres como a única causa de doenças, as pessoas ignoram a possibilidade de haver fatores de desequilíbrio ambiental ou social, e essa postura favoreceria o surgimento e a manutenção de epidemias, como por exemplo, a malária.

Boruchovitch e Mednick (2000) acreditam ser muito importante conhecer as causas que as pessoas atribuem a saúde e a doença por ser uma maneira de prever os comportamentos, pois uma vez identificadas as crenças, pode-se realizar ações mais adequadas de acordo com a realidade de cada grupo. Os autores realizaram um estudo com 96 alunos do ensino fundamental, de duas escolas da zona Norte da cidade do Rio de Janeiro. A faixa etária dos alunos era de seis a 14 anos e havia 50% dos participantes de cada sexo. O objetivo do estudo foi identificar quais eram os fatores de causalidade que os alunos davam para saúde e doença. Mesmo havendo certo grau de crenças em fatalidades como causadoras da saúde e da doença, a maior parte dos estudantes consideraram os cuidados pessoais como o fator mais importante para manter a saúde e como as causas mais relevantes das doenças estão os vírus e germes, bem como o descuido pessoal.

Outro trabalho contribuindo para os estudos em saúde no Brasil, também contou com a participação de estudantes. Foi realizado por Andrade Jr., Sousa e Rochier (2004), na cidade do Rio de Janeiro e teve como participantes 204 estudantes de ambos os sexos de universidades públicas e particulares. O objetivo do estudo foi identificar as RS da educação em saúde e da educação ambiental nessa população, pois eles têm mais acesso às discussões teóricas que envolvem o tema. Eles perceberam que a educação em saúde aparecia de uma maneira reducionista, focando mais o aspecto físico e a ausência de doença. Esse dado mostra que ainda existe um aspecto imediatista da saúde, o que pode estar dificultando a aquisição e manutenção de comportamentos preventivos na população. Os autores consideram que essa realidade existe porque o sistema de saúde pública mostra-se cada vez mais ineficiente provocando um crescimento dos planos de saúde, da facilitação na aquisição de remédios falsificados e genéricos e da auto-medicação em busca de tratamentos curativos e não preventivos.

Com o objetivo de compreender o aumento da adesão voluntária aos Planos de Saúde, Farias (2001) realizou um estudo com a população de dois bairros populares da cidade de Petrópolis-RJ. Ele considerou adesão voluntária quando a pessoa adquire um Plano de Saúde independente de qualquer benefício empregatício, apenas por prioridade pessoal. Foram realizadas dez entrevistas semi-estruturadas, apenas com pessoas que adquiriram voluntariamente algum Plano de Saúde, em busca de representações e valores sobre o SUS e os Planos relacionados às necessidades e expectativas de cuidado à saúde entre essas pessoas. Foram consideradas três dimensões na avaliação dos sistemas de saúde: qualidade, acessibilidade e segurança.

De acordo com Farias (2001), os resultados revelaram que a diferença de condições de acesso ao SUS e ao Plano de Saúde surge como consenso entre os participantes que relatam opção pelo Plano de Saúde pelo conforto e facilidade, até então consideradas inimagináveis, em conseguir atendimento sem necessidade de enfrentar as filas como nos postos de saúde públicos, e ainda correndo o risco de não serem atendidos. Houve relatos indicando como fator determinante para qualidade do serviço de saúde o atendimento médico, ou seja, o tempo que o médico dedica à consulta e ao diagnóstico do problema, bem como a atenção e afetividade na relação médico-paciente O autor considera que esse ponto da qualidade do atendimento oferecido pelo médico pode ter grande influência na adesão ao tratamento indicado.

Em relação à segurança, os participantes pensam na qualidade e na acessibilidade ao serviço, relacionando*os ao risco que eles imaginam estar expostos ao buscarem o atendimento médico. O autor verificou que na maioria das vezes, a adesão a um Plano de Saúde é motivada por algum episódio de doença, mostrando à pessoa a sua fragilidade. Nesse ponto, fatores como idade e sexo influenciam bastante nas representações de riscos à saúde, considerando as mulheres e os idosos como seres mais vulneráveis, o que determina a adesão de apenas alguns membros da família de acordo com uma ordem de prioridade.Junto com o crescimento dos estudos das RS, crescem as pesquisas que envolvem o corpo humano e os seus significados (ALVARO, 2004). Saúde, doença e corpo são temas intimamente ligados, pois as RS de cada um incorporam as representações dos outros.O fato de a saúde ser reduzida apenas ao corpo se deve, em grande

parte, pela divulgação de uma estética corporal ideal. Os meios de comunicação apóiam esse modelo social ao mostrarem exclusivamente pessoas dentro ou abaixo do peso ideal facilitando a sintonia entre o culto ao corpo e os valores da sociedade ocidental. O jovem e o belo são excessivamente valorizados e nem sempre correspondem aos parâmetros de saúde (ANDRADE JR.; SOUSA; ROCHIER, 2004).

Andrade Jr., Sousa e Rochier (2004, p. 49) não acreditam que:

> [...] o simples fornecimento de informações acerca do meio ambiente e da saúde seja suficiente. A informação, sem o apoio e a crença de que o esforço vem sendo desenvolvido de forma conjunta pelo governo e pela sociedade, torna-se pouco influente no sentido de favorecer a ação.

Os jovens universitários absorvem as informações midiáticas referentes aos padrões ideais de saúde e beleza como toda população e participam ativamente na formação das RS de saúde, de doença e de corpo ao interagirem profissionalmente com outras pessoas. O que os diferencia dos demais é o acesso que eles têm ao conhecimento teórico-crítico que envolve a problemática "educação para a saúde" e espera-se deles um comportamento mais favorável à promoção da saúde. A maneira que eles pensam o corpo influenciará na maneira com que se comunicam e como o utilizam em seu cotidiano como objeto e instrumento de trabalho. Considerando as possíveis diferenças de comportamento e de RS dos sexos masculino e feminino em relação ao corpo e o que esses comportamentos podem acarretar de mudanças sociais, como na eficácia dos programas de promoção da saúde e de prevenção de doenças, surge a proposta desta pesquisa.

3. OBJETIVOS

3.1 Geral

Analisar as RS de corpo, de saúde e de doença para os acadêmicos universitários do último ano dos Cursos de Educação Física e de Fisioterapia.

3.2 Específicos

- Verificar o perfil sócio-demográfico dos participantes;
- Identificar qual o sentido de beleza para os universitários;
- Identificar a freqüência que os acadêmicos procuram um profissional de saúde;
- Identificar quais os profissionais de saúde que os acadêmicos procuram com maior freqüência;
- Identificar possíveis diferenças nas RS de corpo, de saúde e de doença entre os sexos feminino e masculino;
- Identificar possíveis diferenças nas RS de corpo, de saúde e de doença nos cursos pesquisados.

4. MÉTODO

O presente trabalho foi realizado utilizando o Método de Pesquisa Social Qualitativa nas áreas das RS, da saúde e da doença. Para Minayo (1999), a pesquisa social deve ser essencialmente qualitativa e deve considerar 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, 1999 p. 22).

Para Aquino (2006), as Ciências Sociais brasileiras têm a tradição de utilizar em suas pesquisas o método qualitativo, muito por haver a compreensão dos pesquisadores de que os métodos quantitativos não conseguem assimilar as relações de gênero em sua complexidade e em seus reflexos nas esferas sociais, principalmente a saúde. A seguir, será exposta a seqüência de informações que correspondem ao método utilizado na realização deste trabalho.

4.1 Local

A coleta de dados foi feita nas salas de aula da Universidade Católica Dom Bosco - UCDB, situada na Avenida Tamandaré n. 6000, bairro Seminário. Campo Grande – MS.

A UCDB é uma instituição privada de ensino superior com aproximadamente dez mil alunos em suas 75 turmas de graduação divididas em 41 cursos. Apesar de ser uma universidade particular, desenvolve ações filantrópicas ao disponibilizar à população carente, serviços em diversas áreas como: Jurídica, Psicologia, Fisioterapia, Fonoaudiologia e atividades físicas. Além do atendimento às necessidades sociais, a UCDB facilita a inserção e manutenção em seus cursos

superiores de estudantes com baixo poder aquisitivo fornecendo bolsas de estudo de até 100%.

4.2 Participantes

Esta pesquisa teve como participantes os acadêmicos do último ano dos Cursos de Educação Física e de Fisioterapia. A prática desses profissionais está voltada para o cuidado com o corpo humano e com a saúde, porém a Fisioterapia atua principalmente em Hospitais e clínicas de reabilitação, com pessoas que sofrem de algum problema físico gerado por traumas, lesões ou doenças; enquanto que a Educação Física está mais presente em Escolas e em academias de ginástica e musculação, trabalhando geralmente com pessoas saudáveis e, muitas vezes, apenas com objetivos estéticos. Têm ocorrido mudanças no cenário profissional dessas duas áreas: cresce a atuação da Fisioterapia na área estética e da Educação Física na área de reabilitação física. Considerando o dinamismo que envolve essas duas profissões, procuramos identificar o quanto as RS que os acadêmicos têm de corpo, saúde, doença e beleza são reflexos de suas vivências nos referidos cursos.

A seleção dos participantes foi por conveniência, ou seja, em cada curso foi solicitada a participação de dez acadêmicos do sexo feminino e dez acadêmicos do sexo masculino que primeiramente concordassem em participar. Os dados de um dos participantes do sexo masculino, do Curso de Educação Física (EF02), não puderam ser utilizados pela má qualidade de gravação da entrevista; no Curso de Fisioterapia havia apenas seis acadêmicos do sexo masculino na turma, totalizando trinta e cinco participantes da pesquisa.

4.3 Instrumento

Com o objetivo de obtermos o material verbal que indicasse as RS de corpo, de saúde e de doença foi utilizada a técnica de entrevista estruturada em situação individual (APÊNDICE A). A estrutura da entrevista, o número de questões e quais questões seriam utilizadas foram definidas em um dos encontros do Grupo de Estudos em Psicologia da Saúde realizado no Mestrado em Psicologia da UCDB.

As entrevistas foram gravadas com a prévia autorização dos entrevistados e foram compostas por questões que contemplam elementos que, permitem analisar as representações sociais de corpo; a relação entre corpo/saúde e corpo/doença que cada participante estabelece. Tendo em vista que fatores como idade, escolaridade e estado civil podem influenciar na construção das RS frentes aos cuidados com o corpo, com a saúde e com a doença, fez-se necessária a utilização de um questionário sócio-demográfico.

4.4 Materiais

Foram utilizados como materiais: um gravador, folhas de sulfite, canetas, uma mesa, cadeiras em uma sala de aula da UCDB.

4.5 Procedimentos

Foi feito um contato inicial com os coordenadores dos Cursos de Educação Física e de Fisioterapia da UCDB para que os mesmos tomassem conhecimento do projeto de pesquisa e caso aprovassem a sua realização assinariam a folha de rosto para ser enviada ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UCDB. Após a aprovação da pesquisa pelo CEP, retornamos às coordenações dos cursos para solicitar a autorização para ter acesso às salas de aula. Ao ser concedida a autorização do acesso às salas de aula, foi solicitado aos professores um horário para a explicação da pesquisa para os alunos.

No horário agendado com os professores, a pesquisadora foi a sala de aula e convidou os acadêmicos a participarem da pesquisa. Inicialmente, a proposta era convidar 20 participantes de cada Curso, sendo dez mulheres e dez homens, no entanto, no Curso de Fisioterapia havia apenas seis homens na turma do último ano.

As repostas dos participantes foram nomeadas por um código, o que permitiu a identificação para análise dos relatos. O código de identificação foi elaborado da seguinte maneira: os participantes foram identificados pelas letras iniciais do curso (**EF**- Educação Física ou **FISIO**- Fisioterapia) seguido da ordem em

que se realizaram as entrevistas e do sexo do entrevistado entre parênteses (**F**eminino ou **M**asculino) (ex.: décimo participante, sexo feminino do Curso de Educação Física: **EF10(F)**).

Os participantes receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), no qual estavam as explicações sobre os objetivos da pesquisa. Esse termo foi assinado pelos alunos autorizando a utilização dos dados em publicações.

Após a coleta dos dados, os mesmos foram analisados tendo como suporte a teoria utilizada neste trabalho.

4.6 Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi apresentado, submetido a uma avaliação e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB) (ANEXO 1). Cada participante da pesquisa assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), tendo sido informado, previamente, sobre os objetivos e os procedimentos da pesquisa, sobre a confidencialidade, e a possível utilização dos resultados em publicações, conforme estabelece a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996) e respeitando a Resolução n. 016/2000 do Conselho Federal de Psicologia (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2000).

Os participantes foram informados que poderiam deixar de responder qualquer uma das questões ou até mesmo parar de responder a elas a qualquer momento da entrevista, se assim preferissem.

4.7 Procedimentos de análise dos dados

A análise dos dados seguiu a ordem das perguntas realizadas nas entrevistas. Inicialmente foram coletados os dados sócio-demográficos e posteriormente foram feitas as perguntas a cada participante seguindo uma ordem

pré-determinada. A ordem de realização das perguntas foi estabelecida com o objetivo de minimizar as influências que uma questão poderia refletir nas questões seguintes.

Todas as entrevistas foram transcritas na íntegra e identificadas (APÊNDICE C). Em seguida, foram agrupados os relatos dos participantes de acordo com cada pergunta. Foi feita uma leitura detalhada das entrevistas para identificar os tipos de expressões utilizadas como respostas a cada questão a fim de agrupá-las em categorias. As categorias foram definidas a cada questão conforme surgiam semelhanças entre as respostas dos participantes e de acordo com as categorias propostas por outras pesquisas sobre os mesmos temas. As respostas foram separadas principalmente entre as categorias de Expressões Subjetivas e de Expressões Objetivas, que tinham como determinante o sentido de concretude e ação para as expressões objetivas (atividade física; estruturas anatômicas como braço e cérebro) e o sentido abstrato e integralizador para as expressões subjetivas (saúde; bem-estar; sagrado).

Em cada questão, os resultados dos dois cursos foram expostos de maneira intercalada, primeiro o Curso de Educação Física seguido pelo de Fisioterapia. Dessa maneira foram feitas comparações entre as respostas dos acadêmicos de ambos os sexos e dos dois Cursos, a fim de conhecer as RS que cada grupo tem sobre corpo, saúde, doença e beleza.

Para a identificação das representações, utilizamos o que Abric (1994 apud Sá, 2002) denomina Método por Evocação ou Associação livre, a fim de fazer um levantamento das diferentes expressões que indicam as representações pesquisadas.

Os dados foram divididos em categorias de respostas considerando elementos de análise próprios da TRS, tais como informações, opiniões, crenças, elementos culturais (JODELET, 2001; MOSCOVICI, 2004) e foram colocados em tabelas para organizar a frequência que as expressões foram relatadas pelos participantes.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, os resultados das entrevistas serão apresentados juntamente com sua discussão. A apresentação dos dados tem início pelo perfil sócio-demográfico, seguido pelas RS de corpo, saúde e doença, juntamente com algumas falas dos participantes exemplificando essas representações.

5.1 Dados sócio-demográficos

Inicialmente, buscou-se identificar: a faixa etária dos participantes; seu estado civil e nível de escolaridade. Estavam matriculados no último ano do Curso de Educação Física um total de 51 alunos e no Curso de Fisioterapia havia um total de 26 alunos, contudo participaram da pesquisa 35 universitários, cujos dados sócio-demográficos estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1. Perfil sócio-demográfico dos participantes da pesquisa.

	Educação Física				Fisioterapia			
	M (n)	%	F (n)	%	M (n)	%	F (n)	%
Participantes	9	100	10	100	6	100	10	100
Idade (anos)								
19 – 20	-	-	2	20	1	16,66	1	10
21 – 22	4	44	5	50	2	33,33	8	80
23 – 24	3	33,33	1	10	2	33,33	-	
25 – 29	1	11,11	1	10	1	16,66	1	10
33 – 39	1	11,11	1	10	-		-	
Estado civil								
Solteiro	7	77,77	8	80	6	100	9	90
Casado	2	22,22	2	20	-	-	1	10
Escolaridade								
Superior incompleto	9	100	9	90	6	100	10	100
Superior completo	-		1	10	-		-	

A participação dos acadêmicos do Curso de Educação Física foi de 100%, porém, como mostram os dados apresentados na Tabela 1, não foi possível a utilização de todas as entrevistas dos universitários do sexo masculino, porque os dados de um dos participantes - EF02(M) - não puderam ser utilizados devido à má qualidade na gravação da entrevista. No Curso de Fisioterapia, participaram apenas seis universitários do sexo masculino que correspondem ao número total de homens matriculados na turma.

A faixa etária dos participantes do Curso de Educação Física concentrou-se entre 19 a 22 anos entre as mulheres e entre 19 e 24 anos entre os homens; tendo como idade máxima dos participantes uma mulher de 39 anos. No Curso de Fisioterapia oito mulheres (80%) estão na faixa etária de 19 a 22 anos e a idade entre os homens está menos concentrada, e a idade máxima foi de 27 anos. Os estudos de RS de saúde e doença mostram que os cuidados pessoais podem ter características próprias da idade das pessoas, Gomes e Caramaschi (2007) verificaram que entre os jovens há uma maior necessidade de adequação física, sexual e social, com isso utilizam o corpo como instrumento de inclusão ou exclusão pelos grupos sociais. Outro ponto importante ao considerarmos a idade nos estudos de RS são as características de linguagem próprias de cada faixa etária, que devem ser consideradas para viabilizar a comunicação entre pesquisadores e participantes da pesquisa.

Quanto ao estado civil dos participantes, entre os homens e as mulheres do Curso de Educação Física, 80% são solteiros e do Curso de Fisioterapia, todos os homens são solteiros e apenas uma mulher (10%) é casada. Segundo Korin (2001 apud SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005), para os homens, o casamento serve como proteção a diversas doenças, pois passam a depender de suas esposas no cuidado à saúde, o que não ocorre entre as mulheres casadas, pois com o casamento elas continuam sendo as únicas a cuidarem da própria saúde.

No Curso de Educação Física, apenas uma mulher (10%), a mais velha do grupo, tem grau de escolaridade superior completo e no Curso de Fisioterapia nenhum dos participantes tem outro curso superior completo. Esse dado é

importante por identificar grande semelhança na cultura e nos conhecimentos entre os participantes, o que influencia na formação das RS.

5.2 Análise das Representações Sociais dos participantes

Neste sub-capítulo, serão apresentados os relatos das entrevistas seguidos pela discussão. Os resultados e a discussão serão apresentados seguindo a ordem das perguntas durante as entrevistas. Nas Tabelas apresentadas neste sub-capítulo, os resultados estarão agrupados de acordo com o número de pessoas que utilizou cada categoria como resposta e com o sexo, havendo casos em que uma pessoa utiliza mais de uma categoria. Para cada item de análise da questão, serão apresentados primeiro os dados do Curso de Educação Física e em seguida os dados do Curso de Fisioterapia.

5.2.1 Representações Sociais de Corpo

Nesta questão, buscamos identificar as RS que os universitários dão ao corpo. Como o corpo humano será objeto de trabalho dos futuros profissionais de Educação Física e de Fisioterapia, é importante conhecer a maneira que eles vêem o corpo (o seu e o do outro), para compreender o perfil de atuação como profissionais.

Procuramos identificar entre os participantes, os que falam de corpo de uma maneira subjetiva utilizando expressões como saúde, bem-estar e os participantes que vêem o corpo como algo concreto e objetivo utilizando expressões como perna, movimento, atividade física. Na Tabela 2, apresentamos as respostas dos acadêmicos do Curso de Educação Física.

Tabela 2 – Classificação dos relatos dos participantes do Curso de Educação Física sobre corpo de acordo com o sexo.

CATEGORIAS	M (n)	F (n)	Total (n)	%
Expressões subjetivas	7	9	16	57
Saúde	6	6	12	42,8
Estética	1	2	3	10,7
Aspectos emocionais	-	1	1	3,5
Sagrado	-	1	1	3,5
Expressões objetivas	5	7	12	42,8
Atividade física e movimento	3	3	6	21,4
Estrutura anatômica/fisiológica	2	1	3	10,7
Padrões da mídia (ex.: magro, forte)	-	2	2	7
Atrizes de TV	-	1	1	3,5
TOTAL	12	16	28	100

Obs.: Alguns dos participantes utilizaram mais de uma categoria de resposta.

No Curso de Educação Física, entre as respostas que contém expressões subjetivas, as mulheres contribuíram com 56,2% delas. As falas a seguir mostram os entrevistados que associam corpo a saúde:

> EF06(M): Saúde.

> EF10(F): Saúde, bem estar.

> EF16(F): Eu. Não sei como explicar. Procurar ser mais saudável possível.

Segundo Jodelet (1984 apud ALFERES 1987), as RS de corpo podem se referir a fontes de informação subjetiva baseadas na experiência corporal direta e nas relações sociais da pessoa. Verificamos que os participantes vêem a saúde como principal aspecto de suas vidas, o que confirma a importância da experiência privada de saúde e do bem-estar na formação dos significados de corpo.

Entre os relatos foi possível identificar que homens (5M) e mulheres (7F) falam de corpo de maneira objetiva. As falas a seguir indicam as expressões

objetivas utilizadas por eles e evidenciam que nas falas das mulheres a preocupação estética com o corpo está bastante presente:

> EF04(F): O que me vem a cabeça? Vem estética, me vem uma academia, pessoal fazendo atividade física.

> EF09(M): Nossa estrutura anatômica.

> EF14(F): Aquele estereótipo de beleza de hoje em dia, magro, forte.

> EF18(F): Vem a imagem das atrizes de televisão, geralmente vem Cláudia Raia, Gisele Itiê, Gisele Bünchen.

Utilizando o trabalho de Alferes (1987) como referência, podemos identificar que as RS de corpo para estes participantes situam-se no eixo privado/público, pois consideram a exposição social do corpo e o que ele pode refletir em suas imagens. Situam-se também no eixo biológico/psicológico com expressões referindo-se à perfeição física e ao aspecto ativo da pessoa para atingir tal perfeição.

Segundo Felippe et al. (2004), os meios de comunicação transmitem às pessoas, de forma exagerada, a imagem que associa a felicidade à figura esbelta. É possível que os relatos dos participantes estejam influenciados por uma hiper-valorização da estética física devido ao estabelecimento e imposição de estereótipos de beleza inalcançável feitos pela mídia.

Em seu trabalho sobre os significados que envolvem o corpo feminino, Natansohn (2005) afirma que quando se fala das mulheres e para as mulheres, o corpo surge como um trampolim para o sucesso, é a razão de ser para si e para o outro. A autora afirma também que temas como os cuidados obsessivos com a beleza, com a saúde e com o corpo são freqüentes na televisão brasileira, devido a criação de fantasias modernas pela mídia e por outras instituições. Tal afirmação

reforça o fato de haver entre os entrevistados, um maior número de mulheres se referindo aos padrões estéticos e algumas vezes mencionando a veiculação desse conceito aos meios de comunicação.

A inter-relação entre os estereótipos de beleza impostos pela mídia e sua forte participação nas representações femininas de corpo pode ser vista nos relatos a seguir. Há participantes que falam do corpo utilizando tanto palavras objetivas como subjetivas e entre eles 80% são do sexo feminino. Os relatos a seguir remetem ao uso de ambas as categorias:

> EF03(M): Saúde. Tem que falar uma palavra só? Movimento, é, é isso mesmo.

> EF05(F): Ah, eu acho que todo ser humano quer ter um corpo perfeito, daí ele luta pra ter saúde, um corpo bem apresentável, um corpo em forma. A mídia faz muito isso, né, que todos deveriam ter um corpo exemplar, se não você não seria aceito, teria preconceito.

> EF19(F): Já que eu to fazendo educação física, corpo pra mim penso nas questões fisiológicas do corpo. A qualidade de vida é bem estar, é saúde. Hoje em dia minha visão sobre o corpo é isso, é procurar estar bem, é procurar estar com saúde, é procurar estar com qualidade de vida.

> EF20(F): Corpo? Pra mim, o corpo envolve todos os processos do ser, tanto físico, biológico e social, pra pessoa o corpo são os movimentos que ela tem, é o conjunto dos movimentos, do físico englobando as expressões que a pessoa tem de si, do seu emocional, do seu ser, da sua personalidade em si.

Possivelmente a menção à saúde e à estrutura física feita pelos participantes, esteja de acordo com Novaes e Vilhena (2006) podendo ser um reflexo da preocupação mundial com os altos índices de patologias consideradas passíveis de prevenção, que dependeriam principalmente dos cuidados individuais com a saúde para serem evitadas, como a obesidade, cardiopatias e diabetes.

Os relatos também sinalizam que o corpo deixou de ter apenas um aspecto físico e mecânico e passou a ser visto como um instrumento de interação social assumindo um perfil participativo biopsicossociológico, bem como afirmam Vilhaça e Góes (1998).

Por outro lado os participantes também utilizaram expressões referentes à perfeição física para expressar o que representa o corpo. Esses relatos podem estar sendo influenciados pela mídia, que de acordo com Courtine (2005), essa perfeição almejada tem um preço muito alto: a insatisfação constante; instabilidade no amar; e uma busca incessante pelos resultados perfeitos por meio da atividade física. O fato de os participantes do Curso de Educação Física conviverem o tempo todo com atividades físicas pode ter contribuído para o surgimento de expressões que indicam movimento e ação, já que referências aos conhecimentos adquiridos durante o curso foram feitas em vários momentos como no relato da participante EF19(F): "Já que eu to fazendo educação física, corpo pra mim [...]" .

Nas RS de corpo, podemos identificar a presença dos mecanismos de objetivação, ao incorporarem ao vocabulário as novas terminologias aprendidas no curso, e de ancoragem ao relacionar a utilização desse vocabulário na atuação profissional.

Ao analisarmos os dados do Curso de Fisioterapia referentes às representações de corpo (Tabela 3), verificamos que há um número maior de mulheres (5F e 1M) que falaram de corpo de maneira subjetiva.

Tabela 3 – Classificação dos relatos dos participantes do Curso de Fisioterapia sobre corpo de acordo com o sexo.

CATEGORIAS	M (n)	F (n)	Total	%
Expressões subjetivas	1	5	6	30
Saúde	1	1	2	10
Auto cuidado	-	1	1	5
Aspectos emocionais	-	1	1	5
Bonito/feio	-	1	1	5
Mente/corpo	-	1	1	5
Expressões Objetivas	6	8	14	70
Anatômico/físico	5	5	10	50
Movimento/atividades diárias	-	3	3	15
Hospedeiro	1	-	1	5
TOTAL	7	13	20	100

Obs.: Alguns dos participantes utilizaram mais de uma categoria de resposta.

Com relação às expressões subjetivas e objetivas dos participantes a diferença no conteúdo das respostas de homens e mulheres do Curso de Fisioterapia foi maior do que no Curso de Educação Física, pois as mulheres apresentaram 83,3% das respostas subjetivas e os homens apenas 16,7%. As falas a seguir contêm algumas dessas expressões:

> FISIO02(F): Corpo? O que me vem a cabeça? Falar de corpo, falar de que? Acho que corpo vem com uma imagem que é a primeira coisa que vem. Dependendo, às vezes pode ser bonito, pode ser feio. Alguns a gente vê que trabalha mais, consegue explorar mais o corpo.

> FISIO03(F): Corpo é, somos nós por completo, a gente tem que cuidar, é aquilo que vai passar a nossa imagem.

> FISIO10(M): Eu penso em ser humano mesmo, tudo relacionado ao ser humano, por causa da minha profissão.

Foi possível identificar um menor número de expressões subjetivas nas falas dos acadêmicos do Curso de Fisioterapia (principalmente os homens) ao falarem de corpo. Esse fato ficou claro pela presença freqüente de afirmações que aparentemente repetiam as idéias e conceitos dos livros acadêmicos e por

apresentarem uma linha de pensamento biologicista. É possível que esse dado tenha surgido da influência do tipo de disciplinas que os acadêmicos tinham no momento da pesquisa, pois parte das entrevistas foram realizadas no Hospital Universitário (HU) e parte na Clínica Escola de Fisioterapia da UCDB, onde os alunos realizavam seus estágios supervisionados e utilizavam teorias como anatomia, fisiologia e biomecânica. Esse é um exemplo de objetivação e de ancoragem na construção das RS de corpo utilizada pelos participantes do Curso de Fisioterapia.

Nas falas das mulheres foi possível identificar uma preocupação com a imagem pessoal transmitida pelo corpo. Essa preocupação foi pontuada por Natansohn (2005) em seus estudos identificando a grande importância do corpo para a auto-afirmação das mulheres em ambientes particular e social. De acordo Alferes (1987), esses relatos fazem parte do eixo privado/público por apresentarem preocupação com a imagem pessoal que seus corpos refletem em ambientes sociais.

Foi possível identificar um número maior de mulheres (7F e 6M) que falam de corpo de maneira objetiva em seus relatos. Porém, proporcionalmente, os homens têm uma representatividade maior nessa categoria já que 100% deles utilizaram expressões objetivas, enquanto que as mulheres apenas 70%. As falas a seguir mostram alguns dos relatos:

> FISIO05(F): Gordura.
>
> FISIO07(F): Movimento.
>
> FISIO09(F): Físico, material.
>
> FISIO11(M): Hospedeiro, se for falar de saúde seria um hospedeiro, um meio de transporte pra doenças, sensível, imune.

> FISIO15(M): Braço, perna, cabeça.

> FISIO16(M): Cérebro e coração.

Percebe-se que as RS de alguns acadêmicos não consideram o corpo em sua dimensão biopsicossocial, enxergando-o apenas com uma visão física, material e mecânica. Esse dado difere do que afirmam Vilhaça e Góes (1998), que essa visão física e mecânica de corpo já havia sido ultrapassada, passando a predominar sua dimensão biopsicossocial.

O fato de os acadêmicos do Curso de Fisioterapia utilizarem com maior freqüência palavras concretas, sendo muitas delas referentes ao funcionamento do corpo humano e suas partes, pode estar relacionado à realidade de estudo em que se encontravam no momento das entrevistas. Grande parte da grade curricular do Curso de Fisioterapia é composta por disciplinas que visam compreender os mecanismos de funcionamento do corpo humano e toda a teoria aprendida até então estava sendo posta em prática nos estágios supervisionados do último ano do curso, tanto no HU quanto na Clínica Escola da UCDB. Com isso é possível identificarmos a grande influência dos conteúdos das disciplinas do curso de graduação na formação das RS dos acadêmicos no cuidado com a saúde, a doença e o corpo.

Os relatos seguintes mostram tanto uma influência da preocupação física quanto uma preocupação pela saúde de uma maneira geral, apresentando palavras objetivas e subjetivas. Essa contradição entre as expressões utilizadas é frequentemente encontrada nos estudos de RS, pois fazem parte do dinamismo que envolve as RS, como vemos nas falas a seguir:

> FISIO06(F): Pode ser o corpo físico, corpo mental. Corpo é a matéria, o que você está vendo. Pode ser o corpo espiritual, é o que a gente ta sentindo, nossas emoções, sentimentos.

> FISIO08(F): Uma pessoa, um corpo íntegro, saúde, a pessoa como um todo.

> FISIO14(M): Sustentação, saúde.

O número de participantes que usam nos seus relatos concomitantemente as categorias objetivas e subjetivas é pequeno. Muito embora restrita, foi possível identificar em alguns relatos uma visão biopsicossocial de corpo estando de acordo com Vilhaça e Góes (1998) que consideram que a abordagem biopsicossociológica do corpo está presente nos dias de hoje.

5.2.2 Considerações sobre os cuidados com o Corpo

Nesta questão, buscamos identificar como os participantes vêem o cuidado com o corpo. As RS de como cuidar do corpo influenciam na prevenção de doenças e na promoção da saúde, como também na maneira como eles cuidarão das pessoas profissionalmente.

Veremos na Tabela 4, que os relatos dos participantes do Curso de Educação Física mostram que consideram importante o auto-cuidado com o corpo para a manutenção da saúde e na maioria das falas, essa preocupação com a saúde está relacionada a atitudes e ações pessoais.

Tabela 4 – Classificação dos relatos dos participantes do Curso de Educação Física sobre o cuidado com o corpo de acordo com o sexo.

CATEGORIAS	M (n)	F (n)	Total	%
Expressões Subjetivas	4	7	11	27,5
Saúde/hábitos saudáveis	2	4	6	15
Outros*	2	3	5	12,5
Expressões Objetivas	14	15	29	72,5
Atividade física/condicionamento	7	6	13	32,5
Alimentação	4	5	9	22,5
Repouso	2	1	3	7,5
Lazer	-	2	2	5
Outros**	1	1	2	5
TOTAL	18	22	40	100

Obs.: Alguns dos participantes utilizaram mais de uma categoria de resposta.
*Corresponde às expressões subjetivas citadas apenas uma vez: definição da OMS; conhecer os limites do corpo; forma física; estar bem com você mesmo; dar valor a vida.
**Corresponde às expressões objetivas citadas apenas uma vez: não ter vícios; higiene.

O uso de expressões subjetivas foi menor do que de expressões objetivas. Esse dado reflete a objetividade com que os participantes do Curso de Educação Física lidam com os cuidados com o corpo. Dessa maneira, eles mostram considerar que os cuidados corporais dependem de ações objetivas e pessoais para serem atingidos. Os relatos a seguir fazem parte da categoria de expressões subjetivas:

> EF09(M): Conhecer os limites que ele tem, conhecer por inteiro, saber a potencialidade que ele tem, conhecer o funcionamento dele, o que pode fazer bem, o que pode fazer mal.

> EF14(F): Cuidar do corpo como professora pra mim não é só estética, é mais cuidar, não precisa ir pra uma academia e aquela coisa estereotipada, né. Tem que estar lá pro seu bem estar físico, não só, pra saúde, né.

Houve uma diferença pequena entre os sexos em cada categoria e tanto os homens quanto as mulheres pensam em cuidado com o corpo mais objetivamente, mencionando as ações pessoais como um fator importante. Os relatos a seguir contêm expressões indicando ações pessoais para a manutenção do corpo:

> EF01(M): É fazer sempre uma manutenção, estar sempre se movimentando, sempre fazendo atividade de ginástica, sempre praticar atividade física. Ter um cuidado sempre com a manutenção do corpo.

> EF07(M): Diariamente ter precauções quanto alimentação, repouso e atividade física.

> EF13(F): Ter uma boa alimentação, prática de atividade física, ter uma vida ativa, não sedentária; com bastante hora de lazer.

> EF18(F): Fazer atividade física, manter uma boa alimentação, cuidar pra não ter excesso de gordura no corpo, até mesmo porque agora eu estudo isso, então um corpo saudável pra mim seria isso.

A presença de expressões indicando ação é um dado positivo e pode representar um maior grau de importância dada à participação que cada um tem com a manutenção da saúde do corpo. A atividade física foi mencionada por 68,4% dos participantes como fator de cuidado com o corpo e a alimentação esteve presente nos relatos de 47,3% dos participantes. Nos relatos, identificamos os processos de objetivação e ancoragem como na fala da participante EF18(F) "[...] até mesmo porque agora eu estudo isso [...]", ao fazer a ligação da realidade e das experiências vividas na graduação para a formação das RS.

Para Boltanski (2004), as diferentes classes sociais atribuem significados próprios ao corpo e as mais privilegiadas economicamente têm uma preocupação maior com o consumo de alimentos naturais e com a estética. Apesar de se tratar de alunos de uma universidade privada, não obtivemos dados concretos sobre a situação sócio-econômica de cada acadêmico, por isso não é possível afirmar que os participantes da pesquisa tem um alto poder aquisitivo, já que a UCDB direciona parte de seus recursos em bolsas de estudo para pessoas que não podem pagar.

Na Tabela 5, podemos verificar que os resultados do Curso de Fisioterapia foram bastante semelhantes aos do Curso de Educação Física.

Tabela 5 – Classificação dos relatos dos participantes do Curso de Fisioterapia sobre o cuidado com o corpo de acordo com o sexo.

CATEGORIAS	M (n)	F (n)	Total	%
Expressões Subjetivas	10	8	18	51,4
Saúde	4	3	7	20
Relação com o outro	2	1	3	8,6
Estética	1	2	3	8,6
Aspectos psicológicos	1	1	2	5,7
Evitar doenças	1	1	2	5,7
Se sentir bem	1	-	1	2,8
Expressões Objetivas	6	11	17	48,6
Atividade Física	3	6	9	25,7
Alimentação	3	4	7	20
Higiene	-	1	1	2,8
TOTAL	16	19	35	100

Obs.: Alguns dos participantes utilizaram mais de uma categoria de resposta.

Um dado relevante nos relatos dos participantes do Curso de Fisioterapia é a importância dada à relação com 'o outro', fato que não ocorreu entre os relatos dos participantes do Curso de Educação Física. Essa informação aponta para a possibilidade da atuação estar pautada na proposta de integralidade na abordagem dos cuidados com a saúde. Os relatos a seguir mostram alguns exemplos de expressões subjetivas como as que se referem à relação com o outro e as que se referem à estética:

> FISIO03(F): Estar bem fisicamente, praticando exercícios, convivendo bem com outras pessoas, se alimentando corretamente.

> FISIO08(F): Cuidar da saúde. Cuidar da sua aparência, da sua estética.

> FISIO10(M): Manter a saúde, acho que é você se alimentar bem, fazer exercício, ter um bom relacionamento com as pessoas. Basicamente é isso, você estar bem com você mesmo, tanto no físico, no psicológico, no emocional também.

> FISIO11(M): Cuidar da aparência, da própria saúde, cuidar inclusive dos outros com quem você convive.

Kerbauy (2003) destaca a importância da capacitação dos profissionais para realizar as intervenções em saúde. Dessa maneira, consideramos que a importância dada à relação com 'o outro' tem um papel importante na postura deles quando pensamos em suas participações em programas de prevenção de doenças e promoção da saúde e como as RS de saúde e doença estão interferindo na maneira como eles atendem os usuários.

Nos relatos dos participantes do Curso de Fisioterapia a quantidade de expressões objetivas é um pouco menor do que as expressões subjetivas. Nos relatos a seguir estão expostos alguns exemplos das expressões objetivas utilizadas pelos participantes:

> FISIO01(F): Cuidar do corpo é você ter uma boa saúde, praticar atividade física, cuidar de você de uma forma em que você evite que alguns hormônios, algumas coisas como colesterol, glicemia aumente de nível e você esteja evitando algumas doenças, uma possível doença do coração, qualquer coisa. Então é sempre eu estar evitando expor o meu corpo a alguma coisa que vai estar prejudicando ele.

> FISIO05(F): cuidar da alimentação, fazer exercício físico, coisa que eu não faço, mas me alimento bem.

> FISIO14(M): Atividade física, alimentação.

> FISIO16(M): Ter uma alimentação regrada, praticar atividade física regularmente.

No aspecto dos cuidados com o corpo, as mulheres utilizaram uma variedade maior de expressões e muitas vezes indicando a importância que seus atos têm para manter um bom funcionamento do corpo. Com ações visando a manutenção da saúde caracterizando comportamentos preventivos, os acadêmicos estão em sintonia com a idéia que Bucher (2007) afirma ser aceita em ambientes de estudos em saúde: a prevenção é o melhor investimento a médio e longo prazo para a saúde pública. A maneira como as RS de saúde e doença são construídas poderá influenciar na maneira como as ações em saúde serão interpretadas.

De acordo com os relatos, tanto os homens quanto as mulheres consideraram muito mais os aspectos físicos e práticos na manutenção do corpo dando pouca importância à interação com outras pessoas por meio dele e também aos significados psíquicos que o envolvem. Nesse ponto, surge uma contradição, mesmo considerando os cuidados pessoais importantes para a manutenção da saúde, o que favoreceria a prevenção de doenças, não levam em conta que a influência da interação que estabelecem com as outras pessoas faz parte desse mesmo mecanismo de prevenção.

O fato de tanto os homens quanto as mulheres, em ambos os Cursos, terem mencionado a atividade física como um fator importante no cuidado com o

corpo visando a saúde, não é possível afirmar que essas pessoas têm o hábito de se exercitarem em prol da saúde. Esse fato será melhor abordado ao analisarmos os resultados da questão 04.

5.2.3 Representações Sociais de Beleza

A maneira como as pessoas pensam em corpo e como cuidam dele, está muito ligada à preocupação com o fator estético e com a exigência da beleza que existe nos dias de hoje (GOMES; CARAMASCHI, 2007). Dessa maneira, esta questão procurou identificar como os acadêmicos vêem a importância dada à beleza atualmente e quais os vínculos estabelecidos por eles na formação das RS de beleza. Os resultados desta questão para o Curso de Educação Física estão expostos na Tabelas 6.

Tabela 6 – Classificação dos relatos dos participantes do Curso de Educação Física sobre beleza de acordo com o sexo.

CATEGORIAS	M (n)	F (n)	Total	%
Expressões subjetivas	7	5	12	66,6
Bem-estar	4	2	6	33,3
Saúde	2	3	5	27,7
Abstratas	1	-	1	5,5
Atributos psicológicos	-	1	1	5,5
Expressões objetivas	3	3	6	33,3
Padrões ideais da mídia	2	3	5	27,7
Cuidados pessoais	1	-	1	5,5
TOTAL	10	8	18	100

Obs.: Alguns dos participantes utilizaram mais de uma categoria de resposta.

As expressões subjetivas sobre beleza representam 66,6% do total dos relatos feitos pelos participantes. A seguir, estão alguns relatos utilizando expressões subjetivas ao falarem sobre beleza:

> EF04(F): Pra mim é você estar bem com você mesma. As vezes você pode estar próxima do peso, mas quer mudar, não ta bem, é isso.

> EF05(F): Acho que antes de tudo é você se sentir bem, eu por exemplo, eu não tenho que ficar bonita pros outros, ter que se arrumar pra alguém, eu tenho que estar bem comigo, estar bem de espírito, de pensamento. E a beleza que a mídia põe é exatamente essa, que se você é loira, alta e bonita você está com uma beleza exemplar.

> EF06(M): Algo que me atrai.

> EF16(F): Olha, eu sou meio besta nestas questões, mas eu não vejo muito superficialmente, eu vejo mais conhecer a pessoa, como ela é, como ela age, o caráter, essas coisas. Isso é beleza.

> EF17(M): Beleza pra mim é você se sentir bem com o seu corpo, se olhar no espelho e estar tranqüilo.

Nos relatos, os participantes se referem a padrões ideais de beleza, já que atualmente eles são valorizados, o que reflete a influência da mídia na formação de suas RS de beleza. Gomes e Caramaschi (2007) apontam para o fato que tanto os homens quanto as mulheres sempre tiveram um modelo de corpo ideal independente da sociedade e que essa exigência exacerbada faz com que muitas pessoas fiquem insatisfeitas com o próprio corpo, deprimidas e com baixa auto-estima.

Entre os resultados pôde-se identificar que, para alguns participantes, os padrões de beleza são os mesmos ditados pela mídia. Outra pesquisa com resultados semelhantes foi realizada por Toneli (2007), que encontrou jovens de 15 a 24 anos relatando que os padrões de beleza para eles são os mesmo ditados pela moda e pela mídia. Em sua pesquisa, o autor verificou que as meninas têm uma maior preocupação com a estética corporal e que entre elas, as atitudes para atingir as formas desejadas são mais freqüentes. Esse resultado se difere do encontrado na presente pesquisa, pois as mulheres participantes, principalmente do Curso de

Fisioterapia, não têm comportamentos favoráveis às características físicas que gostariam de ter, demonstrando que as RS sobre um determinado tema nem sempre representam exatamente o comportamento das pessoas frente a ele.

A categoria de expressões objetivas teve um número de relatos bem menor do que a de expressões subjetivas, com apenas 33,33% do total. Os relatos a seguir, frequentemente apontam para a influência da mídia na maneira que eles têm de pensar sobre beleza:

> EF03(M): Então, a mídia costuma rotular bastante, né, conceito de beleza, padrão estético e tudo mais, e muitas vezes a gente vê o seguinte, que é mais visto o perfil físico geográfico, das dimensões corporais que vale mais que o conteúdo da pessoa. Vai pela gente mesmo, você vai numa academia, sei lá, dois personais, um gordinho e um fortinho, você vai querer escolher o fortinho porque você vê nele o espelho daquilo que você quer pra você. Então a questão é o seguinte, a gente pensa uma coisa e acaba agindo de outra forma. A gente acaba intuitivamente vendo o outro como o espelho da gente.

> EF14(F): Acho que a beleza pra mim tem várias divergências, não é só aquela Gisele magrela que ta na mídia, mas também gordura não é sinônimo de doença, porque a pessoa ta um pouco acima do peso que ela é doente. Obesidade traz alguns problemas, mas não é por isso que a pessoa é bonita ou feia.

> EF18(F): A gente imagina uma pessoa bonita, né. Aparentemente é uma pessoa bonita, cuidada, acho que a gente tem mesmo esta imagem que a mídia passa pra gente, por mais que a gente tenta fugir disso quando você pára pra olhar uma pessoa você pega sempre a mídia, ou algo que a mídia passa.

> EF20(F): Se eu for te colocar a visão que eu tenho hoje dentro da educação física ela mudou muito o conceito de beleza de quando eu entrei na faculdade. Hoje a beleza pra mim é a pessoa apresentar um corpo adequado pra ela, um peso adequado pra ela, não precisa radicalizar em termos de magreza, é ela estar em condições de conseguir realizar qualquer atividade sem grande esforço físico, sem um desgaste fisiológico muito intenso, é ela ter uma resistência boa. Isso pra mim é beleza, ela ser uma pessoa saudável.

A mídia exerce grande influência na determinação do ideal de corpo, por ser considerado um agente direcionador da maneira como as pessoas pensam sobre diferentes temas (ANDRADE JR; SOUZA; ROCHIER, 2004). Os dados encontrados nas entrevistas mostram consonância com a afirmação anterior, pois 83% dos relatos pertencentes à categoria objetiva fazem menção ao papel determinante que a mídia tem ao falar em beleza, algumas vezes concordando com as determinações e outras discordando. Andrade Jr, Souza e Rochier (2004) consideram que os meios de comunicação criam os padrões de beleza ao associarem a juventude, o magro, o corpo esbelto, belo, como sinônimos de saúde, mas nem sempre esses parâmetros correspondem ao que é saudável na realidade, desta maneira influencia, ou até mesmo, determina as RS de beleza para essas pessoas. Ao analisarmos o relato da participante EF14(F) ("[...] beleza pra mim tem várias divergências, não é só aquela Gisele magrela que ta na mídia, mas também gordura não é sinônimo de doença [...]") podemos identificar a forte influência da mídia ao determinar que a beleza é ser magro e que mesmo com essas influências, a acadêmica não considera que gordura é sinônimo de doença e nem de feiúra.

Sant'Anna (2005) acredita que alguns fatores determinam o atual direito e dever do ser humano de se embelezar, como o progresso científico e industrial, a liberação sexual e a participação ativa da publicidade. Podemos ver que no relato de EF18(F) ("[...] por mais que a gente tenta fugir disso quando você pára pra olhar uma pessoa você pega sempre a mídia, ou algo que a mídia passa"), os padrões de beleza divulgados pela mídia são citados como um parâmetro comumente seguido pelas pessoas ao pensarem sobre beleza, evidenciando a força da mídia na formação das RS.

A seguir, estão expostos na Tabela 7, os relatos dos participantes do Curso de Fisioterapia de acordo com a freqüência das categorias.

Tabela 7 – Classificação dos relatos dos participantes do Curso de Fisioterapia sobre beleza de acordo com o sexo.

CATEGORIAS	M (n)	F (n)	Total	%
Expressões subjetivas	6	8	14	70
Bem-estar	2	5	7	35
Atributos psicológicos	3	-	3	15
Interior/exterior	1	2	3	15
Considera o outro	-	1	1	5
Expressões objetivas	1	5	6	30
Negação dos padrões ideais da mídia	-	3	3	15
Padrões ideais da mídia	-	2	2	10
Forma de se mostrar	1	-	1	5
TOTAL	7	13	20	100

Obs.: Alguns dos participantes utilizaram mais de uma categoria de resposta.

Entre as respostas dos participantes do Curso de Fisioterapia a esta questão, também foi possível encontrar um número bem maior de expressões subjetivas do que expressões objetivas assim como ocorreu com o Curso de Educação Física. Esta categoria de respostas representa 70% do total.

> FISIO02(F): Geralmente, o pessoal fala que não leva em conta se a pessoa é gordinha se é mais magra, mas eu acredito que beleza é muito o que a pessoa vale, o que a pessoa faz, o que a pessoa é, mais o interior dela do que o exterior. Acredito mais que as atitudes que ela tem, o profissionalismo, a maneira com que ela trata as outras pessoas é mais importante.

> FISIO10(M): É você se sentir bem, tanto no externo quanto no interno.

> FISIO16(M): Se sentir bem, estar contente com o seu corpo. Acho que a aparência física passa mais pelo seu estado emocional do que exatamente pela sua beleza. Se você está se sentindo bem, ta bem sucedido na profissão, na escola, você vai se sentir bem com o que você ta, passa mais pelo emocional do que pela beleza estética, pelo físico da pessoa.

Os relatos revelam que a maioria dos participantes afirma não dar importância aos padrões ideais de beleza determinados pela mídia. Eles dizem considerar mais importantes as características psicológicas e interiores das pessoas, para determinarem se elas são belas ou não. Esse resultado vai ao encontro de Novaes e Vilhena (2006) que consideram que as pessoas são ativas na formação das RS, não apenas absorvendo e seguindo o que a mídia determina, mas sim decidindo o que pensar sobre tudo. No entanto, esses relatos mostram uma contradição nas RS de corpo citadas anteriormente e uma vez que os participantes que consideravam importantes a aparência física e a estética quando falam de cuidados com o corpo. Essa informação revela o caráter dinâmico da construção das RS.

As expressões objetivas representam apenas 30% dos relatos, 83% dessa categoria é composta apenas por mulheres e mencionam de alguma maneira a mídia como participante na formação das RS de beleza como vemos nas falas a seguir:

> FISIO01(F): Pra mim pra falar bem a verdade, eu sempre fui muito preocupada com o meu corpo, eu sempre achei que eu era obesa, era gorda, e pra mim eu queria beleza bem como aparece na mídia, minha cabeça era assim, eu queria ser magra, fazia regimes loucos, tanto é que um dia eu fiz um regime que era o da proteína, um regime que comia mais, na terça feira era um ovo e uma cenoura, ovo muitas vezes. Isso quando eu tava no terceiro ano, tinha uns dezesseis dezessete anos, e veio repercutir agora na minha saúde, eu to com o colesterol alto. A beleza pra mim antes era isso, eu via aquelas meninas magras e eu queria ser daquele jeito. Hoje até que não é tanto assim, eu ainda penso em cuidar da minha saúde agora e reverter esse colesterol meu que não ta legal.

> FISIO05(F): É você se sentir bem, seja com o cabelo crespo, seja com o cabelo liso, mas em relação a mídia é mais uma questão de se cuidar, de escova, de maquiagem, de roupa, de tudo isso. Pra mim é eu me sentir bem.

Como vemos no relato da participante FISIO01(F), as RS não são estáticas e o surgimento de novos eventos na vida da pessoa pode modificá-las.

Felippe et al. (2004) argumentam que os meios de comunicação conduzem exageradamente às pessoas a subordinação da felicidade à beleza. Por esse motivo, acreditamos que as falas das mulheres estão repletas da participação da mídia na imposição de estereótipos de beleza. Esses resultados vão ao encontro de Toneli (2007), pois nos resultados de sua pesquisa com jovens da mesma faixa etária, as mulheres falam com clareza que os padrões estéticos são determinados pela mídia, sinalizando mais uma vez o poder da mídia na maneira de pensar das pessoas, consequentemente no processo de construção de suas RS.

Algumas das mulheres que mencionam a mídia ao falarem de beleza negam concordar com esses padrões, bem como viver de acordo com eles, como vemos nos relatos a seguir:

> FISIO03(F): É eu estar bem comigo mesma, não importando os outros ou a mídia.

> FISIO06(F): É eu estar bem comigo mesma, é estar bem comigo mesma do jeito que eu sou, não a beleza que a mídia impõe, que é ser magra, é ser alguma coisa que a gente não é, a maioria da população não é. É eu estar bem comigo mesma, eu me achar bonita.

Os relatos mostraram que independente de concordar ou não com os padrões de beleza ideal estabelecidos pela mídia, algumas mulheres tem presentes em seus relatos essas imposições sociais. Assim podemos inferir que, conscientes ou não, essas mulheres sentem a exigência de serem belas para se auto-afirmarem socialmente, como afirma Natansohn (2005). Na construção das RS, podem surgir contradições como nos relatos dos participantes, ora afirmando a importância em atingir os padrões estéticos ditados pela mídia, ora afirmando não se importarem com eles, tendo em vista a dificuldade em atingir os ideais de beleza ditados pela mídia, como pontuam Felippe et al. (2004).

5.2.4 Considerações sobre a prática de atividades físicas

A prática de exercícios representa um dos comportamentos, considerados pelos participantes, importantes nos cuidados com o corpo e na promoção da saúde. O objetivo desta questão era analisar o quanto os universitários praticam atividade física, para identificar a maneira com que os acadêmicos cuidam do próprio corpo, e se o comportamento deles estava relacionado com o que pensam ser saudável. As respostas e os tipos de atividades físicas praticadas pelos participantes do Curso de Educação Física estão apresentadas na Tabela 8.

Tabela 8 – Classificação dos relatos dos participantes do Curso de Educação Física sobre a prática de atividades físicas de acordo com o sexo.

	M (n)	F (n)	Total	%
Sim	7	9	16	84
Não	2	1	3	16
Atividades				
Musculação	3	5	8	42
Esportes coletivos	5	3	8	42
Natação	2	1	3	15,8
Dança/capoeira/pilates	1	2	3	15,8
Lutas	2	-	2	10,52

Obs.: Alguns dos participantes relatam praticar mais de um tipo de atividade física.

Os participantes do Curso de Educação Física informaram que praticam algum tipo de atividade física. A maioria deles relata que esses exercícios são praticados fora do horário de aula, o que evidencia o caráter espontâneo e sistemático das práticas. Esse dado nos remete a Toneli (2007) que afirma que para os jovens dessa faixa etária, o corpo saudável é o corpo malhado. A autora aponta para o fato que, mesmo com esse pensamento, são poucos os homens que praticam exercícios e que entre as mulheres, o comportamento visando atingir a forma física desejada é mais presente. Esse dado confere com o encontrado nesta pesquisa no que se refere às práticas das mulheres. Aqui, os relatos femininos mostram que elas praticam mais atividades físicas do que os homens (12% a mais). No que se refere aos homens, 77% deles também praticam atividade física regularmente, o que difere das afirmações da autora.

Os resultados mostram que os esportes coletivos estão presentes mais nas práticas masculinas do que nas femininas, sugerindo concordância com Pociello (2005) que salienta que os esportes coletivos têm grande importância na sociedade pela sua função de, simbolicamente, substituir a guerra, as lutas pelo domínio do espaço e para extravasar a necessidade de expressão da virilidade. Para o autor, qualquer tipo de exibição de força, agressividade, lutas, confrontos físicos foram abafados pelos ideais de justiça e amor presentes na civilização de hoje, de modo que os esportes coletivos servem para viabilizar o extravasamento dos sentimentos que representam os valores masculinos. Esses dados revelam o cuidado que cada pessoa tem com o próprio corpo e fazem parte do que chamamos de RS de corpo.

Na Tabela 9, estão expostos os relatos dos participantes do Curso de Fisioterapia sobre a prática de atividades físicas.

Tabela 9 – Respostas dos participantes do Curso de Fisioterapia sobre a prática de atividades físicas de acordo com o sexo.

	M (n)	F (n)	Total	%
Sim	2	2	4	25
Não	4	8	12	75
Atividades				
Musculação	2	2	4	25
Aeróbico	-	1	1	6,25

A Tabela 9 mostra que 75% dos participantes do Curso de Fisioterapia não praticam qualquer tipo de atividade física. Eles relatam a importância dos exercícios físicos para a saúde, porém, seus comportamentos não estão associados com os relatos. É possível que o fato de as disciplinas do Curso de Educação Física requisitarem uma maior participação dos acadêmicos em atividades físicas práticas, nas quais eles se movimentam e experimentam todos os exercícios, esteja influenciando na coerência entre as RS com o comportamento ativo deles fora da universidade. Dessa maneira, o fato de os acadêmicos de Fisioterapia estarem envolvidos apenas em disciplinas que exigem seus conhecimentos teóricos e técnicos sobre o corpo, com pouca ou nenhum vivência prática de atividades físicas

diminua a motivação para praticarem exercícios mesmo sabendo de sua importância para a saúde.

Entre as pessoas fisicamente ativas (25%), há um número igual de homens e mulheres. Esse fato mostra que, muito embora o número de participantes seja pequeno, podemos inferir que, diferentemente dos participantes do Curso de Educação Física, não há diferença entre os sexos, como sugere Toneli (2007) ao dizer que as mulheres teriam mais comportamentos favoráveis à saúde e aos cuidados estéticos.

É possível perceber que nos resultados não há menção alguma à pratica de esportes coletivos por parte dos acadêmicos, mas sim à pratica de atividades físicas individuais, o que nos remete a uma RS de saúde individualista que é adotada pelo Modelo Biomédico. Esse resultado não está de acordo com as idéias de Pociello (2005) que aponta para o fato que os interesses da população estão sendo deslocados dos esportes coletivos para atividades individuais. O autor salienta que esse processo se iniciou há vinte anos e que tem o seu ápice nos dias de hoje e que o aumento da valorização dos esportes individuais pode estar alimentando o narcisismo contemporâneo e a individualização da sociedade.

5.2.5 Representações Sociais de Saúde

Nesta questão, buscamos conhecer a maneira que os participantes pensam sobre saúde, pois o modo de entender a saúde reflete diretamente sobre os cuidados que eles têm para com ela. Para Boruchovitch e Mednick (2000), é muito importante conhecer as causas que as pessoas atribuem a saúde, pois dessa maneira é possível entender os comportamentos frente a promoção da saúde, bem como prevenção de doenças. Na Tabela 10, encontraremos os resultados do Curso de Educação Física, divididos em categorias de acordo com a freqüência que surgiram nas falas dos entrevistados.

Tabela 10 – Representações Sociais de Saúde para os participantes do Curso de Educação Física de acordo com o sexo.

CATEGORIAS	M (n)	F (n)	Total	%
Bem-estar	8	5	13	50
Ausência de doenças	1	5	6	23
Qualidade de vida	1	1	2	7,7
Capacidade de realizar as atividades diárias	1	1	2	7,7
Comportamentos saudáveis	-	2	2	7,7
Apenas o físico	1	-	1	4,3
TOTAL	12	14	26	100

Obs.: Alguns dos participantes utilizaram mais de uma categoria de resposta.

5.2.5.1 Educação Física - saúde como bem-estar

Treze pessoas referiram-se à saúde como bem-estar, sendo 61,5% do sexo masculino. Algumas das falas foram bem amplas, sem especificar em que aspecto da vida da pessoa seria o bem-estar, como podemos ver nos relatos a seguir:

> EF10(F): É você estar bem consigo mesmo, bem estar, nada de doença.

> EF11(F): Bem estar.

Os resultados desta pesquisa mostram que grande parte dos participantes se remete à definição estática de saúde como bem-estar. 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. Podemos verificar nos relatos a seguir, que os participantes se referiam a definição de saúde feita pela OMS e à saúde apenas como bem-estar:

> EF06(M): Corpo saudável, saúde tanto mental, quanto... não sei.

> EF08(M): É... estar com o psicológico bem, e com o corpo saudável.

As falas revelam que os participantes não levam em consideração a influência que as outras pessoas têm nos seus sentimentos e comportamentos, não havendo reflexo algum em sua saúde. Essa maneira de lidar com a saúde é semelhante ao modelo biomédico do século XVII, no qual as relações sociais não faziam parte das causas das doenças. Desse modo, esta RS de saúde não considera que o contexto social pode interferir nas estratégias de prevenção.

Os resultados mostram que a saúde também é vista como o perfeito bem-estar físico, mental e social, como define a OMS. Identificamos em algumas falas essa definição:

> EF03(M): Saúde é, bom, saúde não é só a ausência de enfermidades, é a história de um convívio do bem estar, do social, da sua cabeça, do psicológico, em harmonia com a saúde do seu corpo. Porque é assim, nossos pensamentos geram coisas boas e coisas ruins pro nosso físico, se a gente ta bem consigo mesmo e com os outros a nossa saúde externa estará bem também.

> EF04(F): É um bem estar físico, mental e social, se dar bem com todo mundo.

> EF20(F): Bem estar físico, mental e social. É a pessoa se sentir bem, não apresentar doenças, estar em perfeitas condições de realizar suas atividades diárias.

A divisão da saúde como é feita nos relatos dos participantes transmite a idéia fragmentada de saúde, como se fosse possível desvincular os aspectos uns dos outros. A não inclusão de fatores ambientais, condições de trabalho, lazer, habitação, educação e segurança no convívio social e com a natureza, reflete a limitação de expectativas que as pessoas têm ao pensar em saúde. Pessini e Barchifontaine (2002) salientam que as pessoas precisam conhecer suas aspirações para terem suas necessidades básicas de vida e saúde satisfeitas. Enquanto os múltiplos fatores que influenciam na saúde não forem reconhecidos e priorizados, o atendimento integral ao usuário não será uma realidade.

As mudanças nas RS de saúde e na maneira como as pessoas lidam com a prevenção de doenças podem estar associados a uma nova prática de cuidados à saúde utilizados pelo SUS que visa a integralidade do usuário com trabalhos envolvendo as diversas áreas da saúde e assim oferecer um atendimento mais completo e humano (BRASIL, 2007).

5.2.5.2 Educação Física - saúde como ausência de doenças

Nas falas dos participantes do Curso de Educação Física foi possível encontrar a definição de saúde como ausência de doenças, como vemos nos relatos a seguir:

> EF12(M): É a pessoa estar isento de doenças.

> EF18 (F): Como eu já vi isso, eu diria que é a ausência de doença, mas daí com a definição da OMS seria algo mais complexo que se você for analisar não existe, uma pessoa saudável decorrente da vida que a gente vive hoje, mas de modo mais grosso seria a falta de doença mesmo.

Foi possível encontrar seis (31,5%) participantes se remetendo à saúde como ausência de doenças, o que corresponde à 23% dos relatos. De acordo com Serpa (2007), ao pensarem desta maneira, os participantes acreditam que a falta de sintomas significa estar saudável, o que demonstra não considerarem a existência de doenças cujos sintomas não são percebidos em estágios iniciais, como é o caso da hipertensão arterial e da contaminação por HIV. Os participantes revelaram também não levarem em consideração alguns fatores determinantes da saúde como as condições sanitárias e socioeconômicas.

Andrade Jr, Souza e Rochier (2004) salientam que essa visão de saúde como ausência de sintomas caracteriza um caráter imediatista frente à saúde e à doença, o que pode estar prejudicando a aquisição e a manutenção de comportamentos preventivos na população, principalmente nos dias de hoje com a

disseminação de doenças como a AIDS. Os autores acreditam que essa realidade se deve à crise do sistema de saúde pública, que por sua ineficiência e dificuldade de acesso, as pessoas acabam por procurar apenas tratamentos curativos e não preventivos.

No entanto, de acordo com Negri (2002), os relatórios mostram as conquistas desde a implantação do SUS, concretizando uma evolução rumo à uma assistência integral ao usuário, apesar de ainda existirem algumas dificuldades.

A visão do corpo assintomático como sendo saudável mostra que as pessoas utilizam um tipo de prevenção secundária, característica do Modelo Biomédico. De acordo com Scliar (2002), a prevenção secundária ocorre após a doença ser diagnosticada, e tem como objetivo diminuir o sofrimento da pessoa com tratamentos clínicos e cirúrgicos. Essa não é a melhor forma de prevenção, pois a pessoa já está doente e o que se pode fazer é remediar os sintomas.

Para Bucher (2007), a melhor forma de prevenção é com a educação, pois coloca as pessoas como construtores da própria realidade, atribuindo-lhes a responsabilidade de modificarem sua história pessoal e lhes dá a possibilidade de se desvincular da posição passiva em que se encontram. Dessa maneira, as pessoas mantêm hábitos saudáveis e comportamentos preventivos diminuindo o risco de adquirirem uma doença.

Outros fatores foram mencionados ao falarem de saúde sem muita freqüência. O fato que nos chama a atenção, é que apenas duas acadêmicas (2F) consideraram a necessidade de ter comportamentos saudáveis ao pensarem em saúde.

> EF05(F): Saúde? Bom, acho que saúde e tudo o que já te falei, né. De você se cuidar, ver como você ta, com algum problema, alguma coisa diferente, lesão. Cuidar da alimentação, acho que tudo isso faz parte da saúde, não adianta você fazer exame direto e não se cuidar. Evitar bebida.
>
> EF16(F): Alimentação, esporte.

Este resultado é preocupante por indicar que as RS da maior parte dos participantes (89,5%) não levam em consideração o auto cuidado, o comportamento

individual e em grupo ao lidarem com a saúde. Desta maneira, a promoção da saúde se torna inviável, pois a população não se mostra responsável para atuar na melhoria de sua qualidade de saúde, nem de interferir na construção de prioridades nos cuidados à saúde das outras pessoas (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2002; CZERESNIA, 1999).

Os resultados das entrevistas dos participantes do Curso de Fisioterapia sobre saúde estão organizados na Tabela 11.

Tabela 11 – Representações Sociais de Saúde para os participantes do Curso de Fisioterapia de acordo com o sexo.

CATEGORIAS	M (n)	F (n)	Total	%
Bem-estar	3	7	10	55,5
Ausência de doenças	2	1	3	16,6
Aspectos psicológicos	1	1	2	11,1
Outros*	-	3	3	16,6
TOTAL	6	12	18	100

Obs.: Alguns dos participantes utilizaram mais de uma categoria de resposta.
*Corresponde às categorias que foram citadas apenas uma vez: comportamentos saudáveis; apenas o físico; biológico (exames).

5.2.5.3 Fisioterapia - saúde como bem-estar

Os resultados do Curso de Fisioterapia e de Educação Física foram separados de acordo com a freqüência em que apareciam os temas. No entanto, essa divisão foi feita com mais facilidade do que ocorreu com a Educação Física, pois aqui os relatos são mais curtos e diretos, como acontece com a utilização da definição de saúde feita pela OMS:

> FISIO03(F): Saúde é um bem estar físico, social, psíquico.

> FISIO11(M): Vou dar aquela definiçãozinha básica, é o bem estar físico e mental, não só físico nem só mental. É você estar bem consigo mesmo, você estar bem com os outros.

> FISIO13(M): É o bem estar físico, mental, social que a pessoa se encontra no momento.

Para Segre e Ferraz (1997), essa definição é limitante e obsoleta. Eles consideram que a divisão feita entre os aspectos físico, mental e social não condiz com o que ocorre na realidade, já que essa dissociação é impossível. Ao considerarem apenas essas esferas da vida, os participantes revelaram em suas RS de saúde que se esquecem de outras importantes esferas como: as condições de trabalho, lazer, habitação e educação. Esses fatores são considerados de grande importância por Pessini e Barchifontaine (2002), pois para eles, saúde é o resultado da combinação de condições básicas e objetivas da existência humana.

O fato de os participantes não utilizarem uma definição de saúde formulada por eles mesmos, evidencia que eles não pensam em saúde como um processo em contínua mudança, mas apenas utilizam e reproduzem termos aprendidos durante a graduação. Esse resultado vai ao encontro com a pesquisa realizada com professores do ensino básico de alguns municípios brasileiros, em que a saúde era vista como algo estático e não como um processo de interação entre os diversos aspectos da vida (GRYNSZPAN, 1999). Essa falta de percepção da saúde como um processo pode tirar das pessoas o caráter participativo e a responsabilidade que elas têm com a saúde diminuindo os ganhos sociais com os programas de promoção da saúde e de prevenção de doenças.

Ainda mais limitante do que a definição de saúde da OMS, são as que não inserem o fator social ao pensarem em saúde, como vemos a seguir:

> FISIO04(F): É um estado físico, mental e espiritual, daí já é o mental. A pessoa tem que estar bem de cabeça e corpo.

> FISIO10(M): Saúde é como eu falei, você estar bem consigo mesmo, não é só não estar doente, é você estar bem fisicamente, espiritualmente, emocionalmente, psicologicamente. Acho que isso que é ser uma pessoa saudável.

FISIO12(F): Bem estar físico e mental.

Essa maneira de pensar em saúde fazia parte da realidade do século XVII, em que eram considerados apenas os aspectos físico e mental das pessoas (SPINK, 2007; ENUMO, 2003; STROEBE; STROEBE, 1995). Porém, diferente do que esperávamos, a visão de saúde de acordo com o modelo biomédico não deixou de existir em ambos os grupos participantes. À medida que o fator social e a dinâmica envolvendo o ambiente, a natureza e o ser humano são ignorados, os comportamentos ficam distantes do necessário para um bom funcionamento do atendimento à saúde, pois as pessoas, com uma visão individualizante do processo saúde/doença, não consideram que as suas atitudes podem modificar a realidade. Esses dados revelam que as RS dos participantes ainda refletem maneiras de pensar e agir fragmentadas e desfavoráveis para a adoção e manutenção de hábitos saudáveis.

5.2.5.4 Fisioterapia - saúde como ausência de doenças

O número de participantes do Curso de Fisioterapia que se refere à saúde como apenas a ausência de doenças é bem menor do que o encontrado no Curso de Educação Física, com uma diferença de 12,9%. Os relatos a seguir mostram essa visão reducionista atribuída à saúde.

FISIO08(F): É a ausência de doença. Mas tem que estar bem no psicológico, estar bem consigo mesma, porque tem gente que é depressiva está sempre de mau humor, então não é uma pessoa saudável.

FISIO14(M): Ausência da doença, é o que eu aprendi. Sem sintomas de uma doença.

FISIO15(M): Não ter uma gripe um resfriado, nenhum problema.

Essa maneira de lidar com a saúde é preocupante, pois as doenças assintomáticas são ignoradas, como é o caso de algumas doenças sexualmente transmissíveis (AIDS, HPV). Consequentemente, as situações de vulnerabilidade podem ser mais freqüentes por não considerarem a possibilidade de estarem doentes e de transmitirem alguma doença a outras pessoas, ou até mesmo de se contaminarem em suas relações. Outras doenças também fazem parte das doenças invisíveis, assintomáticas, como diabetes, hipertensão arterial e dependem de suas atitudes para serem evitadas, como por exemplo, a manutenção de hábitos alimentares saudáveis. Como as RS de saúde estão apenas no corpo, as pessoas só se lembram da saúde quando adoecem, em conseqüência dessa postura, doenças passíveis de serem evitadas continuam se proliferando. Essa redução da visão da saúde à ausência de doenças também foi encontrado em outras pesquisas (GRYNSZPAN, 1999; ANDRADE JR.; SOUSA; ROCHIER, 2004; SERPA, 2007; STALLIANO, 2007).

Alguns pesquisadores consideram a prevenção primária como a melhor maneira de aquisição e manutenção da saúde (SCLIAR, 2002; BUCHER, 2007). Os resultados desta pesquisa, de ambos os cursos, mostram que os participantes ao desconsiderarem suas participações ativas na construção da sua saúde, acabam inviabilizando qualquer projeto de prevenção primária de doenças. Essas RS devem ser consideradas na construção das disciplinas dos cursos superiores, principalmente na área da saúde, pois o conhecimento adquirido na graduação influenciará na maneira como esses profissionais atuarão na sociedade.

5.2.6 Razões para a procura de um Profissional de Saúde

O objetivo desta questão foi identificar em quais circunstâncias os participantes procuram um profissional de saúde. As respostas refletem a maneira com que eles cuidam da saúde, com que se preocupam com a promoção e manutenção dela e com a prevenção de doenças.

Tabela 12 – Freqüência da procura por um profissional de saúde de acordo com o Curso e o sexo dos participantes.

	Educação Física				Fisioterapia			
CATEGORIAS	M (n)	F (n)	Total	%	M (n)	F (n)	Total	%
Em caso de doença	8	9	17	89,5	5	9	14	87,5
Prevenção	1	1	2	10,5	-	1	1	6,25
Após comportamento de risco	-	-	-	-	1	-	1	6,25
TOTAL	9	10	19	100	6	10	16	100

Os resultados desta questão confirmam os resultados da questão anterior, mostrando a forma como os participantes lidam com a promoção da sua própria saúde. Evidencia a posição passiva que a maioria deles tem frente ao processo de saúde/doença, já que 89,5% dos participantes do Curso de Educação Física e 87,5% do Curso de Fisioterapia afirmam procurar um profissional de saúde apenas quando estão doentes, como podemos ver nos relatos a seguir:

> EF01(M): Quando precisa. Quando já ta no limite. Se não houver uma necessidade, dificilmente há alguém que procure sempre estar fazendo manutenção de mês em mês. Normalmente, eu ia num endócrino, né, dentista, endócrino, fisioterapeuta muito por causa de um acidente que eu sofri, machuquei o cruzado do joelho; tive que procurar muito o fisioterapeuta.

> EF05(F): Olha, eu ultimamente só quando tô mal mesmo, eu sei que deveria estar fazendo um check-up, mas na verdade eu nunca vou. Eu sei que é errado, que eu tenho que fazer, me cuidar. Na verdade eu vou ser bem clara, é por relaxismo mesmo, tem como, tem, mas não vou por causa disso. Agora também por causa da faculdade, ta muito corrido, mas é falta de vergonha mesmo.

> F02(F): A hora que eu to mal. Quando eu tenho alguma doença, quando tenho alguma coisa.

> F13(M): Quando eu to doente, quando eu sinto que alguma coisa em mim não está bem.

A diferença entre os sexos nos dois cursos foi pequena, não nos permitindo concluir que homens e mulheres têm comportamentos diferentes quanto à prevenção de doenças. Esse comportamento é considerado contrário ao desejado para prevenção de doenças, pois esses participantes tem comportamentos característicos do Modelo Biomédico de atenção à saúde, ao procurar um profissional de saúde apenas quando estão doentes.

Os participantes do Curso de Educação Física reconhecem que seus comportamentos são inadequados, porém a consciência da necessidade de ações preventivas para promover a saúde não é suficiente para mudarem suas posturas remediadoras. Entre eles, apenas duas pessoas (1M e 1F) afirmaram procurar um profissional de saúde como prevenção. Já entre os participantes do Curso de Fisioterapia, com exceção de uma mulher, que afirma procurar o médico para se prevenir de doenças, nenhum participante relata a necessidade em fazer um acompanhamento de sua saúde como forma de prevenção. É possível identificar que a formação universitária fortalece a importância estética e curativa das RS de saúde e de cuidados com a saúde, porém deveria agir no sentido de preparar os acadêmicos para ações preventivas em suas atuações profissionais e em suas vidas pessoais.

Essa realidade exige cuidados, pois como afirma Bucher (2007), as pessoas precisam ser colocadas em posição de construtoras da própria realidade, tirando-as da passividade, já que essa é a única maneira de os programas preventivos terem sucesso com efeitos mais amplos e duradouros.

Kerbauy (2003) salienta que o psicólogo na área da saúde pode utilizar de diferentes maneiras de abordar os assuntos da saúde e de contribuir para que a pessoa doente siga o tratamento, visando a mudança nos estilos de vida, ajudando-os a incorporar hábitos favoráveis à diminuição dos riscos à sua saúde. Andrade Jr, Souza e Rochier (2004) complementam que devem ser feitos investimentos maiores em medidas preventivas do que em medidas corretivas.

Essa questão foi feita de uma maneira que deixasse os entrevistados livres para citar ou não os profissionais de saúde que mais procuravam. Na Tabela 13 está a relação dos profissionais citados pelos participantes. Podemos verificar

que houve uma variedade e uma quantidade maior de profissionais de saúde citados pelos participantes do Curso de Educação Física do que pelos de Fisioterapia.

Tabela 13 – Relação dos profissionais de saúde citados pelos participantes dos Cursos de Educação Física e de Fisioterapia.

Profissões	Educação Física	Fisioterapia
Médico	8	2
Fisioterapeuta	2	-
Dentista	2	-
Profissional de Educação Física	2	-
Nutricionista	1	-
Psicólogo	1	-

Esse resultado mostra que quando os acadêmicos pensam em cuidar da saúde logo pensam em procurar um médico, já que este foi citado oito vezes pelos participantes do Curso de Educação Física, número que corresponde à soma das citações de todos os outros profissionais de saúde. A diferença entre a procura por médicos e por outros profissionais também é grande no Curso de Fisioterapia, pois apenas duas pessoas fizeram citações e se referiam a médicos. Não houve nenhuma outra profissão da área da saúde citada pelos participantes do Curso de Fisioterapia. As RS refletem o predomínio do modelo biomédico de atenção a saúde com a centralização dos cuidados à figura do médico com medidas apenas curativas.

O psicólogo, como profissional da saúde, foi mencionado apenas uma vez por um participante do sexo masculino do Curso de Educação Física. Esse resultado mostra que os participantes têm uma visão unicamente física da saúde, e que fatores psicológicos, sociais e ambientais não são considerados importantes ao pensarem em saúde. Stroebe e Stroebe (1995), Spink (2007) consideram que a visão unicamente física da saúde, extremamente reducionista, não leva em conta os fatores comportamentais das pessoas nos cuidados com a saúde. Dessa maneira, as situações de vulnerabilidade podem estar mais presentes na realidade dessa população, já que as ações preventivas não são prioridade para eles.

Alguns autores (NATANSOHN, 2005; ANDRADE JR; SOUZA; ROCHIER, 2004; ALEXANDRE, 2001) acreditam que a mídia direciona o comportamento da população frente a saúde estimulando a obsessão pelos cuidados com a saúde, a beleza e o corpo. Essa realidade não se mostra presente entre as pessoas participantes dessa pesquisa, pois o fato de elas não cuidarem frequentemente e rotineiramente da saúde, procurando um profissional da saúde para se prevenirem de doenças, evidencia a falta de comportamentos favoráveis adequados e responsáveis, em razão de terem as RS construídas apenas nas noções corporais da doença

5.2.7 Relatos sobre experiências de adoecimento

Ao responderem essa questão, os participantes nos mostram como eles vêem a doença na prática, o que eles consideram como sendo doença e quais são os tipos de doença mais comumente citados por eles. Na Tabela 14 estão relacionadas as respostas dos participantes do Curso de Educação Física.

Tabela 14 – Relação dos participantes do Curso de Educação Física que já estiveram doentes e a freqüência das doenças de acordo com o sexo.

	M (n)	F (n)	Total	%
Sim	8	8	16	84,2
Não	1	2	3	15,8
Doenças				
Viroses/gripes	3	2	5	38,5
Bronquite	2	-	2	15,4
Outros*	1	5	6	46

*Corresponde às seguintes palavras e expressões que foram citadas apenas uma vez: hipoglicemia; apendicite; enxaqueca; labirintite; problemas no estômago; problemas emocionais.

Nos resultados, podemos encontrar 84,2% dos estudantes de Educação Física afirmando já terem adoecido. Entre as doenças que eles afirmam já terem vivenciado, a maior freqüência está nas viroses e gripes (38,5%). Esse fato sugere

que esses tipos de doenças causadas por agentes externos, como vírus, são mais frequentemente percebidas por eles.

Na Tabela 15 estão relacionadas as respostas dos participantes do Curso de Fisioterapia.

Tabela 15 – Relação dos participantes do Curso de Fisioterapia que já estiveram doentes e a freqüência das doenças de acordo com o sexo.

	M (n)	F (n)	Total	%
Sim	6	8	14	87,5
Não	-	2	2	12,5
Doenças				
Viroses/gripes	3	4	7	41,17
Dor de garganta/sinusite	1	2	3	17,6
Pneumonia/problemas respiratórios	1	1	2	11,7
Outros*	2	3	5	29,4

*Corresponde às seguintes palavras e expressões que apareceram apenas uma vez: dor de cabeça; cólica renal; hérnia de disco; acidente; ansiedade.

Nos resultados, podemos encontrar 87,5% dos estudantes Fisioterapia afirmando já terem adoecido. Entre as doenças que eles afirmam já terem vivenciado, a maior freqüência está nas viroses e gripes (41,17%). Podemos verificar que entre todas as doenças, 70,5% correspondem a problemas nas vias aéreas. Já com relação às questões emocionais, os relatos são esporádicos, o que sugere que os aspectos físicos são mais evidenciados e que talvez os aspectos psicológicos não sejam percebidos pela maior parte dos participantes, ou que exista um estigma relacionado a revelar um problema de ordem psicológica.

As expressões relatadas tem características mais elaboradas cientificamente e podem ser reflexo dos conhecimentos adquiridos na graduação. É possível inferirmos que as RS dos participantes recebem grande influência dos conteúdos das disciplinas ministradas na graduação.

5.2.8 Informações quanto a realização de cirurgias e internações

Nesta questão, podemos identificar os participantes que afirmam já terem passado por alguma experiência hospitalar como cirurgias ou internação. A vivência de alguma intervenção mais invasiva e limitante pode ser desgastante e influenciar na percepção que cada um tem do adoecer.

Tabela 16 – Freqüência de participantes dos Cursos de Educação Física e de Fisioterapia que já foram submetidos a alguma cirurgia ou internação e acordo com o sexo.

	Educação Física				Fisioterapia			
Cirurgias	M (n)	F (n)	Total	%	M (n)	F (n)	Total	%
Sim	3	4	7	36,8	3	3	6	37,5
Não	6	6	12	63,2	3	7	10	62,5
Internação								
Sim	5	4	9	47,4	5	5	10	62,5
Não	4	6	10	52,6	1	5	6	37,5

No que se refere às cirurgias, a Tabela 16 mostra uma pequena diferença entre os relatos dos participantes do Curso de Educação Física e de Fisioterapia, destacando que mais de 60% dos participantes em ambos os cursos afirmam não terem passado por essa experiência.

Quanto às internações, a diferença entre os Cursos é um pouco maior, já que os participantes do Curso de Fisioterapia apresentam 15% a mais de relatos de internações do que os participantes do Curso de Educação Física.

No Curso de Educação Física, há um número maior de participantes que relatam não terem passado por alguma experiência cirúrgica, bem como por alguma internação, sendo mais freqüente entre eles a experiência da internação. A diferença entre os sexos nesse Curso é pequena em ambos os casos (cirurgia e internação).

No Curso de Fisioterapia, os homens apresentaram uma diferença de 20% a mais de cirurgias em relação às mulheres. Os relatos de internação também é maior entre homens do que entre as mulheres, com uma diferença de 33,3%.

Esses dados mostram que em ambos os Cursos pesquisados, as mulheres apresentam uma freqüência menor de cirurgias e internações do que os homens. Apesar dos resultados, não é possível afirmar que as mulheres mantêm mais comportamentos preventivos do que os homens e por isso apresentam um menor número de cirurgias e internações. Como foi constatado anteriormente, um dos fatores determinantes de comportamentos preventivos é a procura periódica por um profissional da saúde, e a maior parte das mulheres, assim como dos homens, afirmaram procurar um profissional de saúde apenas quando estão doentes e não de maneira preventiva. Com essa postura, a adesão aos programas de prevenção de doenças e de promoção à saúde fica comprometida, por isso o conteúdo das disciplinas da graduação deve considerar as RS para assim influenciar na maneira como as pessoas lidam com a saúde e com a doença.

5.2.9 Representações Sociais de Doença

De acordo com Enumo (2003), as RS de saúde e doença procuram atribuir identidade própria às pessoas doentes, tira delas o caráter de únicas responsáveis pela doença; procuram desfazer a idéia de que o doente e a doença são fenômenos universais, mas que têm significações particulares de acordo com sua realidade (ENUMO, 2003).

Nessa questão, o objetivo foi identificar a maneira como os acadêmicos de Educação Física e de Fisioterapia vêem a doença, pois só depois de conhecer as crenças de uma população será possível realizar ações mais adequadas à realidade do grupo (BORUCHOVITCH; MEDNICK, 2000). As expressões utilizadas pelos entrevistados foram divididas em categorias de acordo com seu caráter subjetivo ou objetivo. Dentro de cada categoria, foi feita a relação das expressões de acordo com a freqüência que foram utilizadas e o sexo do participante que a utilizou. Na Tabela

17 encontra-se a relação de expressões sobre doença citadas pelos participantes do Curso de Educação Física.

Tabela 17 – Representações Sociais de doença para os participantes do Curso de Educação Física de acordo com o sexo.

CATEGORIAS	M (n)	F (n)	Total	%
Expressões Subjetivas	**2**	**7**	**10**	**52,6**
Algo que atrapalha a rotina	2	5	7	36,8
Outras*	-	3	3	15,8
Expressões Objetivas	**6**	**4**	**9**	**47,4**
Agentes externos e problemas no sistema imunológico	2	1	3	15,8
Fatores físicos e psicológicos	2	1	3	15,8
Citações de nomes de doenças	1	1	2	10,5
Fatores físicos	1	-	1	5,3
TOTAL	**8**	**11**	**19**	**100**

Obs.: Alguns dos participantes utilizaram mais de uma categoria de resposta.
*Corresponde às seguintes expressões que foram citadas apenas uma vez: pensamentos e sentimentos negativos; que necessita de ajuda; associação com dor.

As expressões subjetivas estiveram presentes em maior número de citações, com 52,6% do total. As expressões que indicavam doença como algo que interfere na rotina foi a mais citada, com 36,8% do total como vemos nos relatos a seguir:

> EF13(F): É você não estar bem, é você estar com alguma deficiência por mínima que seja, porque a gente ta sempre acostumada a estar sempre bem, sorrindo sem dor, sem alergia. Então pra mim a doença é uma coisa que atrapalha um pouco, faz a gente não se sentir tão bem quanto estaríamos sem ela.

> EF14(F): Quando você não está no seu jeito normal, sei lá, quando não pode participar das suas atividades normais de vida.

> EF15(M): É você não poder realizar suas atividades normais com seu corpo, não estar num estado perfeito com seu organismo.

Essa maneira de ver a doença mostra que essas pessoas só se consideram doentes quando não podem realizar as atividades do cotidiano, assim suas RS estão relacionadas apenas à condição limitante imposta pela doença. Isso indica que é preciso que a doença já tenha se instalado e que esteja num estado avançado e debilitante para que seja tratada. Dessa maneira, é possível deduzir que a prevenção das doenças não é uma realidade para esse grupo, assim como não se lembram da existência de doenças assintomáticas e muitas vezes graves, como AIDS e diabetes. Segundo Serpa (2007), comportamentos visando a manutenção da saúde e prevenção de doenças têm pouca possibilidade de existir em populações que pensam em doença apenas quando não podem manter a rotina das suas atividades, bem como a adesão e manutenção do tratamento de qualquer doença.

Com uma visão de apenas remediar os sintomas quando doentes, as RS dos acadêmicos estão relacionadas apenas com o caráter imediatista da doença por se posicionarem passivamente frente ao processo saúde/doença, fato que impede o bom funcionamento de programas promotores da saúde, conforme pontuam Andrade Jr., Sousa e Rochier (2004). Os autores acreditam que essa realidade se deve ao mau funcionamento do sistema de saúde pública, pela dficuldade de acesso a ele, o que levaria a população a buscar apenas tratamentos curativos. Farias (2001) realizou um estudo procurando identificar os motivos que estão fazendo aumentar o número de pessoas adquirindo planos privados de assistência à saúde. O autor acredita que essa dificuldade de acesso ao sistema de público de saúde é um dos fatores de maior importância na escolha pela assistência privada, e afirma que essa é uma realidade que cresce muito no Brasil. Foram encontrados outros fatores que contribuem para a adesão aos planos privados de saúde como a segurança de que a pessoa será atendida quando procurar por atendimento e a melhor qualidade do atendimento da rede privada de saúde.

Em um estudo com jovens de seis a 14 anos na cidade do Rio de Janeiro, Boruchovitch e Mednick (2000) verificaram que para essa população, o descuido pessoal está entre as causas mais relevantes no aparecimento de doenças. Esse resultado não se assemelha com o encontrado na presente pesquisa, pois nenhum dos acadêmicos de Educação Física mencionou a falta de cuidados pessoais como possível causadora de doenças, o que nos mostra que em suas RS de doença há a falta de percepção de responsabilidade deles frente a prevenção de doenças.

As expressões objetivas também fazem parte do modo de pensar a doença dos estudantes de Educação Física, com 47,4% do total de citações. Os homens fizeram maior uso das expressões objetivas, com 22,2% a mais do que as mulheres. Essa é uma visão mais concreta de doença. As falas a seguir traz em palavras que representam concretude, como vírus, bactéria e atribuem a agentes externos e ao mau funcionamento do sistema imunológico as causas da doença:

> EF03(M): Doença é uma enfermidade, algo causado por, tipo, vírus ou bactéria.

> EF10(F): Doença é algo que ocorre de errado com nosso sistema imunológico, alguma transmissão não adequada, gripe por exemplo, vírus, então quando acontece alguma coisa de errado da normalidade do seu organismo.

Em sua pesquisa, Grynszpan (1999) encontrou em 25% dos relatos a atribuição das causas das doenças aos agentes externos como vermes, bactérias, insetos. Ao considerarem esses seres como causas das doenças (vírus e bactérias), os acadêmicos demonstram ignorar a existência de fatores de desequilíbrio ambiental e social, favorecendo o surgimento e a manutenção de epidemias como a dengue. Esse resultado se assemelha ao encontrado por Boruchovitch e Mednick (2000) que a população jovem estudada por eles considera os vírus e germes como uma das causas mais relevantes das doenças.

Scliar (2002) afirma que a facilidade de comunicação entre os países atualmente, provocou uma globalização da doença. Há maior facilidade na proliferação de doenças infecciosas e muitos comportamentos desfavoráveis à saúde advindos dos países desenvolvidos que foram incorporados pelos brasileiros. Da mesma maneira, podemos inferir que as RS de doença também foram contruídas pelos brasileiros a partir de influências de outros países.

Foram utilizadas, com menor freqüência, outras expressões enfatizando os aspectos objetivos da doença, como ao citar nomes de doenças e ao falar de corpo como fator único ao pensar em doença. Nos relatos a seguir podemos verificar

que esses acadêmicos não pensam em doença como um processo amplo e complexo:

> EF07(M): É um mal que é prejudicial a nossa saúde e afeta o corpo humano

> EF12(M): Pra mim seria um câncer, alguma coisa mais grave, não apenas uma dor de garganta, uma enxaqueca.

O fato de parte dos universitários de Educação Física não pensarem a doença como um processo, mostra que não se vêem como participantes na aquisição e transmissão de doenças, e representa as RS que o Curso de Educação Física está criando, sem valorizar as campanhas promotoras de saúde.

Entre os acadêmicos de Fisioterapia, os resultados foram semelhantes aos encontrados até agora, como vemos na Tabela 18.

Tabela 18 – Representações Sociais de doença para os participantes do Curso de Fisioterapia de acordo com o sexo.

CATEGORIAS	M (n)	F (n)	Total	%
Expressões Subjetivas	**2**	**11**	**13**	**56,5**
Algo que atrapalha a rotina*	1	7	8	34,8
Aspecto psicológico	-	3	3	13
Associação com dor	-	1	1	4,4
Não sei	1	-	1	4,4
Expressões Objetivas	**4**	**5**	**10**	**43,5**
Ausência/contrário de saúde	-	3	3	13
Agentes externos	2	1	3	13
Fatores físicos e psicológicos	2	-	2	8,7
Exames bioquímicos	-	1	1	4,4
Falta de cuidados pessoais	1	-	1	4,4
TOTAL	**6**	**16**	**23**	**100**

Obs.: Alguns dos participantes utilizaram mais de uma categoria de resposta.
*Corresponde às seguintes expressões: algo errado com o corpo; que atrapalha a rotina; algo anormal.

As expressões subjetivas dando sentido à doença correspondem a 56,5% de todas citadas pelos participantes, e 84,6% delas foram utilizadas pelas mulheres. A maioria das pessoas (61,5%) que dão sentidos subjetivos à doença, a vêem apenas como algo que atrapalha a rotina.

> FISIO01(F): A doença é o contrário de saúde, não?! A pessoa ta doente não só quando ela tem o problema dela físico, que nem eu falei em relação a saúde, uma pessoa doente pra mim é aquela que não está devidamente bem com as coisas que estão acontecendo ao redor dela, ela ta estressada, ela ta nervosa, isso tudo interfere no próprio psicológico interfere no próprio organismo dela. Ou ela ta ansiosa e vai comer muito e isso vai gerar repercussões ou ela vai ficar ansiosa e não comer. Então tudo isso pode levar a um quadro de doença, que é quando você, ela pode ter saúde sim, estar bem financeiramente, com um estado social legal, mas ela pode não estar bem com ela, ela ta com o psicológico abalado. Ela vai ter que procurar algum tipo de tratamento porque pode atrapalhar na vida dela, vida amorosa, profissional.

> FISIO02(F): [...] tomar remédio, tem que se submeter a algum tratamento, tem que ficar internado e tem que deixar de lado seu dia a dia pra tratar.

Esses dados nos mostram que para que a doença seja tratada por essa população, tem que estar em um estágio avançado, impedindo-os de realizarem suas atividades diárias, possivelmente porque a formação acadêmica tenha cristalizado RS antigas. Esse pensamento evidencia a ausência de comportamentos preventivos nesse grupo, e que eles não consideram a possibilidade da existência de doenças assintomáticas como a AIDS e a hipertensão arterial. Essas, como muitas outras doenças, são passíveis de serem evitadas, só depende da aquisição de hábitos saudáveis e da eliminação de situações de vulnerabilidade para que não sejam adquiridas (SERPA, 2007).

É preocupante o fato de os acadêmicos terem uma postura remediadora de sintomas frente à doença. Isso mostra a passividade em que se colocam, sem se considerarem responsáveis pela própria saúde, refletindo uma deficiência existente na educação, inclusive da universidade. É possível que eles pensem dessa forma

por viverem em um país onde a dificuldade de acesso, a insegurança e a má qualidade dos serviços de saúde do sistema público são fatores reais e desestimulantes para a manutenção de comportamentos preventivos (ANDRADE JR; SOUZA; ROCHIER, 2004).

Um dos participantes – FISIO16(M) – afirmou não saber o que é doença. Em seu relato, afirmou sentir dificuldade em definir doença e que essa é uma tarefa muito complicada.

A categoria de expressões objetivas é composta por relatos onde a doença é vista de uma maneira mais específica, referindo a nomes de doenças, a agentes externos e considerando a doença apenas como ausência de saúde. Dessa categoria fazem parte 43,5% de todas as expressões citadas pelos universitários de Fisioterapia, como vemos nos exemplos a seguir:

> FISIO02(F): Doença é quando tem alguma coisa dentro do seu corpo, pode ser por algum agente, algum vírus, bactéria, um tumor que faz com que você não consiga ter sua rotina e fica deprimido [...].

> FISIO03(F): Ausência da saúde. Quando algo no seu corpo não vai bem.

> FISIO04(F): Algo não ta funcionando bem, algum órgão. Não estar se sentindo bem. O corpo traz sinais e a partir dos sinais você vai ter alguma coisa errada, daí pra mim já ta com alguma doença e algum medicamento vai ter que ser administrado pra melhorar alguma coisa.

> FISIO08(F): quando tem algum desequilíbrio no seu corpo, que tem alguma coisa afetando o estado normal, uma infecção, igual a dor de garganta, você ta com uma infecção e isso é uma doença.

> FISIO09(F): Seria o contrário de saúde, você não estar bem, não estar se sentindo bem em qualquer aspecto, físico, psicológico.

> FISIO11(M): Doença é um corpo estranho, um agente externo, que muitas vezes ele surge por um descuido seu, pelo menos o que a gente convive aqui é isso. Reflete muitas vezes nos seus atos de vida por isso muitas vezes você adquire

Boruchovitch, Felix-Sousa e Schall (1991), em uma pesquisa com professores na cidade do Rio de Janeiro, verificaram que para eles a doença não era considerada como um processo, mantendo as respostas limitadas às suas conseqüências, à ausência de saúde. Esse dado revela que as RS de doença para eles não considera a pessoa como participante e responsável pela prevenção de doenças e manutenção de sua própria saúde.

A falta de cuidados pessoais foi considerada uma das causas mais importantes de doenças pela população do estudo de Boruchovitch e Mednick (2000). Os cuidados pessoais e a responsabilidade individual em contrair uma doença foram citados por apenas uma pessoa – FISIO11(M). Esse resultado evidencia que os acadêmicos de Fisioterapia não vêem a doença como um complexo processo de influências múltiplas, mantendo suas atitudes fora das suas possíveis causas, facilitando assim a vulnerabilidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As pessoas se relacionam e se comportam utilizando o corpo como instrumento de interação social. As RS de corpo influenciam diretamente na saúde das pessoas, nos cuidados pessoais e com o outro, e na otimização dos programas de promoção da saúde e prevenção de doenças. Os participantes desta pesquisa fazem parte de uma faixa etária alvo de grandes investimentos da mídia e são considerados consumidores em potencial de produtos para o culto ao corpo e para uma saúde ideal. Esses futuros profissionais da saúde poderão influenciar na formação de idéias e na modificação dos comportamentos individuais e coletivos voltados para uma melhoria na saúde das pessoas. Desta maneira, conhecer suas RS de corpo, de saúde e de doença permitirá planejamentos de ações em saúde mais coerentes com a realidade e conseqüentemente mais eficazes.

Ao falarem de corpo, os participantes do Curso de Educação Física utilizaram uma quantidade maior de expressões subjetivas e entre elas a saúde recebe maior destaque. Esse fato pode estar relacionado à globalidade com que o ser humano é visto entre essas pessoas, deixando evidente a preocupação com a saúde. Entre as expressões objetivas citadas, atividade física e movimento foram os mais freqüentes. Percebemos em vários momentos, a forte influência da formação universitária nas RS dos participantes da Educação Física e possivelmente esteja relacionado à grande gama de disciplinas práticas com muitas atividades físicas, que compõem a grade curricular desse Curso.

Já os participantes do Curso de Fisioterapia, utilizaram mais expressões objetivas do que subjetivas ao falarem de corpo, se referindo principalmente às características anatômicas e físicas. Possivelmente, também por influência da formação acadêmica, esse fato esteja relacionado às disciplinas existentes no Curso, concentradas na atenção secundária e não voltadas para a promoção da saúde e prevenção de doenças. É válido considerarmos que as pessoas atendidas por esses acadêmicos precisam ser vistas de forma mais globalizada, levando em consideração os diversos aspectos do ser humano como seus sentimentos, o meio ambiente em que vive e suas condições de trabalho, aspectos esses que podem determinar as condições de saúde. Porém, apenas os participantes do Curso de

Fisioterapia expressam dar importância aos cuidados com o corpo de outras pessoas, dado que identifica de outra maneira a importância que dão às pessoas que irão atender em suas atuações profissionais, entrando em contradição com o fato de falarem de corpo de maneira mais técnica e objetiva.

Uma opção em educação para os cursos da área da saúde é assumir a visão de integralidade em saúde criada pelo SUS, para que todas as esferas do sistema de saúde estejam ligadas em direção a um único objetivo, o cuidado com a saúde das pessoas (BRASIL, 2007).

Os cuidados corporais, como a prática de atividades físicas regular, hábitos alimentares saudáveis, são considerados pelos participantes os principais fatores para a aquisição e manutenção de um corpo bonito e saudável, ou seja, para eles, a saúde está relacionada a atitudes e ações pessoais nos cuidados com o corpo. Os resultados revelaram que tanto no Curso de Educação Física quanto no Curso de Fisioterapia, as participantes do sexo feminino estão mais preocupadas com questões estéticas envolvendo o corpo do que os participantes do sexo masculino. Apesar disso, os participantes (principalmente do sexo feminino do Curso de Fisioterapia) afirmaram não manterem hábitos saudáveis favoráveis à saúde e às características físicas que gostariam de ter, já os homens relatam manterem a prática de atividades físicas regulares.

No que se refere às RS de saúde, ainda encontramos muitas pessoas que se referem à saúde apenas como à definição da OMS ou à ausência de doenças e pudemos verificar que as atitudes, os cuidados pessoais e os relacionamentos entre as pessoas nem sempre são considerados como fatores importantes no processo saúde doença. Esse resultado mostra que com essas RS de saúde, as pessoas não percebem a participação e a responsabilidade de cada uma no processo crescente, como por exemplo, de situações de vulnerabilidade que facilitam a proliferação de vírus como HIV e HPV e que seus comportamentos podem ser determinantes na manutenção ou não da sua saúde e de outras pessoas. Podemos afirmar também que a utilização do conceito de saúde criado pela OMS apenas reproduz um conhecimento adquirido na graduação sem uma reflexão sobre o processo saúde/doença.

Nos relatos sobre doença, tanto os participantes do Curso de Educação Física quanto do Curso de Fisioterapia revelaram dar maior importância ao fator limitante nas atividades diárias que a doença impõe. Esse fato mostra que essas pessoas, ao falarem de doença, não consideram a existência de doenças assintomáticas como, por exemplo, a AIDS (em seu estágio inicial), a hipertensão arterial e a diabetes. Dessa maneira, é possível inferir que essa população não mantém comportamentos preventivos frente a muitas doenças que dependem apenas da manutenção de hábitos saudáveis e da eliminação de comportamentos vulneráveis para serem evitadas. Essa postura passiva e remediadora de sintomas que assumem frente à doença, demonstra que essas pessoas não se sentem responsáveis pela própria saúde e pela participação que têm no processo saúde/doença de todos com quem se relacionam.

A mídia foi citada algumas vezes como influenciando na construção dos pensamentos das pessoas sobre o corpo, a saúde e a doença, principalmente no que diz respeito às exigências estéticas determinando um padrão social de beleza, bastante restrito e difícil de ser atingido. Esse dado também foi encontrado em algumas pesquisas que consideram a mídia responsável por divulgar conceitos morais, sociais e informações (nem sempre verdadeiras) sobre os cuidados com a saúde e com a prevenção de doenças, fazendo parte ativamente da construção das RS de saúde e doença da população.

Acreditamos que, sendo esse instrumento direcionador e formador de pensamentos e comportamentos, a mídia deveria ter uma postura mais responsável e comprometida com a melhoria da saúde pública e juntamente com os órgãos públicos, realizar mais campanhas de promoção da saúde, sensibilizando as pessoas a fim de aumentar os cuidados com a saúde e não apenas com o cuidado estético. Para atingir esse objetivo, os meios de comunicação e os órgãos responsáveis por realizar ações em saúde precisam ter conhecimentos das RS de saúde, de doença, de adoecer e de toda a complexa rede de mecanismos que envolve esses fenômenos, para assim saber quais são os pontos que precisam de maior atenção e atingirem os objetivos planejados em cada campanha em prol da saúde.

Os resultados desta pesquisa sugerem o direcionamento da educação nos Cursos da área da saúde ao conhecimento de um ser humano de maneira mais integral, possibilitando a esses futuros profissionais uma atuação mais completa e consciente, valorizando o papel e a influência que cada um tem no processo de saúde e doença das pessoas. Outra sugestão é a ampliação dos estudos sobre as RS de corpo, de saúde e de doença em outros Cursos universitários, pois assim haverá mais embasamento para a realização de projetos de prevenção de doenças e de promoção à saúde mais coerentes com a realidade dos diferentes grupos.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, M. O Papel da Mídia na Difusão das Representações Sociais**.** **Comum,** Rio de Janeiro, v. 6, n. 17, p. 111 – 125, jul./ dez. 2001. Acesso em: 06 de junho, 2008.

ALFERES, V. R. O corpo: Regularidades discursivas, representações e patologias. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, Coimbra, Portugal, n. 23, p. 211-219, 1987. Disponível em www.google.com.br Acesso em 18 de Novembro de 2005.

ALVARO, J. L. Representaciones sociales. In: ROMÁN REYES (Dir), **Diccionario Crítico de Ciencias Sociales**, Pub. Electrónica, Universidad Complutense, Madrid, 2004. Obtido em www.ucm.es/info/eurotheo/diccionario Acesso em 24 de Novembro, 2005.

ANDRADE JÚNIOR, H. de; SOUZA, M. A.; ROCHIER, J. I.. Representação social da educação ambiental e da educação em saúde em universitários. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v.17 n.1, p. 43-50, 2004.

AQUINO, E. M. L. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. especial, p.121-132, 2006.

ARAIZA e GISBERT Transformaciones del Cuerpo en Psicología Social. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 23, n. 1, p. 111-118, Jan-Mar 2007.

ARRUDA, A. Teoria das Representações Sociais e Teorias de Gênero. **Cadernos de Pesquisa** , Rio de Janeiro, n. 117, p. 127-147, Novembro de 2002.

BARROS, D. D. Imagem corporal: a descoberta de si mesmo. **História, Ciências, Saúde de Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 547-54, Maio-Agosto de 2005. Obtido em www.scielo.br Acesso em: 18 de Novembro, 2005.

BEIRAS, A., LODETTI, A., CABRAL, A., TONELI, M. J. F., RAIMUNDO, P. Gênero e super-heróis: o traçado do corpo masculino pela norma. **Psicologia e Sociedade,** Porto Alegre, v. 19, n. 3, p. 62-67, set./dez. 2007.

BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. 3. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2004.

BORUCHOVITCH, E.; FELIX-SOUSA, I. C.; SCHALL, V. T. Conceito de doença e preservação da saúde de população de professores e escolares de Primeiro Grau. **Revista de Saúde Pública,** São Paulo, v. 25, n. 6, p. 418-425, 1991.

BORUCHOVITCH, E.; MEDNICK, B. R. Causal attributions in Brazilian children's reasoning about health and illness. **Revista de Saúde Pública,** São Paulo, v. 34, n. 5, p. 484-490, 2000.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 196/1996**. Obtido em: www.conselho.saude.gov.br. Acesso em: 06 outubro 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRITO, M. N. C. Gênero e cidadania: referenciais analíticos. **Revista Estudos Feministas,** Florianópolis, v. 9, n. 1, 2001.

BUCHER, R. A Ética da Prevenção. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 23, n. especial, p. 117-123, 2007.

CAMARGO-BORGES, C.; JAPUR, M. Promover e recuperar saúde: sentidos produzidos em grupos comunitários no contexto do Programa de Saúde da família. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.18, p.507-19, set/dez 2005. Acesso em 11 de abril de 2008.

CAMPOS, P. H. F.; ROUQUETTE, M. Abordagem estrutural e componente afetivo das representações sociais. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 16, n. 3, p. 435 – 445, 2003.

CANIATO, A.; CESNIK, C. C. Adolescência e resistência. In: **Simpósio Internacional do Adolescente**, São Paulo, 2005 Obtido em: www.scielo.br Acesso em: 08 de novembro, 2006.

CITELI, M. T. Fazendo diferenças: teorias sobre gênero, corpo e comportamento. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 9, n. 1, p. 131-145, 2001.

CHOR, D. Saúde pública e mudanças de comportamento: uma questão contemporânea. **Caderno de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 423-425, abr-jun, 1999.

COELHO, D. M.; FONSECA, T. M. G. As mil saúdes: para aquém e além da saúde vigente. **Psicologia & Sociedade,** Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 65-69. 2007.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução n. 016/2000.** Obtido em: www.pol.org.br. Acesso em: 06 de outubro de 2005.

CORRÊA, A. M. H.; GONTIJO, M. C. L.; ASSIS, L. B.; CARRIERI, A. de P.; MELO, M. C. O. L. Soldadinhos-de-chumbo e bonecas: representações sociais do masculino e feminino em jornais de empresas. **Revista de Administração Contemporânea**, Curitiba, v. 11, n. 2, abr./jun. 2007.

COURTINE, J. J. Os Stakhanovistas do Narciso: Body -building e puritanismo ostentatório na cultura americana de corpo. In: SANT'ANNA, D. B. (Org.) **Políticas do corpo:** elementos para uma história das práticas corporais. 2. ed. São Paulo: Estação Liberdade, 2005, p. 81-114.

CZERESNIA, D. The concept of health and the difference between prevention and promotion. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 701-709, out-dez, 1999.

ECO, U. **História da Beleza.** Rio de Janeiro: Record, 2004.

ENUMO, S. G. F., Pesquisas sobre Psicologia & Saúde: uma proposta de análise. In:TRINDADE, Z. A.; ANDRADE, A. N. (Orgs.) **Psicologia e Saúde: um campo em construção.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003, p. 11-31.

FARIAS, L. O. Estratégias individuais de proteção à saúde: um estudo da adesão ao sistema de saúde suplementar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 405-416, 2001.

FELIPPE, F. M. L.; FRIEDMAN, R.; ALVES, B. S.; CIBEIRA, G. H.; SURITA, L. E.; TESCHE, C. Obesidade e mídia: o lado sutil da informação. **Revista Acadêmica do Grupo Comunicacional de São Bernardo.** Ano 1 n. 2 Julho/ Dezembro, 2004. Acesso em: 10 de maio, 2008.

FERREIRA, V. A. MAGALHÃES, R.. O corpo cúmplice da vida: considerações a partir dos depoimentos de mulheres obesas de uma favela carioca. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 483-490, 2006.

Excluído: DELA COLETA; DELA COLETA Felicidade, bem-estar subjetivo e comportamento acadêmico de estudantes universitários. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 3, p. 533-539, set./dez. 2006. ¶
¶
DIENER, E.; TOV, W. Culture and Subjective Well-Beingin In: KITAYAMA, S.; COHEN, D. (Eds.) **Handbook of Cultural Psychology**. This draft may not exactly replicate the final published version. 08/04/2005¶

Excluído: ¶
DIENER, E.; OISHI, S. The Nonobvious Social Psychology of Happiness. **Psychological Inquiry**, v. 16, n. 4, p. 162–167, 2005. ¶
¶
¶
DILE, R.; MARASCHIN, C.; TITTONI, J. Ferramentas para uma Psicologia Social **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 407-415, mai./ago. 2006. ¶

Excluído: ¶

Excluído: FÁVERO, M. H. Desenvolvimento Psicológico, Mediação Semiótica e Representações Sociais: Por uma Articulação Teórica e Metodológica. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 21 n. 1, p. 017-025, Jan-Abr 2005. ¶

Excluído: ¶
FÁVERO, M. H.; Abrão, L. G. M. "Malhando o Gênero": O Grupo Focal e os Atos da Fala na Interação de Adolescentes com a Telenovela. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 22, n. 2, p. 175-182, Mai-Ago 2006. ¶

Excluído: ¶

Excluído: FERNANDES, S.; COSTA, J.; CAMINO, L.; MENDOZA, R.. Valores Psicossociais e Orientação à Dominância Social: um Estudo Acerca do Preconceito **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 20, n. 3, p. 490-498, 2007.¶

Excluído: ¶

FISCHLER, C. Obeso benigno, obeso maligno. In: SANT'ANNA, D. B. (Org.) **Políticas do corpo:** elementos para uma história das práticas corporais. 2. ed. São Paulo: Estação Liberdade, 2005, p. 69-80.

FOUCAULT, M. (1979) **Microfísica do pode**r. 22. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2006.

GOMES, M. V. S.; PINHEIRO, J. Q. Influência do gênero em mapas cognitivos do mundo de universitários brasileiros. **Estudos de Psicologia,** Natal, v. 3, n. 1, jan/jun, 1998.

GOMES, R.; MENDONÇA, E. A.; PONTES, M. L. As representações sociais e a experiência da doença. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1207-1214, 2002.

GOMES, G. R.; CARAMASCHI, S. Valorização de Beleza e Inteligência por Adolescentes de Diferentes Classes Sociais. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 12, n. 2, p. 295-303, maio/ago 2007.

GRYNSZPAN, D. Educação em saúde e educação ambiental: uma experiência integradora. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, suplemento 2, p. 133-138, 1999.

HELMAN, C. G. **Cultura, Saúde e Doença.** 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

HERZLICH, C. A problemática da Representação Social e sua utilidade no campo da Doença. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, suplemento 15, p. 57-70, 2005.

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

KERBAUY, R. R. Indicadores para avaliar intervenções psicológicas na área da Saúde. In: TRINDADE, Z. A.; ANDRADE, A. N. (Orgs.) **Psicologia e Saúde: um campo em construção.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003, p. 33-44.

Excluído: FERREIRA, V. A.; MAGALHÃES, R.. Obesidade no Brasil: tendências atuais. **Revista Portuguesa de Saúde Pública** v. 24, n.2 — Julho/Dezembro 2006b. ¶

Excluído: ¶

Excluído: FRANCO, M. L. P. B. Representações Sociais, Ideologia e Desenvolvimento da Consciência. **Cadernos de Pesquisa**, v. 34, n. 121, jan./abr. 2004. ¶
¶

Excluído: FREIRE, L. A histeria e a beleza: uma expressão no contexto cultural da atualidade. **Psicologia Ciência e Profissão** v.22 n.3 Brasília set. 2002. ¶
¶

Excluído: FREIRE, A. B.; http://www2.uel.br/ccb/psicologia/revista/rede.htm -* 1 GRANDINO, P. J. Atenção em Rede: o Psicólogo e a Comunidade. **Revista de Psicologia Social e Institucional –** Universidade Estadual de Londrina. v.1, n.1, jan./1999. http://www2.uel.br/ccb/psicologia/revista/rede.htm -**1¶
GARNELO, L.; WRIGHT, R. . Doença, cura e serviços de saúde. Representações, práticas e demandas Baníwa. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.2, p. 273-284, mar-abr, 2001. ¶

Excluído: ¶
GIFFIN, K. Violência de Gênero, Sexualidade e Saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.10, suplemento 1, p. 146-155, 1994. ¶

Excluído: ¶

Excluído: ¶
GÜNTHER, H. Pesquisa Qualitativa *Versus* Pesquisa Quantitativa: Esta É a Questão? **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 22 n. 2, p. 201-210, Mai-Ago 2006. ¶

Excluído: ¶
KORIN, D. Nuevas perspectivas de género en salud. **Adolescencia Latinoamericana** 1414-7130/2-67-79. ¶

KOVÁCS, M. J. A morte em vida. In: BROMBERG, M. H. P. F. (Org.) **Vida e morte:** Laços da existência. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996, p. 11-33.

LAPLANTINE, F. Antropologia dos sistemas de representações da doença: sobre algumas pesquisas desenvolvidas na França contemporânea reexaminadas à luz de uma experiência brasileira. In: JODELET, D. (Org.) **As representações sociais.** Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001, p. 241-259.

LE BRETON, D. A Síndrome de Frankenstein. . In: SANT'ANNA, D. B. (Org.) **Políticas do corpo:** elementos para uma história das práticas corporais. 2. ed. São Paulo: Estação Liberdade, 2005, p. 49-67.

LOURO, G. L. **Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista.** 3. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

MACHADO, A. L. Reforma psiquiátrica e mídia: representações sociais na Folha de S. Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 483-491, 2004.

MATARUNA, L. A imagem corporal é definida como a representação mental do próprio corpo. **Revista digital www.efdesportes.com** Buenos Aires - Argentina, ano 10, n. 71, Abril 2004. Acesso em: 18 de Novembro, 2005.

MERCHÁN-HAMANN, E. Os ensinos da educação para a saúde na prevenção de HIV-Aids: subsídios teóricos para a construção de uma práxis integral. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, suplemento 2, p. 85-92, 1999.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec. Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.

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

Excluído: L'ABBATE, S. Educação e serviços de saúde: avaliando a capacitação dos profissionais. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, Suplemento 2, p.15-27, 1999. ¶

Excluído: ¶
LANDINI, T. S. Violência sexual contra crianças na mídia impressa: gênero e geração. **Cad. Pagu** n.26 Campinas jan./jun. 2006. ¶

Excluído: ¶
LAZZARINI, E. R.; VIANA, T. C. O Corpo em Psicanálise. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 22 n. 2, p. 241-250, Mai-Ago 2006.

Excluído: ¶
¶
LÖHR, S. S.; PEREIRA, A. C. S.; ANDRADE, A. L. M.; KIRCHNER, L. F. Avaliação de Programas Preventivos: Relato de Experiência. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 12, n. 3, p. 641-649, set./dez. 2007. ¶

Excluído: ¶

Excluído: ¶
MARTIN,V. B.; ANGELO,M. Significado do Conceito Saúde na Perspectiva de Famílias em Situação de Risco Pessoal e Social. **Revista Latino-americana de Enfermagem** - v. 6 - n. 5 - p. 45-51 - dezembro 1998. ¶

Excluído: ¶
MENIN, M. S. S. Representação Social e Estereótipo: a Zona Muda das Representações Sociais. Psicologia: **Teoria e Pesquisa**, v. 22 n. 1, p. 043-052, Jan-Abr 2006.

Excluído: ¶

Excluído: ¶

Excluído: MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 1, p.7-32, 1999. ¶

Excluído: ¶
_____ A Violência Social sob a Perspectiva da Saúde Pública. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, suplemen ... [1]

Excluído: ¶
MOREL, C. M. A pesquisa em saúde e os objetivos do milênio: desafios e oportunidades globais, ... [2]

Excluído: ¶

_____ **Representações sociais: investigações em psicologia social.** In: PEDRINHO A. GUARESCHI (Org.) Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

NARVAZ, M. G.; KOLLER, S. H. Metodologias Feministas e estudos de Gênero: articulando pesquisa, clínica e política. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 3, p. 647-654, set./dez. 2006. Acesso em: 05 de junho, 2008.

NATANSOHN, L, G. O corpo feminino como objeto médico e "mediático". **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 13, n. 2, p. 287-304, maio-agosto/2005.

NOVAES, J. V.; VILHENA, J. Dormindo com o inimigo. Mulher, feiúra e a busca do corpo perfeito. **Com Ciência – Revista Eletrônica de Jornalismo Científico,** n. 78, 2006. Acesso em: 29 de outubro, 2007.

OLINTO, M. T. A. Reflexões sobre o uso do conceito de gênero e/ou sexo na epidemiologia: um exemplo nos modelos hierarquizados de análise. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. São Paulo, v. 1, n. 2, agosto de 1998.

PEIXOTO, L. F. Saúde e doença. **Fragmentos de Cultura.** Goiânia, v. 1, n. 2, p. 247-260, 2002.

PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. **Problemas atuais de bioética.** 6. ed. São Paulo: Loyola, 2002.

POCIELLO, C. Os desafios da leveza: as práticas corporais em mutação. In: SANT'ANNA, D. B. (Org.) **Políticas do corpo:** elementos para uma história das práticas corporais. 2. ed. São Paulo: Estação Liberdade, 2005, p. 115-120.

SÁ, C. P. **Núcleo Central das Representações Sociais**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

SANT'ANNA, D. B. Cuidados de si e embelezamento feminino: fragmentos para uma história do corpo no Brasil. In: SANT'ANNA, D. B. (Org.) **Políticas do corpo:** elementos para uma história das práticas corporais. 2. ed. São Paulo: Estação Liberdade, 2005, p. 121-139.

Excluído: ¶
OLIVEIRA, A. B.; ROAZZI, A.. A Representação Social da "Doença dos Nervos" entre os Gêneros. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Vol. 23 n. 1, pp. 091-102, Jan-Mar 2007. ¶

Excluído: ¶
OLIVEIRA, D. L. L. C.; MEYER, D. E.; SANTOS, L. H. S.; WILHELMS, D. M. A negociação do sexo seguro na TV: discursos de gênero nas falas de agentes comunitárias de saúde do Programa Saúde da Família de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Caderno de Saúde Pública** v.20 n.5. Rio de Janeiro, set./out. 2004. ¶

Excluído: PISCITELLI, A. Corporalidade em confronto: Brasileiras na indústria do sexo na Espanha. **Revista Brasileira Ciência e Sociedade,** v.22, n.64. São Paulo jun. 2007. ¶

Excluído: ¶

Excluído: PORTO, M. S. G. Crenças, valores e Representações sociais da violência. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, n. 16, p. 250-273, jul/dez 2006. ¶

Excluído: ¶
QUEIROZ, M. S. Estratégias de Consumo em Saúde entre Famílias Trabalhadoras. **Caderno de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 9, n.3, p. 272-282, jul/set, 1993. ¶
¶

Excluído: ROSO, A.; STREY, M. N.; GUARESCHI, P.; BUENO, S. M. N. Cultura e Ideologia: a mídia revelando estereótipos raciais de gênero. **Psicologia & Sociedade**, v. 14, n.2, p. 74-94; jul./dez.2002. ¶

Excluído: ¶

SCHRAIBER, L. B.; GOMES, R.; COUTO, M. T. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, jan./mar. 2005.

SCLIAR, M. **Do mágico ao social**: trajetória da saúde pública. São Paulo: SENAC, 2002.

SEBASTIANI, R. W. Histórico e evolução da psicologia da saúde numa perspectiva latino-americana. In: ANGERAMI-CAMON, V. A. (Org.) **Psicologia da saúde**: um novo significado para a prática clínica. São Paulo: Guazzelli, 2000, p.201-222.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 5, p. 538-542, out. 1997.

SERPA, A. F. W. G. **Representação social de saúde e doença para portadores de hipertensão arterial e diabetes** Dissertação de Mestrado em Psicologia. Campo Grande – MS: Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), 2007.

SERRA, G. M. A.; SANTOS, E. M. Saúde e mídia na construção da obesidade e do corpo perfeito. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 691-701, 2003.

SEVALHO, G. Uma abordagem histórica das representações sociais de saúde e doença. **Caderno de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 349-363, jul./set. 1993.

SILVA, A. M. Elementos para compreender a modernidade do corpo uma sociedade racional. **Cadernos Cedes**, Campinas, ano 19, n. 48, p. 7-29, Agosto 1999. Acesso em: 18 de outubro, 2006.

SPINK, M. J. P. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. **Caderno de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 300-308, jul./set. 1993.

_____ **Psicologia Social e Saúde**: práticas, saberes e sentidos. Petrópolis: Vozes, 2003.

_____ (a) Sobre a promoção da saúde: tensões entre o risco na modalidade da aventura e as estratégias contemporâneas de biocontrole. In: JACÓ-VILELA, A. M.; SATO, L. (Orgs.) **Diálogos em Psicologia Social.** Conferências proferidas no

Excluído: ¶
SIMÕES, D.; MENESES, R. F. Auto-Conceito em Crianças Com e Sem Obesidade. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 20, n. 2, p. 246-251, 2007.¶

XIV Encontro Nacional da ABRAPSO. Porto Alegre: Editora Evangraf Ltda, 2007, p. 345-360.

STALIANO, P. **Aspectos psicossociais dos portadores de obesidade: um estudo exploratório em unidades básicas de saúde de Sidrolândia, MS**. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Campo Grande – MS: Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), 2007.

STROEBE, W.; STROEBE, M. S. **Psicologia social e saúde**. Lisboa: Instituto Piaget, 1995.

TEIXEIRA, M. C. T. V.; SCHULZE, C. M. N.; CAMARGO, B. V. Representações sociais sobre a saúde na velhice: um diagnóstico psicossocial na Rede Básica de saúde. **Estudos de Psicologia,** Natal, v. 7, n. 2, p. 351-359, Julho/Dezembro, 2002.

TONELI, M. J. F. Sexualidade, gênero e gerações: continuando o debate. In: JACÓ-VILELA, A. M.; SATO, L. (Orgs.) **Diálogos em Psicologia Social.** Conferências proferidas no XIV Encontro Nacional da ABRAPSO. Porto Alegre: Editora Evangraf Ltda, 2007, p. 141-156.

VIGARELLO, G. Panóplias corretoras: balizas para uma história. In: SANT'ANNA, D. B. (Org.) **Políticas do corpo:** elementos para uma história das práticas corporais. 2. ed. São Paulo: Estação Liberdade, 2005, p. 21-38.

VIGARELLO, G. **História da beleza.** Rio de Janeiro: Ediouro, 2006.

VILLAÇA, N.; GÓES, F. **Em nome do corpo.** Rio de Janeiro: Rocco, 1998.

Excluído: ¶
_____ (b) Pesquisando no cotidiano: recuperando memórias de pesquisa em Psicologia Social. **Psicologia & Sociedade,** v.19, n.1, p. 7-14, jan/abr. 2007.¶

Excluído: ¶
SUDO, N.; LUZ, M. T. O gordo em pauta: representações do ser gordo em revistas semanais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 1033-1040, 2007. ¶

Excluído: ¶

Excluído: TELLES, F. S. P.; ANTOUN, H.; ÁREAS, J. B. Doença e Tempo. **Caderno de Saúde Pública**, v. 9, n. 3, p. 309-315, Rio de Janeiro jul/set, 1993.¶
¶

Excluído: TERRACIANO, et al. National character does not reflect mean personality trait levels in 49 cultures. **SCIENCE**, v. 310.October 2005.¶

Excluído: ¶

Excluído: VARGAS, E. P. & SIQUEIRA, V. H. Sexualidade e corpo: o olhar do sujeito através das imagens em vídeo. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, Suplemento 2, p. 69-83, 1999.¶

Excluído: ¶
VIACAVA, F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 607-621, 2002. ¶

APÊNDICES

APÊNDICE A

ROTEIRO DA ENTREVISTA

Dados Sócio-Demográficos

Sexo: ( ) masculino ( ) feminino

Idade:..... anos

Estado civil: (a) solteiro (b) casado (c) divorciado (d) outro

Escolaridade:.....

Endereço:.....

Telefone:.....

Entrevista semi-dirigida:

- Quando falamos de corpo, o que lhe vem à cabeça?
- Para você, o que é cuidar do corpo?
- A mídia está sempre falando de beleza, o que é beleza para você?
- Você pratica alguma atividade física? (Qual? Com que freqüência?)
- Para você, o que é saúde?
- Quando você procura um profissional de saúde?
- Você já esteve doente?
- Você já foi submetido a alguma cirurgia? Internação? (por quanto tempo?)
- Para você, o que é doença?

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos realizando uma pesquisa intitulada **"As Representações Sociais de Corpo, Saúde e Doença para Estudantes Universitários"**, e gostaríamos de contar com a sua participação. Se concordar em participar, você irá responder a uma entrevista sobre corpo, saúde e doença. Solicitamos sua autorização para que suas respostas sejam gravadas, o que permitirá a realização da transcrição íntegra e detalhada do conteúdo das falas. Os resultados da pesquisa serão divulgados em forma agrupada em revistas e congressos científicos.

Esteja seguro(a) do completo sigilo dos dados. Para manter o seu anonimato, nós não perguntamos o seu nome na entrevista. Sua participação é voluntária e a sua recusa não envolve qualquer penalidade, você poderá desistir de participar a qualquer momento.

Abaixo coloco o nome e endereço para que, havendo alguma questão, sinta-se à vontade para me procurar e/ou o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UCDB.

Mestranda: Maria Alberta Ratier Jajah Nogueira
Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco
Telefone: (67) 9263 8303
Agradecemos a sua Colaboração.

Eu li as afirmações acima e concordo em participar da pesquisa.

Data: ...../..... /.....

Nome: .....

Assinatura: .....

APÊNDICE C

ENTREVISTAS TRANSCRITAS NA ÍNTEGRA

EDUCAÇÃO FÍSICA

Questão 1. Quando falamos de corpo, o que lhe vem à cabeça?

Participantes	Sexo	Respostas
EF01	M	Atividade física
EF03	M	Saúde. Tem que falar uma palavra só? Movimento, é, é isso mesmo
EF04	F	O que me vem a cabeça? Vem estética, me vem uma academia, pessoal fazendo atividade física
EF05	F	Ah, eu acho que todo ser humano quer ter um corpo perfeito, daí ele luta pra ter saúde, um corpo bem apresentável, um corpo em forma. A mídia faz muito isso, né, que todos deveriam ter um corpo exemplar, se não você não seria aceito, teria preconceito.
EF06	M	saúde
EF07	M	saúde
EF08	M	saúde, corpo saudável
EF09	M	nossa estrutura anatômica
EF10	F	saúde, bem estar
EF11	F	Corpo? Saúde, perfeito, saudável
EF12	M	estrutura do corpo, músculo, movimento
EF13	F	movimento, saúde, expressão, corpo pra mim é uma coisa sagrada, a gente tem saber cuidar, tratar bem, se preocupar em estar sempre bem, saudável, não ter vícios
EF14	F	aquele estereotipo de beleza de hoje em dia, magro, forte
EF15	M	corpo? Saúde
EF16	F	Eu. Não sei como explicar. Procurar ser mais saudável possível
EF17	M	beleza, saúde
EF18	F	vem a imagem das atrizes de televisão, geralmente vem Cláudia Raia, Gisele Itiê, Gisele Bünchen
EF19	F	já que eu to fazendo educação física, corpo pra mim penso nas questões fisiológicas do corpo. A qualidade de vida, é bem estar, é saúde. Hoje em dia minha visão sobre o corpo é isso, é procurar estar bem, é procurar estar com saúde, é procurar estar com qualidade de vida.
EF20	F	corpo? Pra mim, o corpo envolve todos os processos do ser, tanto físico, biológico e social, pra pessoa o corpo são os movimentos que ela tem, é o conjunto dos movimentos, do físico aglobando as expressões que a pessoa tem de si, do seu emocional, do seu ser, da sua personalidade em si

Questão 2. Para você, o que é cuidar do corpo?

Participantes	Sexo	Respostas
EF01	M	É fazer sempre uma manutenção, estar sempre se movimentando, sempre fazendo atividade de ginástica, sempre praticar atividade física. Ter um cuidado sempre com a manutenção do corpo.
EF03	M	Atividade física, preservar a saúde, dar valor à vida, preservar seu bem maior.
EF04	F	Cuidar do corpo? É ter hábitos saudáveis, praticar atividade física e é isso.
EF05	F	Eu acho que uma boa alimentação, evitar cigarro, pouca bebida, praticar atividade física e se cuidar principalmente, manter sua saúde.
EF06 EF07	M M	exercitar-se diariamente ter precauções quanto alimentação, repouso e atividade física
EF08	M	se alimentar bem, ter um tempo pra cuidar do seu condicionamento
EF09	M	conhecer o limites que ele tem, conhecer por inteiro, saber a potencialidade que ele tem, conhecer o funcionamento dele, o que pode fazer bem, o que pode fazer mal.
EF10	F	cuidar da alimentação, ter uma atividade física ativa, não ser sedentário
EF11 EF12	F M	se preservar, se modular realizar atividade física, a pessoa ter higiene, a pessoa se cuidar
EF13	F	ter uma boa alimentação, prática de atividade física, ter uma vida ativa, não sedentária; com bastante hora de lazer.
EF14	F	cuidar do corpo como professora pra mim não é só estética, é mais cuidar, não precisa ir pra uma academia e aquela coisa esteriotipada, né. Tem que estar lá pro seu bem estar físico, não só, pra saúde, né
EF15	M	saúde, se alimentar direito, respeitar o sono, uma alimentação saudável
EF16	F	se preocupar com a alimentação, forma física, estar bem com você mesmo
EF17	M	se alimentar bem, praticar exercícios físicos, basicamente isso
EF18	F	fazer atividade física, manter uma boa alimentação, cuidar pra não ter excesso de gordura no corpo, até mesmo porque agora eu estudo isso, então um corpo saudável pra mim seria isso
EF19	F	é você procurar estar de bem com a vida no geral, por exemplo é você trabalhar, é você ter um horário legal pra você dormir, pra você comer com calma, é você estar praticando alguma atividade que possa estar ajudando você a ter uma distração, lazer, mesmo que não seja uma atividade física, algo que te dê prazer, uma leitura, um

EF20	F	cinema, você estar procurando tudo que vá melhorar essa qualidade de vida é você tentar chegar o mais próximo possível do que é saúde de acordo com a OMS, que é o bem estar físico, mental e social, não é só saúde, não é só ter saúde, é gozar de plenas condições fora de doenças, mas o bem estar físico, mental e social. O mais próximo disso, o que é difícil chegar nisso.

Questão 3 - A mídia está sempre falando de beleza, o que é beleza para você?

Participantes	Sexo	Respostas
EF01	M	Em questão de estética seria aquele corpo bem moldurado por fora, né, aquela medida padrão, cintura, sem barriga. Pra mídia seria isso. Pra mim, corpo perfeito é o conjunto de um todo, né, um corpo saudável por dentro e bonito por fora, tudo funcionando direitinho por dentro
EF03	M	Então, a mídia costuma rotular bastante, né, conceito de beleza, padrão estético e tudo mais, e muitas vezes a gente vê o seguinte que é mais visto o perfil físico geográfico, das dimensões corporais que vale mais que o conteúdo da pessoa. Vai pela gente mesmo, você vai numa academia, sei lá, dois personais, um gordinho e um fortinho, você vai querer escolher o fortinho porque você vê nele o espelho daquilo que você quer pra você. Então a questão é o seguinte, a gente pensa uma coisa e acaba agindo de outra forma. A gente acaba intuitivamente vendo o outro como o espelho da gente
EF04	F	Pra mim é você estar bem com você mesma. As vezes você pode estar próxima do peso, mas quer mudar, não ta bem, é isso
EF05	F	Acho que antes de tudo é você se sentir bem, eu por exemplo, eu não tenho que ficar bonita pros outros, ter que se arrumar pra alguém, eu tenho que estar bem comigo, estar bem de espírito, de pensamento. E a beleza que a mídia põe é exatamente essa, que se você é loira, alta e bonita você está com uma beleza exemplar
EF06	M	algo que me atrai
EF07 EF08	M M	estar bem consigo mesmo Pra mim? Eu não tenho um corpo que geralmente o pessoal de educação física tem, então pra mim, beleza é eu estar bem comigo mesmo
EF09	M	pra mim é mais o estado de espírito, como você enxerga seu próprio corpo, ou seja, se você se sente bem, se vê bem, você ta bonito
EF10	F	pra mim, é você estar nos padrões necessários pra saúde, não comparando com a televisão, com a mídia, porque maquiam muito as mulheres, principalmente as mulheres de

		propaganda, então se você tiver como objetivo aquilo, você nunca vai alcançar, vai se frustrar, pode até entrar em depressão, ocorrer um estresse por isso
EF11	F	Beleza? Pode até ser meio repetitivas as palavras, porque beleza pra mim é saúde, se tem saúde eu acho que tem a beleza, não é estar aquela magérrima e estar com alguma doença, pra mim beleza é saúde
EF12	M	é a pessoa estar sempre bem cuidada, com o corte de cabelo sempre em dia, sempre se manter limpo, né
EF13	F	acho que é você estar de acordo com os padrões que a sociedade pede, porque hoje eu posso me achar bela e na visão de outras pessoas não. Então hoje em dia a beleza, ela se adequa com o que ta acontecendo no cotidiano e não mais como as pessoas se sentem dentro
EF14	F	acho que a beleza pra mim tem várias divergências, não é só aquela Gisele magrela que ta na mídia, mas também gordura não é sinônimo de doença, porque a pessoa ta um pouco acima do peso que ela é doente. Obesidade traz alguns problemas, mas não é por isso que a pessoa é bonita ou feia
EF15	M	beleza é você ter um corpo saudável, com saúde
EF16	F	Olha, eu sou meio besta nestas questões, mas eu não vejo muito superficialmente, eu vejo mais conhecer a pessoa, como ela é, como ela age, o caráter, essas coisas. Isso é beleza
EF17	M	beleza pra mim é você se sentir bem com o seu corpo, se olhar no espelho e estar tranqüilo
EF18	F	A gente imagina uma pessoa bonita, né. Aparentemente é uma pessoa bonita, cuidada, acho que a gente tem mesmo esta imagem que a mídia passa pra gente, por mais que a gente tenta fugir disso quando você pára pra olhar uma pessoa você pega sempre a mídia, ou algo que a mídia passa
EF19	F	Eu acho legal olhar pra uma pessoa e ver os traços, eu acho bonito isso e a mídia vem exaltando muito, mas às vezes o que é bonito pra mídia pode não ser bonito pra mim. Eu considero que a beleza não é só a parte física, não adianta nada você ter os traços perfeitos e ter um vazio por dentro. A união destas coisas pode te fazer uma pessoa de destaque.
EF20	F	Se eu for te colocar a visão que eu tenho hoje dentro da educação física ela mudou muito o conceito de beleza de quando eu entrei na faculdade. Hoje a beleza pra mim é a pessoa apresentar um corpo adequado pra ela, um peso adequado pra ela, não precisa radicalizar em termos de magreza, é ela estar em condições de conseguir realizar qualquer atividade sem grande esforço físico, sem um desgaste fisiológico muito intenso, é ela ter uma resistência boa. Isso pra mim é beleza, ela ser uma pessoa saudável

Questão 4 - Você pratica alguma atividade física? (Qual? Com que freqüência?)

Participantes	Sexo	Respostas
EF01	M	Pratico musculação e faço luta, arte marcial. 3 vezes na semana musculação e 2 vezes arte marcial. Muaythai
EF03	M	Pratico. Pratico dança contemporânea, sou do balé aqui da UCDB, é o balé moderno. E venho de uma temporada de cinco anos praticando natação de alto rendimento, e atualmente só dança mesmo, e tambor e baliza, que é montaria. 3 vezes na semana dança com duração de duas horas, são seis horas semanais; a montaria são de 4 a 5 horas semanais.
EF04	F	Pratico. Eu danço. Duas vezes por semana, três horas por dia
EF05	F	Sim. Faço 3 vezes por semana, musculação.
EF06	M	pratico (basquete, musculação e pilates) todos os dias
EF07	M	basquete 3 vezes na semana
EF08	M	jogo voleibol, 3 vezes na semana
EF09	M	regularmente hoje não, já pratiquei
EF10	F	sim, musculação 3 vezes por semana
EF11	F	sim, natação 5 ou 4 vezes por semana
EF12	M	não, praticava handbol
EF13	F	pratico, capoeira e musculação, todos os dias
EF14	F	sim, faço musculação e jogo vôlei, cinco vezes na semana
EF15	M	taekwondo, futebol, todos os dias
EF16	F	sim. Agora é mais brincando, futebol. 3 vezes por semana, 4
EF17	M	musculação, futebol, e de vez em quando natação. Todos os dias
EF18	F	não, no momento não
EF19	F	sim, sempre que eu posso, 2 vezes jogo vôlei, caminhada
EF20	F	dou aula de ginástica e pra 3ª idade, musculação, 3 vezes na semana

Questão 5 - Para você, o que é saúde?

Participantes	Sexo	Respostas
EF01	M	Saúde, eu acho que é o bem estar, é o bom funcionamento do nosso corpo, é você estar bem com o que você pratica, com seu dia a dia, é você conseguir fazer tudo isso e não sentir nada, não sentir dificuldade alguma
EF03	M	Saúde é, bom, saúde não é só a ausência de enfermidades, é a história de um convívio do bem estar, do social, da sua cabeça, do psicológico, em harmonia com a saúde do seu corpo. Porque é assim, nossos pensamentos geram coisas boas e coisas ruins pro nosso físico, se a gente ta bem consigo mesmo e com os outros a nossa saúde externa estará bem também.

EF04	F	É um bem estar físico, mental e social, se dar bem com todo mundo.
EF05	F	Saúde? Bom, acho que saúde e tudo o que já te falei, né. De você se cuidar, ver como você ta, com algum problema, alguma coisa diferente, lesão. Cuidar da alimentação, acho que tudo isso faz parte da saúde, não adianta você fazer exame direto e não se cuidar. Evitar bebida.
EF06	M	Corpo saudável, saúde tanto mental, quanto... não sei.
EF07	M	qualidade de vida
EF08	M	é... estar com o psicológico bem, e com o corpo saudável
EF09	M	tem a ver com o corpo também, estar em harmonia todo seu corpo, a ausência da doença, e também saúde mental, você se sentir bem com a sua vida, com sua família, você estar num estado de espírito legal também
EF10	F	é você estar bem consigo mesmo, bem estar, nada de doença
EF11	F	bem estar
EF12	M	é a pessoa estar isento de doenças
EF13	F	qualidade de vida
EF14	F	saúde é você estar bem consigo mesma, estar sem doença
EF15	M	é você ter o seu corpo em perfeito estado, correr, saltar, pular
EF16	F	alimentação, esporte
EF17	M	é você não ter nenhum problema, nem físico, nem de doença assim, saúde mental também, você estar tranqüilo, saber o que você quer, estar de bem com você
EF18	F	Como eu já vi isso, eu diria que é a ausência de doença, mas daí com a definição da OMS seria algo mais complexo que se você for analisar não existe, uma pessoa saudável decorrente da vida que a gente vive hoje, mas de modo mais grosso seria a falta de doença mesmo
EF19	F	saúde é você não estar pensando assim: “Ai hoje eu to com dor de cabeça, meu pé ta doendo, minha coluna!” É muito estressante. É você não estar reclamando de nada. Não é meu caso ultimamente
EF20	F	bem estar físico, mental e social. É a pessoa se sentir bem, não apresentar doenças, estar em perfeitas condições de realizar suas atividades diárias

Questão 6 - Quando você procura um profissional de saúde?

Participantes	Sexo	Respostas
EF01	M	Quando precisa. Quando já ta no limite. Se não houver uma necessidade, dificilmente há alguém que procure sempre estar fazendo manutenção de mês em mês. Normalmente, eu ia num endócrino, né, dentista, endócrino, fisioterapeuta muito por causa de um acidente que eu sofri, machuquei o cruzado do joelho; tive que procurar muito o fisioterapeuta

EF03	M	de que área? Ah! Pra melhorar uma aptidão física, se eu estiver sedentário eu vou procurar uma atividade física, um exercício pra mim fazer; atividade que faz bem pro meu corpo. E, ou quando tem alguma enfermidade que nos impede de fazer de cumprir com nossas atividades, faculdade, fatores psicológicos, sei lá. Um fisioterapeuta, né, eu tenho um desvio postural, e não tem como mudar. Após 21 anos para os homens não muda mais a estrutura óssea, tem só que manter pra evitar lesões. Mas fora isso, professor de educação física e um médico quando tiver alguma dificuldade que vem imediatamente sem esperar.
EF04	F	Um médico quando eu to doente, quando eu to muito doente, mas é difícil procurar, só quando tem algo de muito diferente acontecendo
EF05	F	Olha, eu ultimamente só quando tô mal mesmo, eu sei que deveria estar fazendo um check-up, mas na verdade eu nunca vou. Eu sei que é errado, que eu tenho que fazer, me cuidar. Na verdade eu vou ser bem clara, é por relaxismo mesmo, tem como, tem, mas não vou por causa disso. Agora também por causa da faculdade, ta muito corrido, mas é falta de vergonha mesmo.
EF06	M	eu sei que tem que procurar antes de ter alguma coisa, mas normalmente procuro só quando tem algo diferente. normalmente médico
EF07	M	normalmente quando há complicações na saúde, o ideal seria periodicamente, e só. ultimamente tem sido mais o dermatologista
EF08	M	só quando eu tô muito mal. normalmente é clínico geral
EF09	M	tirando o médico quando to doente; dentista regularmente; profissional de educação física, mesmo quando você não está com doença vai lá pra ter uma orientação; nutricionista quando você ta com algum problema; psicólogo você vai quando ta com algum problema. Mas não só quando você está com algum problema, tem que ir também quando você não está doente também, procura pra funcionar melhor, não necessariamente quando ta doente
EF10	F	quando to doente mesmo
EF11	F	quando tem algum probleminha mesmo, que eu não sei resolver, porque pelo conhecimento que a gente adquire na faculdade as vezes a gente
EF12	M	quando eu to com algum problema de saúde
EF13	F	quando eu to doente, fora isso... risos...
EF14	F	aquela velha história, quando o dente dói, você vai no dentista quando ta com dor de dente, você não vai no dentista quando não está com dor de dente
EF15	M	quando estou doente
EF16	F	é pra falar a verdade mesmo? Quando preciso, ao invés de prevenir, depois que acontece que eu vou procurar
EF17	M	eu mesmo só quando vejo que to com algum problema, ou passando mal, ou achando que tenho alguma coisa

EF18	F	eu como dependo do SUS é muito difícil, só em último caso mesmo
EF19	F	quando a coisa ta feia. Porque quando eu to gripada nem remédio eu tomo. Eu não gosto de me auto medicar. Vou ao médico uma vez por ano pra ver minha parte que é de mulher, é sagrado
EF20	F	quando eu vejo que alguma coisa ta errada

Questão 7 - Você já esteve doente?

Participantes	Sexo	Respostas
EF01	M	Eu tive crise hipoglicêmica devido a alimentação, eu tinha 128 quilos, eu parei de comer. Aí devido a isso eu perdi açúcar e sais minerais, fiquei com nível baixo e me dava crise hipoglicêmica direto. Aí tive que fazer tratamento, tomar remédio
EF03	M	Bom, quando criança eu tive bronquite bem forte mesmo que foi até minha adolescência, até meus doze anos, cessou realmente com minha entrada na natação, com minhas atividades, meus exercícios, e, ultimamente é só mesmo, assim, to resfriado agora, entendeu?! Resfriado, mudança do clima.
EF04	F	Ah, já, mas nada de grave
EF05	F	Só gripe, resfriado, a única coisa séria foi que fiz uma cirurgia de apendicite. Foi em janeiro do ano passado. Fiquei internada quatro dias.
EF06	M	não
EF07	M	sim, mais na infância eu tive um pouco de bronquite
EF08	M	gripe, só
EF09	M	doente fisicamente, o corpo? Sim, várias vezes
EF10	F	Já
EF11	F	não, grave não; mais gripe
EF12	M	Já
EF13	F	já, algumas vezes
EF14	F	Já
EF15	M	Já
EF16	F	problema no estômago, só
EF17	M	já, várias vezes, viroses direto
EF18	F	às vezes eu tenho enxaquecas e elas vêm muito fortes, eu me auto medico e em último caso eu vou ao posto de saúde pra tomar uma injeção, ficar de repouso, alguma coisa assim
EF19	F	eu já fiz muitas cirurgias, mas doente mesmo direto não. Há um ano atrás tive umas crises de labirintite. Eu tive que operar da amídala, uma hérnia que surgiu. Uma doença auto imune eu considero isso relacionado ao estresse e a não saber lidar com o problema. A partir do momento que eu fiz terapia esses problemas foram contornados e meu estado

		de saúde voltou ao normal
EF20	F	não

Questão 8 - Você já foi submetido a alguma cirurgia? Internação? (por quanto tempo?)

Participantes	Sexo	Respostas
EF01	M	Do joelho, fui internado, fiquei nove meses sem andar, rompi o cruzado anterior. Devido ao futebol. Futebol de final de semana. Internado, internado eu fiquei cinco dias
EF03	M	Não, não, passar mais de um dia no hospital, não
EF04	F	Não.
EF05	F	a única coisa séria foi que fiz uma cirurgia de apendicite. Foi em janeiro do ano passado. Fiquei internada quatro dias
EF06	M	não, fiquei internado quando era muito pequeno, só
EF07	M	Não
EF08	M	Não
EF09	M	já, internado duas vezes
EF10	F	Não
EF11	F	Não
EF12	M	não, só dor de garganta
EF13	F	já, hérnia de umbigo, fratura exposta, trombose. Já fui internada um tempo.
EF14	F	Não
EF15	M	já, joelho, internado por uma semana
EF16	F	Não
EF17	M	na boca, pra corrigir arcada
EF18	F	já, laqueadura (fala dos problemas do SUS, pânico de ir pro posto, mais ainda de ficar sozinha, não pode ter acompanhante)
EF19	F	para as cirurgias, uma curetagem, duas cesáreas, a cirurgia de garganta e a de hérnia
EF20	F	Não

Questão 9 - Para você, o que é doença?

Participantes	Sexo	Respostas
EF01	M	É quando o seu corpo sente falta de funcionamento, falta de alguma coisa. Falta de cuidado, falta...
EF03	M	Doença é uma enfermidade, algo causado por, tipo, vírus ou bactéria.
EF04	F	Quando você fica debilitado.
EF05	F	Acho que doença é tanto do corpo quanto da mente. Você se sentir mal, tem várias coisas que atraem a doença, tipo, ser muito negativa, ser nada confiante, fora as doenças

		normais.
EF06	M	é algo errado no seu sistema imunológico ou algo de errado com você, você com você mesmo
EF07	M	É um mal que é prejudicial a nossa saúde e afeta o corpo humano
EF08	M	estar com o psicológico abalado, sei lá, mal com o corpo, sei lá
EF09	M	estado de desarmonia física ou mental
EF10	F	doença é algo que ocorre de errado com nosso sistema imunológico, alguma transmissão não adequada, gripe por exemplo, vírus, então quando acontece alguma coisa de errado da normalidade do seu organismo.
EF11	F	alguma coisa muito forte, não tem uma palavra certa, acho que é um estágio já que precisa de ajuda, não sei dizer
EF12	M	pra mim seria um câncer, alguma coisa mais grave, não apenas uma dor de garganta, uma enxaqueca
EF13	F	é você não estar bem, é você estar com alguma deficiência por mínima que seja, porque a gente ta sempre acostumada a estar sempre bem, sorrindo sem dor, sem alergia. Então pra mim a doença é uma coisa que atrapalha um pouco, faz a gente não se sentir tão bem quanto estaríamos sem ela.
EF14	F	quando você não está no seu jeito normal, sei lá, quando não pode participar das suas atividades normais de vida
EF15	M	é você não poder realizar suas atividades normais com seu corpo, não estar num estado perfeito com seu organismo.
EF16	F	é uma conseqüência de algo que você possa ter feito errado, ou sei lá
EF17	M	doença é aquilo que foge da normalidade, o que te causa desconforto, qualquer tipo de coisa assim eu considero doença. Você deixa de estar bem por causa daquilo.
EF18	F	está associado com dor, com falta de ânimo, com desânimo, com alguma debilitação mesmo, com algo visível ou, com doença mesmo, com patologias
EF19	F	é você ficar inutilizado pra fazer as coisas, não poder fazer o básico, não poder comer, ter que ficar trancado, jogado numa cama num sofá, isso pra mim é ficar doente. Considero a doença uma limitação das atividades diárias.
EF20	F	é tudo aquilo que impossibilita a pessoa de no mínimo executar as atividades que ela faz no dia a dia. Isso já é uma doença, você não conseguir realizar nada do que você costuma fazer no dia a dia, você já ta doente.

FISIOTERAPIA

Questão 1 - Quando falamos de corpo, o que lhe vem à cabeça?

Participantes	Sexo	Respostas
F01	F	É o que nos faz, assim, ta, ta hoje em pé, que nos faz viver cada dia e ter nossa rotina diariamente, né, fazer nossas atividades diárias.
F02	F	Corpo? O que me vem a cabeça? Falar de corpo, falar de que? Acho que corpo vem com uma imagem que é a primeira coisa que vem. Dependendo, as vezes pode ser bonito, pode ser feio. Alguns a gente vê que trabalha mais, consegue explorar mais o corpo.
F03	F	Corpo é, somos nós por completo, a gente tem que cuidar, é aquilo que vai passar a nossa imagem.
F04	F	corpo humano primeiro
F05	F	Gordura
F06	F	pode ser o corpo físico, corpo mental. Corpo é a matéria, o que você está vendo. Pode ser o corpo espiritual, é o que a gente ta sentindo, nossas emoções, sentimentos
F07	F	Movimento
F08	F	uma pessoa, um corpo íntegro, saúde, a pessoa como um todo
F09	F	físico, material
F10	M	eu penso em ser humano mesmo, tudo relacionado ao ser humano, por causa da minha profissão.
F11	M	hospedeiro, se for falar de saúde seria um hospedeiro, um meio de transporte pra doenças, sensível, imune.
F12	F	é o estado físico pessoal que pode estar ou não bem
F13	M	aspecto físico da pessoa
F14	M	sustentação, saúde
F15	M	braço, perna, cabeça.
F16	M	cérebro e coração

Questão 2 - Para você, o que é cuidar do corpo?

Participantes	Sexo	Respostas
F01	F	cuidar do corpo é você ter uma boa saúde, praticar atividade física, cuidar de você de uma forma em que você evite que alguns hormônios, algumas coisas como colesterol, glicemia aumente de nível e você esteja evitando algumas doenças, uma possível doença do coração, qualquer coisa. Então é sempre eu estar evitando expor o meu corpo a alguma coisa que vai estar prejudicando ele.
F02	F	Acredito que é fazer higiene, escovar os dentes, tomar um banho, cortar a unha, fazer atividade física, ter uma boa alimentação. Hábitos bons de vida pra poder ter um corpo sempre funcionando bem ter uma boa aparência.

F03	F	Estar bem fisicamente, praticando exercícios, convivendo bem com outras pessoas, se alimentando corretamente
F04	F	o estado geral dele, não vendo na beleza, vendo mais na parte da saúde, não na estética.
F05	F	cuidar da alimentação, fazer exercício físico, coisa que eu não faço, mas me alimento bem.
F06	F	É cuidar tanto do aspecto físico, tanto do psicológico.
F07	F	se exercitar
F08	F	cuidar da saúde. Cuidar da sua aparência, da sua estética.
F09	F	alimentação, exercício
F10	M	manter a saúde, acho que é você se alimentar bem, fazer exercício, ter um bom relacionamento com as pessoas. Basicamente é isso, você estar bem com você mesmo, tanto no físico, no psicológico, no emocional também
F11	M	cuidar da aparência, da própria saúde, cuidar inclusive dos outros com quem você convive.
F12	F	melhorar ou manter um estado perfeito de saúde físico
F13	M	é cuidar da saúde, da integridade do corpo, se estar bem, sem doença, se manter saudável.
F14	M	atividade física, alimentação.
F15	M	como um todo, geral? Se sentir bem, no dia a dia se sentir bem
F16	M	ter uma alimentação regrada, praticar atividade física regularmente

Questão 3 - A mídia está sempre falando de beleza, o que é beleza para você?

Participantes	Sexo	Respostas
F01	F	Pra mim pra falar bem a verdade, eu sempre fui muito preocupada com o meu corpo, eu sempre achei que eu era obesa, era gorda, e pra mim eu queria beleza bem como aparece na mídia, minha cabeça era assim, eu queria ser magra, fazia regimes loucos, tanto é que um dia eu fiz um regime que era o da proteína, um regime que comia mais, na terça feira era um ovo e uma cenoura, ovo muitas vezes. Isso quando eu tava no terceiro ano, tinha uns dezesseis dezessete anos, e veio repercutir agora na minha saúde, eu to com o colesterol alto. A beleza pra mim antes era isso, eu via aquelas meninas magras e eu queria ser daquele jeito. Hoje até que não é tanto assim, eu ainda penso em cuidar da minha saúde agora e reverter esse colesterol meu que não ta legal.
F02	F	Geralmente o pessoal fala que não leva em conta se a pessoa é gordinha se é mais magra, mas eu acredito que beleza é muito o que a pessoa vale, o que a pessoa faz, o que a pessoa é, mais o interior dela do que o exterior. Acredito mais que as atitudes que ela tem, o profissionalismo, a maneira com que ela trata as outras pessoas é mais importante.

F03	F	é eu estar bem comigo mesma, não importando os outros ou a mídia.
F04	F	um corpo definido, não consigo definir não. Seria uma pessoa bonita, magra, padrão normal. Uma pessoa que não tem nada de estranho, uma orelha grande um nariz, uma pessoa normal, dentro dos padrões.
F05	F	É você se sentir bem, seja com o cabelo crespo, seja com o cabelo liso, mas em relação a mídia é mais uma questão de se cuidar, de escova, de maquiagem, de roupa, de tudo isso. Pra mim é eu me sentir bem.
F06	F	É eu estar bem comigo mesma, é estar bem comigo mesma do jeito que eu sou, não a beleza que a mídia impõe, que é ser magra, é ser alguma coisa que a gente não é, a maioria da população não é. É eu estar bem comigo mesma, eu me achar bonita.
F07	F	é você estar bem com você mesma, se sentir bem, se vestir bem.
F08	F	tem beleza interior e exterior. Beleza exterior é puramente estética, vaidade. E o que vale mais, normalmente no começo a gente julga pela beleza exterior, depois que conhece que muda tudo, às vezes você acha que é uma pessoa e conversando você vê que é uma coisa totalmente diferente. Beleza não é tudo.
F09	F	se sentir bem, você se sentir bem com você mesma
F10	M	É você se sentir bem, tanto no externo quanto no interno.
F11	M	beleza é ver a atitude da pessoa, não só a parte física, é como ela se comporta, a educação da pessoa, a personalidade dela pra mim influencia muito
F12	F	pode ser física, a gente observando a pessoa ou o interior dela, o que ela pensa, suas atitudes
F13	M	são duas formas, tem a beleza externa e a beleza interna. Beleza interna é o carisma da pessoa, é auto estima, e a beleza externa é o corpo.
F14	M	é uma forma de se mostrar
F15	M	não somente um rosto bonito, mas sim uma pessoa que tem caráter.
F16	M	se sentir bem, estar contente com o seu corpo. Acho que a aparência física passa mais pelo seu estado emocional do que exatamente pela sua beleza. Se você esta se sentindo bem, ta bem sucedido na profissão, na escola, você vai se sentir bem com o que você ta, passa mais pelo emocional do que pela beleza estética, pelo físico da pessoa

Questão 4 - Você pratica alguma atividade física? (Qual? Com que freqüência?)

Participantes	Sexo	Respostas
F01	F	até o terceiro ano de faculdade eu praticava, não foi dando tempo com o passar do tempo. Comia muito mal, ou eu levava almoço, ou comia salgado por aí. Comecei a adotar uma dieta mais saudável depois que vi o colesterol alto.
F02	F	pratico. Faço academia, exercícios aeróbicos e musculação.

		Quase todos os dias
F03	F	Não
F04	F	sim, agora não to indo. Praticava academia.
F05	F	Não
F06	F	Não
F07	F	Infelizmente não
F08	F	No momento não
F09	F	Não, nadinha
F10	M	praticava natação
F11	M	praticava. Sou professor de karatê
F12	F	não
F13	M	Sim. Musculação 3 vezes por semana
F14	M	faço musculação diariamente
F15	M	praticava, jogava vôlei
F16	M	pratico, mas to parado por um problema de hérnia discal na lombar

Questão 5 - Para você, o que é saúde?

Participantes	Sexo	Respostas
F01	F	É um estado em que você já tem tanto físico quanto emocional, o que é o estado físico eu já falei que é essa parte metabólica, o que a gente vê mesmo. Eu acho que uma pessoa que tem o emocional diminuído, ta com distúrbios psicomotores também não tem uma boa saúde, porque saúde é um todo pra mim. É um estado emocional, social e físico, você tem que estar bem nos três itens pra você estar com uma saúde boa.
F02	F	Saúde é você estar bem em um todo, estar bem fisicamente, se alimentar, não comer muita porcariada que a mídia divulga muito, e é você estar bem psicologicamente, qualquer coisa não abalar, descansar, dormir bem.
F03	F	saúde é um bem estar físico, social, psíquico.
F04	F	É um estado físico, mental e espiritual, daí já é o mental. A pessoa tem que estar bem de cabeça e corpo.
F05	F	saúde é estar de bem, não somente em exames, mas estar de bem socialmente, ter uma boa comunicação com quem ta a sua volta. Estar bem com hemogramas, saúde em geral.
F06	F	o bem estar do indivíduo tanto no aspecto psicológico, social, no mental, é eu estar bem.
F07	F	é tudo. É vida é cuidar do corpo
F08	F	é a ausência de doença. Mas tem que estar bem no psicológico, estar bem consigo mesma, porque tem gente que é depressiva está sempre de mau humor, então não é uma pessoa saudável.
F09	F	É você estar de bem com você mesma, emocional, físico, financeiro, material
F10	M	Saúde é como eu falei, você estar bem consigo mesmo,

		não é só não estar doente, é você estar bem fisicamente, espiritualmente, emocionalmente, psicologicamente. Acho que isso que é ser uma pessoa saudável.
F11	M	Vou dar aquela definiçaozinha básica, é o bem estar físico e mental, não só físico nem só mental. É você estar bem consigo mesmo, você estar bem com os outros.
F12	F	bem estar físico e mental
F13	M	é o bem estar físico, mental, social que a pessoa se encontra no momento
F14	M	ausência da doença, é o que eu aprendi. Sem sintomas de uma doença
F15	M	não ter uma gripe um resfriado, nenhum problema.
F16	M	passa mais pela condição emocional da pessoa, ela não se sentir acuada, não ter medo, ter uma condição de vida tranqüila, sem preoc upações, é difícil. Você ter condições de pagar suas dividas, ter uma pessoa, ter um relacionamento estável, uma família adequada sem turbulência como uma família normal.

Questão 6 - Quando você procura um profissional de saúde?

Participantes	Sexo	Respostas
F01	F	É difícil. A última vez que eu fui foi na ginecologista, fui fazer exames preventivos e foi ela que me passou um monte de exames, colesterol, triglicérides, hemograma completo. A maioria das vezes eu procuro um médico quando já ta no fim, só dessa vez que eu levei mais a sério que foi na ginecologista.
F02	F	A hora que eu to mal. Quando eu tenho alguma doença, quando tenho alguma coisa.
F03	F	Eu procuro só quando precisa muito mesmo, quando sente alguma coisa diferente, quando tem algum sintoma
F04	F	olha eu sou meio prevenida, não procuro só quando to com sintoma não. Eu vou de seis em seis meses.
F05	F	quando eu me sinto mal, quando sinto algum sintoma que não é de rotina
F06	F	quando me sinto mal, tanto quando eu to com alguma doença ou quando eu to depressiva, quando eu to com meu psicológico abalado.
F07	F	quando eu to muito mal, infelizmente. Só procuro quando preciso mesmo
F08	F	só procuro quando eu to doente
F09	F	Na realidade eu procuro só quando eu to doente mesmo
F10	M	Geralmente quando eu to doente, como qualquer pessoa
F11	M	Quando você ta com problemas, pelo menos eu sou assim
F12	F	quando eu to com algum problema
F13	M	quando eu to doente, quando eu sinto que alguma coisa em mim não está bem.
F14	M	normalmente quando aparece algum problema, alguma doença

F15	M	só quando não dá, não tem mais jeito mesmo
F16	M	exatamente, a partir do momento que você não tem uma vida regrada, utilizando de uma alimentação adequada, pratica de esportes, atividade física, a falta de uma vida desse tipo, vão te afetando, daí pra você remediar a falta de uma vida adequada você tem que procurar um auxilio médico, que é aí surgem todas as patologias sejam elas de qual natureza forem.

Questão 7- Você já esteve doente?

Participantes	Sexo	Respostas
F01	F	Eu já tive... nunca tive doenças pra me derrubar, só quando criança tive uma pneumonia e o médico não sabia como eu ainda estava brincando
F02	F	Já. Gripe
F03	F	Já
F04	F	Só de gripe assim
F05	F	de ficar internada não
F06	F	já. Desde dor de cabeça até ansiedade
F07	F	Não
F08	F	já, geralmente gripe e dor de garganta
F09	F	gripe, sinusite
F10	M	já. Tava doente há duas semanas atrás, tive gripe, febre, tosse, uma virosezinha
F11	M	doente de ir pra um hospital, de ficar internado não, só gripe, essas coisas
F12	F	já. Cólica renal
F13	M	já, acidente, gripe
F14	M	já, problemas respiratórios, bronquite, asma.
F15	M	doente pra procurar só uma inflamação na garganta
F16	M	já nesse caso da hérnia de disco

Questão 8 - Você já foi submetido a alguma cirurgia? Internação? (por quanto tempo?)

Participantes	Sexo	Respostas
F01	F	Não
F02	F	Não. Internação uma vez quando fui picada por abelha, só
F03	F	Não
F04	F	Não
F05	F	já, fiz duas cirurgias plásticas
F06	F	Não
F07	F	já, retirada de um cisto.
F08	F	Não
F09	F	só quando era pequena eu quebrei o braço e fui operada
F10	M	Já, quando eu nasci porque eu tenho uma mancha nas minhas costas, no meu pé e agora vou fazer uma de miopia. Fiquei internado decorrente das cirurgias e uma vez só por dengue, fiquei um dia internado.
F11	M	quando recém nascido, eu nasci com o pé torto congênito e

		fui operado, nem lembro, mas sei que fui operado
F12	F	não, cirurgia invasiva não. Já fui internada por dez dias
F13	M	cirurgia não internação já por causa do acidente de moto
F14 F15	M M	já fui internado por crise de bronquite algumas vezes. já no joelho, fiquei internado três dias
F16	M	não, quando mais novo tive problema de bronquite, uma internação rápida, um período de duas, três horas no pronto socorro fazendo inalação.

Questão 9 - Para você, o que é doença?

Participantes	Sexo	Respostas
F01	F	a doença é o contrário de saúde, não?! A pessoa ta doente não só quando ela tem o problema dela físico, que nem eu falei em relação a saúde, uma pessoa doente pra mim é aquela que não está devidamente bem com as coisas que estão acontecendo ao redor dela, ela ta estressada, ela ta nervosa, isso tudo interfere no próprio psicológico interfere no próprio organismo dela. Ou ela ta ansiosa e vai comer muito e isso vai gerar repercussões ou ela vai ficar ansiosa e não comer. Então tudo isso pode levar a um quadro de doença, que é quando você, ela pode ter saúde sim, estar bem financeiramente, com um estado social legal, mas ela pode não estar bem com ela, ela ta com o psicológico abalado. Ela vai ter que procurar algum tipo de tratamento porque pode atrapalhar na vida dela, vida amorosa, profissional.
F02	F	Doença é quando tem alguma coisa dentro do seu corpo, pode ser por algum agente, algum vírus, bactéria, um tumor que faz com que você não consiga ter sua rotina e fica deprimido, toma remédio tem que se submeter a algum tratamento, tem que ficar internado e tem que deixar de lado seu dia a dia pra tratar.
F03	F	ausência da saúde. Quando algo no seu corpo não vai bem
F04	F	Algo não ta funcionando bem, algum órgão. Não estar se sentindo bem. O corpo traz sinais e a partir dos sinais você vai ter alguma coisa errada, daí pra mim já ta com alguma doença e algum medicamento vai ter que ser administrado pra melhorar alguma coisa.
F05	F	É o que eu acabei de falar, é quando você sai da sua rotina, como você estar caminhando bem e de repente acontece alguma coisa que vai intervir na sua vida inteira. Você pode ficar doente só de ficar em casa, mas acaba com sua rotina, você não vai no trabalho, não faz nada em casa, não estuda. Isso pra mim é doença
F06	F	doença é tudo aquilo que está de anormal comigo, eu posso não estar doente assim, posso não estar gripada, ter uma dor de cabeça, eu posso estar depressiva, ansiosa, eu to doente também. É tudo aquilo que ta fora

		do normal
F07	F	é alguma coisa que não ta fazendo bem, alguma coisa que não ta normal no seu corpo, alguma coisa que se manifesta.
F08	F	quando tem algum desequilíbrio no seu corpo, que tem alguma coisa afetando o estado normal, uma infecção, igual a dor de garganta, você ta com uma infecção e isso é uma doença.
F09	F	Seria o contrário de saúde, você não estar bem, não estar se sentindo bem em qualquer aspecto, físico, psicológico.
F10	M	Acho que é algum agente externo, não sei explicar direito, acho que é algum agente externo que interfere no bom funcionamento do nosso organismo. Resumindo basicamente é isso.
F11	M	doença é um corpo estranho, um agente externo, que muitas vezes ele surge por um descuido seu, pelo menos o que a gente convive aqui é isso. Reflete muitas vezes nos seus atos de vida por isso muitas vezes você adquire
F12	F	É você não estar se sentindo bem consigo mesma ou pode ser também através de exames detectados.
F13	M	é quando alguma coisa do corpo ou mentalmente não está bem na pessoa.
F14	M	algo muito ruim, que me prejudica e prejudica muito, que interfere no nosso bem estar físico e emocional
F15	M	um fator que interfere no desenvolvimento do seu corpo, no dia a dia, na saúde
F16	M	é complicado até quando a gente para pra pensar numa definição, como um profissional da saúde, muitos não têm uma definição propriamente dita. Não saberia te responder o que é doença.

ANEXO

ANEXO 1

Declaração de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco

Missão Salesiana de Mato Grosso
Universidade Católica Dom Bosco
Instituição Salesiana de Educação Superior

DECLARAÇÃO

Declaramos, para fins de direito, que o projeto "As Representações Sociais de Corpo, Saúde e Doença para Estudantes Universitários" protocolo sob o nº. **033/2007**, de responsabilidade de Maria Alberta Ratier Jajah Nogueira, orientado pela Professora Ângela Elizabeth Lapa Coelho, após análise do Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Católica Dom Bosco CEP/UCDB e encaminhamento para a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa/CONEP, foi considerado aprovado sem restrições.

Campo Grande, 18 de setembro de 2007.

Adir Casaro Nascimento
Presidente do CEP, em exercício

Página 126: [1] Excluído **Windows Xp** **24/7/2008 22:39:00**

_____ A Violência Social sob a Perspectiva da Saúde Pública. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, suplemento 1, p. 07-18, 1994.

Página 126: [2] Excluído **Windows Xp** **24/7/2008 22:39:00**

MOREL, C. M. A pesquisa em saúde e os objetivos do milênio: desafios e oportunidades globais, soluções e políticas nacionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 2, p. 261-270, 2004.

Livros Grátis

(http://www.livrosgratis.com.br)

Milhares de Livros para Download:

Baixar livros de Administração
Baixar livros de Agronomia
Baixar livros de Arquitetura
Baixar livros de Artes
Baixar livros de Astronomia
Baixar livros de Biologia Geral
Baixar livros de Ciência da Computação
Baixar livros de Ciência da Informação
Baixar livros de Ciência Política
Baixar livros de Ciências da Saúde
Baixar livros de Comunicação
Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE
Baixar livros de Defesa civil
Baixar livros de Direito
Baixar livros de Direitos humanos
Baixar livros de Economia
Baixar livros de Economia Doméstica
Baixar livros de Educação
Baixar livros de Educação - Trânsito
Baixar livros de Educação Física
Baixar livros de Engenharia Aeroespacial
Baixar livros de Farmácia
Baixar livros de Filosofia
Baixar livros de Física
Baixar livros de Geociências
Baixar livros de Geografia
Baixar livros de História
Baixar livros de Línguas

Baixar livros de Literatura
Baixar livros de Literatura de Cordel
Baixar livros de Literatura Infantil
Baixar livros de Matemática
Baixar livros de Medicina
Baixar livros de Medicina Veterinária
Baixar livros de Meio Ambiente
Baixar livros de Meteorologia
Baixar Monografias e TCC
Baixar livros Multidisciplinar
Baixar livros de Música
Baixar livros de Psicologia
Baixar livros de Química
Baixar livros de Saúde Coletiva
Baixar livros de Serviço Social
Baixar livros de Sociologia
Baixar livros de Teologia
Baixar livros de Trabalho
Baixar livros de Turismo