

Objetiva-se refletir sobre os desafios de pesquisar os saberes implicados no cuidado em saúde. Cuidado compreendido como uma prática social voltada às pessoas, famílias e coletividades, e como expressão de atividade profissional. Problematisa-se a hegemonia da clínica e o confronto entre os saberes dos profissionais - técnico-científicos, e dos usuários - senso comum/práticos, tendo em vista a construção de um cuidado congruente. Nesse sentido, a pesquisa de representação social seria uma aliada por possibilitar a compreensão dos processos de entrecruzamento dos saberes da ciência e daqueles socialmente partilhados. Desafia-se a hegemonia e a autoridade do saber profissional em favor de um modelo que tenha mais possibilidade de alcançar um sucesso prático terapêutico. Considerar os saberes práticos das pessoas sobre o cuidado contribui para a não reprodução das condições de submissão dos usuários aos profissionais, ampliando as possibilidades de sua participação no cuidado e de maior domínio sobre si.

Debatedores:**Márcia de Assunção Ferreira**

Desvelar, Reconhecer e
Convergir: Os Desafios de
Pesquisar os Saberes
Implicados no
Cuidado em Saúde

Maria de Fátima de Souza Santos

Cuidado em Saúde: É Possível
Separar o Saber Científico do
Saber de Senso Comum?

Noemí Graciela Murekian

A Produção De Conhecimentos E
Saberes Implicados No Cuidado Da
Saúde

María Cristina Chardon

Hospitalização E Cuidados.
Desafios Para A Pesquisa Em
Representações Sociais

Márcia de Assunção Ferreira

Acerca de Saberes
e Práticas e Sobre
Como Contemplá-los
nos Cuidados em Saúde:
Elementos para Instruir
Debates, Pesquisas e Ações.

The Challenges Of Research On Social Representations In Health

The objective is to reflect on the challenges of researching the knowledge implied in health care. Care understood as a social practice aimed at people, families, and communities, and as an expression of professional activity. Clinic's hegemony and the confrontation between the knowledge of professionals – technical-scientific, and of users – common sense/practical, are problematized in view of the construction of congruent care. Social representation research would be an ally to unveil, recognize, and converge the knowledge implied in health care by enabling the understanding of the processes of intersection between scientific and socially shared knowledge. The hegemony and the authority of professional knowledge are challenged in favor of a model that is more likely to achieve practical therapeutic success. Considering people's practical knowledge about care contributes to the non-reproduction of the conditions of submission of users to professionals, expanding the possibilities of their participation in care and of greater dominance over themselves.

Debatedores:

Márcia de Assunção Ferreira

Unveiling, Recognizing, And
Converging: The Challenges
Of Researching The Knowledge
Implied In Health Care

Maria de Fátima de Souza Santos

Health Care: Is It Possible To
Separate Scientific Knowledge
From Common Sense?

Noemí Graciela Murekian

The Production Of Knowledge And
Wisdoms Involved In The Care Of
Health

María Cristina Chardon

Hospitalization And Care.
Challenges For Research
In Social Representations

Márcia de Assunção Ferreira

About Knowledge
And Practices And How
To Contemplate
Them In Health Care:
Elements To Instruct
Debates, Research And Actions

Los Desafíos De La Investigación Sobre Representaciones Sociales En Salud

El objetivo es reflexionar sobre los desafíos de investigar el conocimiento involucrado en la atención médica. Atención entendida como práctica social dirigida a personas, familias y comunidades, y como expresión de actividad profesional. La hegemonía de la clínica y la confrontación entre el conocimiento de los profesionales - técnicos-científicos y los usuarios - sentido común / práctico son problematizados, con miras a construir una atención congruente. En este sentido, la investigación de representación social sería un aliado porque permite la comprensión de los procesos de intersección del conocimiento científico y aquellos socialmente compartidos. La hegemonía y la autoridad del conocimiento profesional se desafían a favor de un modelo que sea más probable que logre el éxito terapéutico práctico. Tener en cuenta el conocimiento práctico de las personas sobre la atención contribuye a la no reproducción de las condiciones de presentación de los usuarios a los profesionales, ampliando las posibilidades de su participación en la atención y un mayor control sobre sí mismos.

Debatedores:

Márcia de Assunção Ferreira

Revelando, Reconociendo
Y Convergiendo:
Los Desafíos De Investigar
Los Conocimientos
Implicados En Los
Cuidados De La Salud

Maria de Fátima de Souza

Santos

Atención En Salud: ¿Es Posible
Separar El Conocimiento Científico
Del Conocimiento Del Sentido
Común?

Noemí Graciela Murekian


La Producción De Conocimientos Y
Saberes Implicados En
El Cuidado De
La Salud

María Cristina Chardon

Internación Y Cuidados.
Retos Para La Investigación
En Representaciones Sociales

Márcia de Assunção Ferreira

Sobre El Conocimiento
Y Las Prácticas
Y Cómo Contemplarlos
En La Atención De La Salud:
Elementos Para Instruir
Debates, Investigaciones Y
Acciones.



Desvelar, Reconhecer e Convergir: Os Desafios de Pesquisar os Saberes Implicados no Cuidado em Saúde.

Unveiling, Recognizing, And Converging: The Challenges Of Researching The Knowledge Implied In Health Care

Revelando, Reconociendo Y Convergiendo: Los Desafíos De Investigar Los Conocimientos Implicados En Los Cuidados De La Salud

Márcia de Assunção Ferreira

UFRJ

Rio de Janeiro, RJ, Brasil

marcia.eean@gmail.com

INTRODUÇÃO

Refletir sobre os desafios da pesquisa em Representações Sociais no campo da saúde remonta à sua vocação seminal. A Teoria das Representações Sociais é do campo de saber da Psicologia Social e inaugurou-se com o estudo de um objeto do campo das ciências humanas em interface com as ciências da saúde (mental). A partir daí, outros estudiosos se interessaram em desenvolvê-la e aplicá-la no campo da saúde, a exemplo de Claudine Herzlich e Jodelet, que ainda na década de 1960 (final) e início da década de 1970, estudaram as representações sociais da saúde e da doença, e as representações sociais do corpo e da loucura.

No interesse de estudar as representações sociais, Moscovici tomou a Psicanálise como objeto de pesquisa e daí derivou a Teoria das Representações Sociais (TRS), na década de 1950, na França. Sua epistemologia remonta ao conceito de Representações Coletivas de Durkheim, que trata da forma como a sociedade explica os fenômenos vivenciados, representação partilhada e reproduzida de modo coletivo, homogêneo entre os membros de um grupo de forma estável, que perdura por gerações (MOSCOVICI, 2012).

O caráter homogêneo e estável das representações coletivas é o que caracteriza a diferença base em relação à TRS, que se fundamenta na dinâmica das representações e na heterogeneidade entre diferentes grupos de pertença (MOSCOVICI, 2010) e é exatamente este caráter social das representações que fez surgir a Teoria no campo da Psicologia Social – na tensão entre “o pensamento científico e profissional, de um lado, e o pensamento cotidiano das pessoas comuns, de outro” (MARKOVÁ, 2017, p. 361).

A TRS se propõe a estudar os saberes sociais, aqueles que se constroem no interior de grupos, afinados com a cultura e com os contextos (histórico, social, político) vivenciados. Investe em conhecer como os saberes sociais se engendram nos cotidianos por meio de processos de comunicação, transformando as elaborações em atividades e ações da vida prática.

Ao acessar as teorias do senso comum, a TRS envolve os processos cognitivos, considerando que o ser humano é ativo na produção de conhecimentos, participativo dos processos de construção de saberes que circulam no meio social de maneira dinâmica e fluida, em consonância e em resposta a uma sociedade em constante mudança e transformação, propiciadas pelos meios de comunicação que circulam e propagam informações cada vez mais rapidamente (SÁ, 2015).

Enquanto saber social, a representação social se constrói no campo da interação humana e sua elaboração é viabilizada pela comunicação, tanto do indivíduo com o seu grupo, quanto entre grupos e ainda pela comunicação de massa. Sendo saber social compartilhado, contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social (JODELET, 2001).

O estranhamento perante um objeto significativo, porém não familiar, desencadeia a necessidade de aproximá-lo de algo conhecido, construindo um sentido pleno de afetos, de costumes, crenças, heranças históricas, de experiências vividas ou recebidas pelas mais diversas formas de comunicação. A elaboração cognitiva e afetiva do novo fenômeno-objeto possibilita a convivência prática e a incorporação de sua existência no cotidiano e nas ações diárias (JODELET, 2001).

No processo de construção do saber do senso comum, o encontro com um fenômeno não familiar faz com que o sujeito selecione e descontextualize os elementos a serem elaborados, realize um recorte da realidade (pela não condição de lidar com a complexidade do todo) e retire o excesso de informações a partir de seus afetos, valores, experiências e história. Em continuidade, os fragmentos recortados são reorganizados, ligados em um esquema, que se constitui o núcleo figurativo da representação. Dessa forma, o que era desconhecido ou causador de estranhamento torna-se objetivo, palpável, naturalizado no mundo do sentido do sujeito: objetivado. Ao conferir sentido ao objeto, recorrendo a algo familiar, o sujeito ancora a novidade que lhe é apresentada em um contexto inteligível (JODELET, 2001).

À luz de tais processos, compreende-se que os sujeitos constroem as representações segundo as suas características, valores, cultura, conhecimentos prévios. As RSs implicam na interpretação das realidades, vividas e provenientes das experiências daqueles que estão construindo uma dada representação, tendo em vista ser as RSs sistemas de interpretação que orientam e organizam a compreensão sobre os fatos e acontecimentos, regendo os comportamentos com o mundo e com os outros. Neste sentido, regem as relações dos sujeitos no seu meio físico e social, guiando e orientando as suas ações e relações sociais. Disto deriva-se o entendimento de que as RSs são formas de conhecimento prático (JODELET, 2001).

Dito isso, o objetivo deste artigo é refletir sobre os desafios da pesquisa de representações sociais no campo da saúde, no recorte do cuidado, dada a característica prática deste objeto. Cuidado no campo da saúde aqui compreendido como uma prática social que se concretiza no atendimento de coletividades, famílias e das pessoas, individualmente, como também expressão de atividade profissional, ou seja, fruto de decisões balizadas pelo conhecimento formal, técnico e científico, oriundo de uma formação acadêmica e, portanto, ético. Este esclarecimento é para fazer a necessária diferença entre o cuidado êmico, que traz expressão do saber não formal que todos temos sobre cuidado (LEININGER, 1991), fenômeno presente na vida de todo ser humano, por ser condição necessária à sobrevivência. Nesse caso, o conceito de cuidado êmico abarca a sua compreensão no interior de determinada cultura, com base nos seus próprios referenciais (ROSA; OREY, 2012). Explicação necessária, haja vista que os conceitos de conhecimento dos universos do senso comum e da ciência articulam as RSs.

SAÚDE E CUIDADO: CAMPOS DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.

Na compreensão dos caminhos da construção do saber do senso comum, da necessidade do confronto com o objeto de estranhamento, os processos vivenciados para sua elaboração e as formas de disseminação desse saber, concebe-se o cuidado no campo da saúde como objeto de representação, pressupondo-se que, para além de sua construção reificada, há também uma construção no campo do saber comum, atrelado às vivências que remontam às heranças históricas familiares dos grupos e sujeitos e de suas práticas, individuais/pessoais, sociossolidárias, influenciando em maior ou menor grau suas vidas de forma transversal e conseqüentemente, influenciando a práxis dos profissionais de saúde.

O cuidado tem um conceito polissêmico, construído por referenciais da ciência, tecnologia, filosofia, com conotação técnico-profissional, intencional, atitudinal, traduzido em práticas que envolvem relações humanas (QUEIROZ, 2015). Nesse sentido, reveste-se de relevância sociocultural sustentando modos de viver e de se relacionar, criando demanda de estudos no campo das representações sociais, com vistas a compreender o sentido atribuído ao cuidado por indivíduos em suas vidas cotidianas e, conseqüentemente, por grupos profissionais em suas práticas de saúde.

O espaço de interação que se estabelece entre profissionais e a pessoa a ser cuidada propicia a elaboração de RS sobre o cuidado, pois este tem relevância imediata para os profissionais e o partícipe do cuidado, já que ambos vivem a experiência desse encontro, tanto no espaço coletivo comum a outros sujeitos quando estão nas instituições, quanto no espaço privado sociofamiliar ou em atendimentos individuais.

Abordar o cuidado no campo da saúde do ponto de vista da pesquisa de RSs implica em considerar os sujeitos envolvidos neste fenômeno: o profissional que cuida e a pessoa a quem o cuidado se destina. Nesta perspectiva, pesquisar as RSs do cuidado no campo da saúde implica ir além da prática objetiva material, da técnica interventiva e seus efeitos biológico-biomédicos. É preciso investigar as pessoas, quem elas são, os contextos que as engendram, suas emoções e afetos, fruto do sentir humano e, também o significado, fruto dos sentidos que o sujeito atribui às ações, reações e experiências vividas, e nesse ínterim, considerar a dimensão cultural implicada nas relações e as ações que envolvem o cuidado na saúde.

Observa-se, portanto, que o cuidado é campo fértil para a geração de representações sociais e seu estudo por meio do referencial da TRS pode contribuir muito para as reflexões necessárias ao contexto das práticas de saúde, em meio a um mundo com tantas transformações, muitas delas impulsionadas pelos avanços tecnológicos que também se fazem sentir no campo da saúde. Isto porque o aporte conceitual da TRS serve de grade de leitura e auxilia na compreensão do entrecruzamento dos saberes científicos com os saberes de senso comum, desvelando a teia de significados e de valores socialmente partilhados, necessário para o entendimento do cuidado em saúde (FERREIRA, 2016).

O cuidado profissional é cunhado no âmbito de uma formação acadêmica, amparado em paradigmas que fundamentam as ações à luz de referenciais políticos, biomédicos, humanos, sociais, modelos de pensamento que organizam e legitimam práticas que se materializam por meio de políticas de saúde. Mas no cotidiano das ações, o cuidado é experimentado por quem o recebe não somente como uma ação técnica, mas também como ação sensível, com atenção e atitude de desvelo (BORGES, 2010) já que implica em um encontro entre pessoas.

A relação estabelecida no encontro de cuidado é mediada por um espaço intersubjetivo que permite a comunicação e conduz a interação entre as pessoas. Esse encontro implica, também, em construção de conhecimento a partir de um sistema de diferenças e em um compromisso entre os sujeitos para entender tais diferenças. Os saberes, os afetos e as paixões imbricam-se permeando a relação de cuidado e por mais técnico que pareça o cuidado, na sua versão de intervenção em saúde, a relação entre ambos (o profissional e quem é cuidado) evidencia os esforços internos de cada participante para salvaguardarem a sua condição de sujeito, reafirmando suas subjetividades, em uma tentativa de manter as suas identidades sociais e as suas marcas pessoais nos atos.

O profissional detém um saber formal que o autoriza a cuidar e legitima a sua ação, e a pessoa cuidada detém um saber êmico. Ao viver a experiência singular do cuidado profissional, os sujeitos

atribuem sentido a esta experiência, amparando-se nos seus referenciais socioculturais. Tais referenciais contribuem para conduzir a ação do profissional e da pessoa que precisa de cuidado, tanto na aceitação quanto na recusa aos cuidados a lhe serem prestados. Esta interface e entrelace de saberes são importantes para a qualidade da participação do usuário no processo de cuidar do qual irá compartilhar, compreensão necessária para que haja engajamento e corresponsabilidade nos processos terapêuticos (JUNGES et al., 2011).

Se por um lado o profissional detém um saber formal sobre o cuidado em saúde, por outro, os saberes práticos dos sujeitos sociais também são legítimos, e muitas vezes confrontam os saberes profissionais, e é neste espaço que se manifesta a supremacia, mas também a impotência do discurso da ciência. Não comum, na clínica do cuidado, os usuários informam que alguém (quase sempre um “outro”), mantém (ou manteve) comportamentos condenados nos discursos da “saúde”, mas ainda assim vive (ou viveu) por longo tempo e com bem-estar, contrariando a lógica do discurso normativo e prescritivo da saúde. E também é comum que profissionais se deparem com estas experiências em seus contextos de vida pessoal (e profissional) e, em muitos casos, lançam o exemplo no rol das exceções técnicas ou do próprio curso da vida com senões indicativos de baixa qualidade de vida e não como exemplo a ser seguido.

É, portanto, no universo das subjetividades que os sujeitos (usuários e profissionais) se manifestam e constroem significados, percebem os limites e as implicações de suas ações e oferecem subsídios importantes à discussão dos múltiplos saberes que circulam e as muitas maneiras de cuidar possíveis no campo clínico, num duelo constante com os poderes institucionais instituídos.

Estamos tratando de sujeitos sociais, “atores sociais ativos, afetados por diferentes aspectos da vida cotidiana, que se desenvolve em um contexto social de interação e de inscrição” (JODELET, 2009, p. 696). Há que considerar, então, que as sociedades se constroem por normas, valores, princípios que se explicam à luz dos contextos históricos, políticos, sociais, econômicos e padrões culturais que as engendram e, por conseguinte, marcam os sujeitos e se expressam nos e pelos seus corpos (DOURADO et al., 2018). Portanto, a biologia materializa as estruturas que nos dá a capacidade de pensar e sentir, mas é a cultura que organiza, orienta, destaca, oculta e altera os sentidos e os pensamentos.

Na disputa de saberes no campo da clínica do cuidado em saúde, não se pode negar que o corpo possui uma estrutura biológica que lhe dá a dimensão material da existência do ser humano, mas há que se compreender a sua dimensão sócio-histórica-cultural, uma vez que não se pode dissociar o ser humano da sociedade na qual se insere.

Estas afirmações respaldam-se na Antropologia de Marcel Mauss, que na década de 1930 estudou o investimento da cultura no corpo do Homem. Mauss lançou o conceito de técnica corporal¹ discutindo a questão da desnaturalização do corpo. Apontou a evidência de que as necessidades que emergem do corpo social desenvolvem modos eficazes de trabalhar os corpos dos indivíduos, que vão desde a educação dos sentidos do corpo até as técnicas simbólicas. O corpo, então, não se expressa “naturalmente”, mas por meio de técnicas corporais que cada sociedade particular efetua nos corpos dos indivíduos. A técnica, conforme define o autor, é um ato tradicional e eficaz e, portanto, passível de transmissão. E é exatamente isto que difere o ser humano do restante dos animais. (MAUSS, 1974)

Desta feita, “toda atividade humana é mediada pela cultura, pois graças a esse verdadeiro arsenal de signos e símbolos, que é a cultura, que a atividade humana adquire sentido e os seres humanos tornam-se capazes de se comunicar. Desta sorte, ao nível da sociedade, não existem fenômenos naturais” (SAFFIOTI, 1994, 271) É por isso que, ao se abordar o cuidado em saúde na prática e ao torná-lo objeto de pesquisa não se deve desprezar as camadas de contexto que o engendram, a cultura que o funda, os saberes nele implicados, pois são, na perspectiva destas camadas de contexto, que o fenômeno do cuidado, expressão da atividade humana (leiga e profissional), adquire sentido e se expressa em práticas de cuidado de si e de outrem.

O sujeito se situa no mundo por seu corpo e a sua participação no mundo passa pelo corpo (JODELET, 2009) e a experiência corporal, que se crê ser individual, modela-se pela sociedade e pelas relações frutos da experiência (BARBOSA, 2011). Nesse ínterim, considera-se que a ideia de corpo como patrimônio individual, de uso independente, autônomo, que expressa o livre arbítrio das decisões sobre as questões que se colocam na vida prática recrudescer nas situações de adoecimento, principalmente, quando as pessoas estão em processo de hospitalização. De um modo geral, na internação hospitalar, as pessoas vivem a situação de dependência quanto aos cuidados de si e enquadram-se em uma ordem institucional não familiar a eles.

Esta nova experiência de cuidado de si (ou em cuidar de si) é marcada pela perda da autonomia sobre o próprio corpo imposta pela situação de dependência nos cuidados, o que implica em uma reacomodação do autoconceito de corpo/sujeito. Isto porque, no processo de crescimento e amadurecimento sócio-psíquico, a pessoa cada vez mais passa a ter autonomia e domínio, principalmente no que diz respeito ao seu corpo – usos e cuidados a ele ligados. Quando adoecido e, principalmente, hospitalizado, o sujeito sofre várias perdas advindas do processo da hospitalização, ao ter que se enquadrar às normas próprias que as instituições exigem. Assim, perde-se a autonomia

¹ Postura, modos (movimentos) de se alimentar, de se higienizar, nas práticas sexuais, técnicas esportivas, entre outras.

sobre como, quando e por que realizar alguns cuidados genéricos e específicos com o seu corpo, passando este domínio à equipe que se torna responsável pelo mesmo (FERREIRA et al., 2002). Acrescenta-se ainda, que no campo institucional da saúde, há valorização do discurso técnico-científico e o saber profissional se impõe.

Considerar os saberes práticos das pessoas sobre o cuidado contribui para a não reprodução das condições de submissão dos usuários aos profissionais, uma vez que lhes dá a possibilidade de participação no cuidado a partir de seus próprios saberes, não destituindo o domínio sobre o seu próprio corpo. Reconhecer a validade dos saberes práticos dos sujeitos implicados no cuidado em saúde colabora para a negociação, necessária para o processo de adesão às terapêuticas. E nesse sentido, o conceito de não hierarquização dos saberes e o reconhecimento da validade de todos os saberes - técnico, científico,êmico (senso comum) – considerando os seus fins, se aplica e dá ao sujeito o protagonismo sobre si e seu cuidado.

É fato que vivemos em uma cultura dominante que estimula a competição, a luta, a hierarquia, a autoridade, o poder, a justificação racional do controle e dominação dos outros por meio da imposição das verdades da ciência. Tais características conduzem à desconfiança daquilo que não seja fruto das certezas advindas do controle do mundo natural, a não aceitar os desacordos como legítimos e pontos de partida para uma negociação e tais concepções conduzem as estratégias de convencimento e correções uns aos outros. Toleram-se as diferenças com a esperança de que, um dia, elas deixarão de sê-las. Impõem-se os saberes técnicos-científicos em detrimento do saber do outro, restringindo a sua mobilidade em áreas nas quais este “outro” sempre teve pleno domínio (MATURANA, 2004).

Munidos do saber técnico-científico, muitas vezes os profissionais se apropriam do direito de decidir o que é ou não legítimo para o outro no campo do cuidado em saúde, estabelecendo uma relação hierárquica que produz e reforça comportamentos de obediência / subordinação. Mas o campo do cuidado, por ser um espaço potencial de relações e interações humanas, oferece possibilidades para que as pessoas transcendam e definam novas formas de convivência e estabeleçam uma rede de conversação que constitua uma cultura de cuidado, construída na intersubjetividade dos partícipes (FERREIRA; SILVA, 2018), entrelaçando conhecimento, linguagem, razão e emoção. A rede de conversação, conforme conceitua Maturana (2004), congrega as atividades e os afazeres humanos e, como tal, expressa a cultura que nos faz Humano.

Desta feita, o cuidado, como uma atividade humana, se expressa em uma cultura pessoal-profissional que se constrói e se reconstrói na relação intersubjetiva que se estabelece entre o

profissional e o usuário, e no terreno móvel das representações (que articulam conhecimento/informação e afetos) pode indicar alternativas para a sua negociação. E é exatamente nessa trama que repousa o potencial e também um dos desafios da pesquisa de representações sociais.

Há uma potência de possibilidades do modelo de produzir conhecimento quando se acessa o outro naquilo que ele tem de genuíno - seus saberes e afetos, mas também é preciso refinar as relações humanas para que a interação entre os envolvidos no processo ocorra e o acesso à subjetividade seja possível e produtivo. Nesse empreendimento, o treinamento teórico e uma entrevista em profundidade realizada com base em um roteiro de entrevista cuidadosamente preparado à luz dos conceitos e epistemologia da TRS são importantes aliados da pesquisa (SILVA; FERREIRA, 2012).

Vencido esse desafio, a pesquisa de representações sociais sobre o cuidado em saúde pode auxiliar para que sejam vencidos outros desafios das práticas de saúde. A geração de representações sociais sobre o cuidado no campo da saúde pode ajudar a desvelar os sujeitos envolvidos nesse processo, nos dando a conhecer as pessoas e suas inserções no mundo da vida e do trabalho, e fazendo emergir as subjetividades.

A compreensão com aceitação dos saberes e os lugares que cada qual ocupa em suas instâncias – técnico-científicos por um lado e senso comum/práticos de outro – é um desafio que se coloca na prática profissional do campo da saúde e é uma das condições para se implantar um cuidado congruente, ou seja, aquele que resulta da combinação do conhecimento ético e do conhecimento êmico, propósito que Ayres (2009) defende como aplicação da sabedoria prática no cuidado em favor das boas escolhas no cuidado em saúde. Para tanto, é preciso exercitar a negociação, a pactuação necessária a esta construção em um campo que, pela sua própria organização, prega a hegemonia dos saberes considerados legítimos – os da ciência biomédica.

As pessoas são dotadas de vontade e, embora muitos dos comportamentos humanos denotem passividade, a vontade não é passiva. A vontade expressa o domínio do sujeito sobre si. E é a manifestação da vontade que possibilita a libertação das amarras institucionais e a expressão de estratégias de fuga das normatizações que tornam as ações de cuidado preditivas e pouco criativas.

Compreender que os sujeitos são ativos e criativos nos processos de construção de seus saberes e que, portanto, podem tomar para si o protagonismo de suas ações, implica também na compreensão de que seus atos estão imersos em um contexto cultural-social, o que abre inúmeras possibilidades de soluções para os problemas que se colocam no cotidiano.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A despeito de toda a normatividade própria das culturas institucionais de saúde, as pesquisas de representações sociais sobre o cuidado em saúde podem trazer à tona as experiências dos profissionais no processo de cuidar e dos usuários na vivência deste processo, os afetos e os saberes de ambos e as suas disposições para compreender a necessidade de imbricarem tais saberes em favor de um sucesso prático terapêutico.

Considerar os saberes práticos das pessoas sobre o cuidado contribui para a não reprodução das condições de submissão dos usuários aos profissionais, ampliando as possibilidades de sua participação no cuidado e de maior domínio sobre si. A pesquisa, nesse caso, pode ser uma importante aliada, não só pela geração de conhecimento sobre o tema, mas por preparar os profissionais pesquisadores à luz de tais conceitos. Nesta condição, a própria pesquisa assume um papel estratégico colaborativo à clínica – eis, aqui, mais um desafio.

REFERÊNCIAS

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Organização das Ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade**, v.18, supl. 2, p. 11-23, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000600003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 ago. 2019.

BARBOSA, Maria Raquel; MATOS, Paula Mena; COSTA, Maria Emília. Um olhar sobre o corpo: o corpo ontem e hoje. **Psicol. Soc.**, Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 24-34, abr. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822011000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 ago. 2019.

BORGES, Moema da Silva; Queiroz, Lilian Silva; Ribeiro, Aldry Sandro. A gente não quer só remédio: representações de pacientes sobre o cuidado de enfermagem. **REME - Rev Min Enferm.**; 14(2):219-225, jan/mar, 2010. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/109>>. Acesso em: 14 ago. 2019.

DOURADO, Cláudia de Souza et al. Corpo, cultura e significado. **J Hum Growth Dev.** 2018; 28(2):206-212. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822018000200013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 14 ago. 2019.

FERREIRA, Márcia de Assunção. Teoria das Representações Sociais e Contribuições para as Pesquisas do Cuidado em Saúde e de Enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 214-219, jun. 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000200214&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 ago. 2019.

_____ et al. Cuidados fundamentais de enfermagem na ótica do cliente: uma contribuição para a enfermagem fundamental. **Esc. Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 387-396, dez. 2002. Disponível em: <http://revistaenfermagem.eean.edu.br/detalhe_artigo.asp?id=1130>. Acesso em: 14 ago. 2019.

_____; SILVA, Rafael Celestino da. Saberes e práticas de cuidado em saúde e relações com a clínica do cuidado de enfermagem. In: SILVA, Antonia de Oliveira; CAMARGO, Brígido Vizeu. **Representações sociais do envelhecimento e da saúde**. Natal: EDUFRN, 2018. p. 305-322.

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

_____. O movimento de retorno ao sujeito e a abordagem das representações sociais. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 679-712, set./dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922009000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 ago. 2019.

JUNGES, José Roque. Saberes populares e cientificismo na estratégia saúde da família: complementares ou excludentes? **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(11):4327-4335, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001200005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 ago. 2019.

LEININGER, Madeleine M. Leininger's theory of nursing: Cultural care diversity and universality. **Nursing Science Quarterly**, 1(4), 152-160, 1988. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/089431848800100408>. Acesso em: 14 ago. 2019.

MATURANA, Humberto. Conversações matrísticas e patriarcais. In: MATURANA, Humberto; VERDEN-ZOELLER, Gerda. **Amar e brincar: fundamentos esquecidos do humano**. São Paulo: Palas-Athena; 2004. p. 29-115.

MAUSS, Marcel. As técnicas corporais. In: MAUSS, Marcel. **Sociologia e antropologia**. São Paulo: EPU/EDUSP; 1974. v. 2; p. 209-233.

MARKOVA, Ivana. A fabricação da teoria de representações sociais. **Cad. Pesqui.**, São Paulo, v. 47, n. 163, p. 358-375, mar. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15742017000100358&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 ago. 2019.

MOSCOVICI, Serge. **A psicanálise, sua imagem e seu público**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

_____. **Representações Sociais: Investigações em Psicologia Social**. 7. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

QUEIROS, Paulo Joaquim Pina. Cuidar: da condição de existência humana ao cuidar integral profissionalizado. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, v. serIV, n. 5, p. 139-146, jun. 2015. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832015000200016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 ago. 2019.

ROSA, Milton; OREY, Daniel Clark. O campo de pesquisa em etnomodelagem: as abordagens êmica, ética e dialética. **Educ. Pesqui.**, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 865-879, dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-97022012000400006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 ago. 2019.

SÁ, Celso Pereira de. **Estudos de psicologia social: história, comportamento, representações e memória**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2015.

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani. Posfácio: conceituando o gênero. In: SAFFIOTI HIB; MUNOZ-VARGAS M (orgs.) **Mulher brasileira é assim**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; NIPAS; Brasília: UNICEF; 1994. p. 271-283.

SILVA, Rafael Celestino da; FERREIRA, Márcia de Assunção. Construindo o roteiro de entrevista na pesquisa em representações sociais: como, por que, para que. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 607-612, set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000300026&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 ago. 2019.

Cuidado em Saúde: É Possível Separar o Saber Científico do Saber de Senso Comum?

Health Care: Is It Possible To Separate Scientific Knowledge From Common Sense?

Atención En Salud: ¿Es Posible Separar El Conocimiento Científico Del Conocimiento Del Sentido Común?

Maria de Fátima de Souza Santos

UFPE

Recife, PE- Brasil

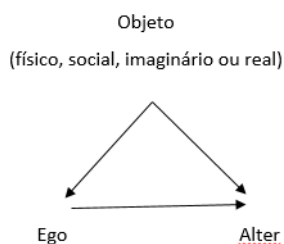
fatimasan@uol.com.br

O debate de ideias é o que move a pesquisa acadêmica e é o coração da atividade científica. O convite para discutir um trabalho apresentado por pesquisadores seniores ou pesquisadores em processo de formação, como é o caso das bancas de mestrado e doutorado, é uma oportunidade rica para nos debruçarmos e pensarmos juntos sobre um fenômeno, um tema ou um objeto de pesquisa. Nessa perspectiva, a atividade de pesquisa é, para mim, uma atividade coletiva por excelência. Agradeço, portanto, o convite para me inserir nesse debate sobre os desafios da pesquisa em representações sociais no campo do cuidado em saúde.

Como argumenta a autora do texto em debate, a pesquisa em representações sociais permite considerar o cuidado como um campo de negociação de saberes entre “o profissional que cuida e a pessoa a quem o cuidado se destina” e “(...) nesse ínterim, considerar a dimensão cultural implicada nas relações e as ações que envolvem o cuidado na saúde” (FERREIRA, 2019, p. 93).

Concordo com os argumentos utilizados e gostaria de acrescentar alguns pontos para o debate. A primeira questão que destacaria é que na base da teoria das representações sociais está a proposta de rompimento com o esquema clássico das teorias do conhecimento que considera apenas a relação ente o sujeito cognoscente e o objeto do conhecimento. Moscovici introduz um novo esquema, uma leitura ternária “dos fatos e das relações” (1984, p. 9). Ele propõe a construção de um “um olhar psicossocial” sobre os fenômenos humanos e sociais. Esse olhar psicossocial foi traduzido em um diagrama triangular que coloca em relação o sujeito do conhecimento (Ego), o objeto de conhecimento e o Alter.

Figura 1: Olhar psicossocial



Fonte: Olhar psicossocial, Moscovici (1984)

Nessa nova perspectiva, o sujeito do conhecimento não é um sujeito solitário em sua relação com o objeto de conhecimento. O olhar ternário proposto por Moscovici

leva a pensar o sujeito em sua relação com o objeto na e pela relação do sujeito com os outros e na relação dos outros com o objeto, duas dimensões ipso facto mediatizadas no que é empiricamente observável. A dinâmica das mediações constantemente desenvolvidas nesta ótica permite colocar as bases de uma leitura psicossocial dos fenômenos, ultrapassando o arbitrário da dicotomia “sujeito-objeto” e da oposição “individual-social”. (APOSTOLIDIS, 2006, p. 8)

Moscovici (1984) nos chamava a atenção de que toda relação com o objeto é mediada pelo outro. No campo da saúde aqui tratado, toda a relação com o cuidado deve levar em conta que tanto o sujeito que cuida quanto aquele a quem o cuidado se destina são sujeitos sociais e, portanto, são orientados por dinâmicas sociais interacionais, posicionais ou de valores e de crenças.

Se, de um lado, como afirma o argumento principal do texto em debate, temos que considerar que a pessoa que é cuidada traz para a relação um conjunto de saberes práticos construídos no jogo das relações sociais, por outro lado, o profissional que cuida traz para a interação não apenas um saber formal, científico. O profissional em saúde, como de resto todo profissional, não atua em um vácuo social.

Ao se estudar a prática profissional como um tipo de prática social é preciso levar em conta a negociação de saberes e a experiência vivida pelos próprios profissionais. Como afirmado em outra ocasião (SANTOS, 2016), a partir dos estudos desenvolvidos na Universidade de Toulouse II por Michel Bataille e seus colegas, Jodelet chama a atenção de que a prática profissional não é guiada apenas pelo saber científico e que é necessário se estabelecer

(...) uma diferença entre três tipos de representações das tarefas profissionais: 1) as representações compartilhadas na sociedade que constituem o recurso mental dos agentes no momento de sua entrada na formação; b) as representações socioprofissionais que são delineadas no curso da formação e 3) as representações profissionais que são cristalizadas no momento em que o agente exerce uma atividade profissional concreta. (2011, p. 25)

O profissional em saúde traz para o campo de sua atuação os saberes construídos na sua formação acadêmica, portanto, saberes científicos e técnicos, mas por ser humano e se constituir como sujeito em um mundo social, em que normas, valores, crenças, preconceitos, saberes de senso comum fazem parte do seu processo de socialização, não se pode afirmar que ele seja guiado apenas por um saber formal. Os trabalhos de pesquisa baseados na teoria das representações sociais sobre as práticas profissionais têm demonstrado a negociação de saberes formais e de senso comum que orientam as práticas profissionais.

Em um trabalho realizado com profissionais que atuavam na assistência a usuários de droga em diferentes serviços de uma rede de atenção psicossocial, Mota (2016) destaca os diferentes campos de referência que orientam a atuação dos profissionais no cuidado aos usuários de drogas.

(...) percebe-se que os profissionais apresentam diferentes saberes na compreensão do cuidado aos usuários de crack, álcool e outras drogas. Deste modo, destacam a importância da reforma psiquiátrica e conseqüentemente da Política Nacional de Atenção aos Usuários de Álcool e outras Drogas, mas os limites surgem ao mencionarem as dificuldades no lidar com o usuário de crack, realizar um trabalho em rede, como também quando se referem às precárias condições de trabalho (MOTA, 2016, p. 161-162)

Do mesmo modo, Alves (2016), ao investigar profissionais de saúde e de assistência e suas representações e práticas relativas à violência em uma rede de assistência, concluiu que são representações de objetos variados, os contextos de formação, as condições de trabalho, o gênero profissional, é a negociação entre saberes científicos, do senso comum e a experiência vivida que terminam por influenciar as práticas, ao mesmo tempo em que as práticas constroem representações sociais. Ao focalizar as práticas profissionais relativas à violência, a autora traz à tona o preconceito dos profissionais relativo à pobreza, à família pobre. Os profissionais explicam a violência como algo quase “natural” naquela população, decorrente de “famílias desestruturadas”. A violência é percebida como um componente de suas vidas.

Chama-nos a atenção nos diferentes trabalhos com profissionais, o conjunto de saberes que se articulam em torno da prática profissional e, sobretudo, as diferentes práticas das quais lançam mão os profissionais diante da realidade concreta. Face às dificuldades cotidianas, os profissionais buscam soluções e constroem normas e referências de trabalho (ALVES, 2016) que os levam muitas vezes a usar práticas aparentemente contraditórias.

A construção de diferentes saberes em um mesmo contexto, grupo social ou no mesmo indivíduo é o que Moscovici (1961) denominou de polifasia cognitiva. São as diferentes racionalidades que convivem simultaneamente no pensamento social. Assim, é possível usarmos o conhecimento científico e o conhecimento do senso comum simultaneamente para orientar e justificar nossas práticas. Podemos destacar como exemplo a dificuldade que têm os profissionais de saúde em pensar o idoso como uma pessoa que vive sua sexualidade. Essa dificuldade tem repercussões na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis nessa etapa da vida.

O texto de Márcia Ferreira problematiza a hegemonia do saber científico em nossa sociedade e nos faz refletir sobre o processo de interação que se estabelece entre o profissional de saúde e a pessoa que está sendo cuidada. A autora focaliza em sua argumentação a importância de se considerar os saberes de senso comum, os saberes práticos que o usuário traz para a relação. Ela defende, e eu concordo totalmente com sua argumentação, que

Considerar os saberes práticos das pessoas sobre o cuidado contribui para a não reprodução das condições de submissão dos usuários aos profissionais, uma vez que lhes dá a possibilidade de participação no cuidado a partir de seus próprios saberes, não destituindo o domínio sobre o seu próprio corpo. Reconhecer a validade dos saberes práticos dos sujeitos implicados no cuidado em saúde colabora para a negociação, necessária para o processo de adesão às terapêuticas (FERREIRA, 2019, p. 98).

Aliado a esse argumento, na medida em que colocamos o foco também no profissional e consideramos que ele não atua baseado apenas no saber formal, posto que ele também seja um sujeito social, tornamos ainda mais complexa a questão aqui apresentada. A ideia de Moscovici (1994) de que “o homem é filho e pai de seu tempo” se alia à ideia de que o universo reificado e o universo de senso comum se articulam no exercício da prática profissional. Concordamos com Márcia Ferreira ao considerar que os saberes do senso comum dos usuários sejam fundamentais para que não se reproduzam relações de submissão dos usuários aos profissionais. Acrescentamos, entretanto, a importância de focalizar os diferentes saberes que guiam a prática profissional e de considerar que, no contexto do cuidado, a atuação do profissional tem como referência o saber técnico-científico articulado com outros saberes, como valores, crenças e preconceitos, forjados na inserção social do profissional. Isso é fundamental para não reproduzirmos as relações de poder dos profissionais frente aos usuários.

REFERÊNCIAS

- ALVES, R. B. **Entre a rodoviária e a prisão sem muros**. Sentidos e práticas sobre violência para profissionais de uma rede assistencial. 2016. 482 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – PPG em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2016.
- APOSTOLIDIS, T. **Contexte social et rapport à la santé: une contribution psychosociale**. HDR, Laboratoire de Psychologie Sociale, Université d’Aix-Marseille, 2006.
- FERREIRA, M.A.F. Desvelar, Reconhecer e Convergir: Os Desafios de Pesquisar os Saberes Implicados no Cuidado em Saúde. **Intervozes: Trabalho, Saúde e Cultura**. Petrópolis: v.4, n.2, p.90-100, novembro2019.
- JODELET, D. Ponto de Vista: Sobre o movimento das representações sociais na comunidade científica brasileira. **Temas em Psicologia**, v.19, n.1, p. 19-26, 2011.
- MOSCOVICI, S. Introduction. Le domaine de la psychologie sociale. In: MOSCOVICI, S. (dir.) **Psychologie sociale**. Paris : P.U.F. , 1984, p. 5-22.
- MOSCOVICI, S. The proof of the pudding is still in the eating. Conferência ministrada na **II Conférence Internationale sur les Représentations Sociales**. Rio de Janeiro, 1994.
- MOTA, V. L. Drogas, políticas e formas de cuidado. In: SANTOS, M. F. S.; ALÉSSIO, R. L. S.; ALMEIDA, A. M. O. (org.). **Olhares entrecruzados sobre as drogas**: contribuições da psicologia social. Em: A perspectiva psicossocial no estudo das Brasília, DF: Technopolitik, 2016, p. 139-167.

SANTOS, M. F. S. Représentations sociales en Amérique Latine: histoire et évolution, Conferência apresentada na **XIII Conférence Internationale sur les Représentations Sociales**, Marseille, 2016.



La Producción De Conocimientos Y Saberes Implicados En El Cuidado De La Salud

The Production Of Knowledge And Wisdoms Involved In The Care Of Health
A Produção De Conhecimentos E Saberes Implicados No Cuidado Da Saúde

Noemí Graciela Murekian

Universidad Nacional de Córdoba
Córdoba, Córdoba-Argentina
noemimurekian@fibertel.com.ar

En primer lugar, agradezco la invitación de la Revista Intervozes para comentar los contenidos reflexivos y críticos expuestos por Márcia de Assunção Ferreira sobre la producción de conocimientos y saberes implicados en el cuidado de la salud como objeto de estudio psicosocial.

La autora deriva su análisis de las fuentes originales en que se generó y desarrolló la teoría y la investigación en representaciones sociales (MOSCOVICI, 1961,1976; HERZLICH, 1969; JODELET, 1989). Encuadre que proviene del particular interés en torno a objetos y procesos inscriptos en el campo de la salud/salud mental a partir de los cuales fue posible fundar una epistemología del sentido común. La autora destaca las tensiones que revelan tales estudios y la vocación por abordarlas en su multidimensionalidad. De este modo, la distinción entre conocimiento científico / saber profesional, y conocimiento cotidiano / saber del sentido común, se constituirá en el eje a partir del cual estructurará y fundamentará su debate.

La intensión de atravesar la dinámica interactiva de los actores sociales que coparticipan en tales tensiones no sólo subraya su relevancia teórica y empírica, sino también su dimensión ética y práctica. Es decir, en lo que concierne a la calidad de las acciones desarrolladas en el terreno de la salud pública. La autora convoca así a asumir el desafío de investigar y hacer explícito el compromiso múltiple que aflora en cada momento del cuidado de la salud en los niveles subjetivo, inter-subjetivo y trans-subjetivo. Niveles que recuerdan las tres esferas de imbricación de las representaciones sociales en un espacio-tiempo de intervención: *no hay intervención que no tome en cuenta las RS* (JODELET, 2007, p. 197). Y si bien su interés no se detiene específicamente en la calidad de la intervención biomédica, ésta es interpelada a partir de una propuesta superadora que alienta las posibilidades de enriquecerla resituando los saberes profesionales y cotidianos en un plano de cooperación *a favor de un logro práctico terapéutico* (FERREIRA, 2019, p.98).

En efecto, el cuidado como *práctica social* (FERREIRA, 2019, p. 90 y 92) se desarrolla tanto en la intimidad del autocuidado como en el cuidado familiar, en la interacción con los especialistas, así como dentro del ámbito social e institucional que los contextualiza y contiene. Parafraseando a Denise Jodelet (2007): no existe individuo aislado, no existe pensamiento desencarnado (el cuerpo, el pensamiento y el sentir de un sujeto están implicados en su propio cuidado), existe un contexto social de integración e inscripción (en el cual especialistas y no especialistas, usuarios y familiares,

producen y recrean saberes técnicos y legos), y un espacio social y público (en el que las normas intervienen delimitando criterios, políticas y campos de actuación).

No obstante, la historia de la hegemonía del modelo biomédico¹ interviene en el momento en que un sujeto que padece y requiere asistencia hospitalaria, delega su capacidad de autocuidado - *cuidado émico*² (FERREIRA, 2019, p. 93) en un otro que detenta el poder otorgado por la ciencia médica y sus y las instituciones - *cuidado ético* (FERREIRA, 2019, p. 94). Un poder que se traduce en acciones políticas que naturalizan ese poder y, por lo tanto, conllevan el riesgo de reforzar viejas dicotomías y de eclipsar las posibilidades de un intercambio fluido y solidario de saberes.

Frente a tales riesgos, el componente antropológico (MAUSS, 1930) y sociológico (SAFFIOTI, 1994) convocados por la autora, horizontalizan la cultura compartida y *desnaturalizan* el sentido del cuerpo, socializándolo. De esta manera, los diferentes actores sociales del cuidado se igualan en términos de producción de saberes en el mismo ámbito y devenir de su interacción. Contexto de vida que destaca la necesidad de un proceso negociador de sentidos en el que se encuentran mutuamente involucrados. De allí el desafío que implica estudiar las representaciones sociales en un medio poco afín a la valoración del saber cotidiano, popular, y por ello, expuesto al clivaje y dislocación de saberes en el campo de las acciones sanitarias del cuidado.

La investigación interdisciplinaria que se infiere de su propuesta, descubre y expone la compleja gravitación de las representaciones sociales en el cuidado sin por ello negar los saberes profesionales. En efecto, la convergencia y mutua implicación entre los saberes experienciales (JODELET, 2015) y profesionales remiten a un plano social en el que se dirimen luchas de atribución de sentido y de incumbencia.

Sandra Jovchelovitch lo ha expresado en términos genéricos:

La representación social es también un saber, que no puede ser considerado idéntico al de la ciencia, pero no por eso pierde racionalidad. Más bien, asume "otra" racionalidad. Esa racionalidad posee lógica propia, que debe ser entendida y considerada en términos propios, y no con referencia a un patrón lógico ideal, que niega la variación de los fenómenos cognitivos concretos y su realización en varios contextos humanos (JOVCHELOVICH, 2011, p. 9).

En suma, un campo de estudio cuya materialización brindaría insumos para la comprensión cualitativa de la producción de saberes en el campo de la salud y el cuidado, referente socio-histórico y psicosocial de cierta *polifasia cognitiva* (MOSCOVICI, 1976, p. 286). Es decir, aquella objetivada en

¹ El antropólogo Eduardo Menéndez lo caracterizó como Modelo Médico Hegemónico (1988, 1998).

² Concepto que la autora retoma y desarrolla a partir de Leininger (1991) y también de Rosa y Orey (2012).

la coexistencia dinámica de distintas modalidades de conocimiento que se corresponden con las relaciones definidas entre los sujetos y su contexto³.

Desde la óptica jodeletiana, la propuesta investigativa en debate, al involucrar prácticas y experiencias cotidianas del cuidado en salud, aportaría tanto al conocimiento empírico de su propia facticidad como al conocimiento teórico de situaciones concretas (JODELET, 2007, p. 197). Assunção Ferreira revalidaría con ello la importancia de este gran contexto colectivo connotado por *saberes, afectos y pasiones* cotidianas (FERREIRA, 2019, p.93) aun cuando las acciones técnicas lo atraviesen vía las prácticas de intervención médica.

En la disputa de los saberes, en el campo de la clínica del cuidado en salud, no se puede negar que el cuerpo posee una estructura biológica que le brinda una dimensión material a la existencia del ser humano, pero se debe comprender su dimensión socio-histórica-cultural, ya que no se puede disociar al ser humano de la sociedad en la cual se inserta (FERREIRA, 2019, p.94).

La autora ha buscado desmitificar el conocimiento científico en el terreno del cuidado cuando éste se apropia hegemónicamente del mismo. Al hacerlo, ha valorizado epistemológicamente la experiencia cognitiva del sujeto. De allí que el presente debate se sostenga en un contexto de diversidad de saberes, experiencias y derechos:

Frente al nuevo orden ético del cuidado y de la educación terapéutica (Jouet & Flora, 2010), el "saber experiencial" convierte al "paciente" en un "especialista" que puede compartir su saber con otros actores intervinientes en su mundo y su contexto de vida particular (JODELET, 2015, p. 75).

En resumen, es en la interface de la clínica, la investigación y la participación de los usuarios en el cuidado de la salud que el aporte de Márcia de Assunção Ferreira cobra su mayor sentido y aspiración. Rescato su visión activa y creativa de los sujetos en los procesos de construcción de los saberes, así como sus potenciales consecuencias: evitar la reproducción acrítica e irreflexiva de las condiciones de sumisión de los usuarios a los profesionales. Y agregaría: siempre que este giro contribuya al cuidado de su salud, condición que necesariamente implica investigar cada caso y cada contexto en su especificidad, apelando al estudio de las representaciones sociales. Aquí parece radicar el objetivo transformador de la autora: favorecer la libertad de elección y de participación del sujeto en el habitado campo del cuidado en salud.

REFERENCIAS

FERREIRA, M.A.F. Desvelar, Reconhecer e Convergir: Os Desafios de Pesquisar os Saberes Implicados no Cuidado em Saúde. **Intervozes**: Trabalho, Saúde e Cultura. Petrópolis: v.4, n.2, p.90-100, novembro 2019.

HERZLICH, C. **Santé et Maladie**. Analyse d'une Représentation Sociale. Paris: L'EHESS, 1984.

³ En pág. 5, Assunção Ferreira lo refiere en otros términos: *O cuidado tem um conceito polissêmico, construído por referenciais da ciência, tecnologia, filosofia, com conotação técnico-profissional, intencional, atitudinal, traduzido em práticas que envolvem relações humanas (QUEIROZ, 2015).*

JODELET, D. **Folies et représentations sociales**. Paris: PUF, 1989.

JODELET, D. Experiencia y representaciones sociales. In: E. Romero (ed.) **Representaciones sociales. Atisbos y cavilaciones del devenir de cuatro décadas**. Puebla: Ed. BuaP, 2004.

JODELET, D. Imbricaciones entre representaciones sociales e intervención. In: RODRIGUEZ SALAZAR, T., GARCIA CUIEL, M-L (coords.) **Representaciones sociales**. Teoría e investigación. Universidad de Guadalajara, 2007, p. 191-217.

JODELET, D. O encontro dos saberes. En: CORREIA JESUÍNO, J.; MENDES R. P., F.; LOPES, M. J. (orgs.): **As representações sociais nas sociedades em mudança**. Petrópolis, Brasil: Editora Vozes, 2015, p.59-79.

JOUET, E. & FLORA, L. Usagers-experts : la part du savoir des malades dans le système de santé. **Revue Pratiques de Formation**, n. esp., 2010.

JOVCHELOVICH, S. Representações sociais e polifasia cognitiva: notas sobre a pluralidade e sabedoria da Razão em Psicanálise, sua imagem e seu público. In: ALMEIDA, A. M. DE OLIVEIRA, SOAUZA, M. DE F., & TRINDADE, Z. (eds.) **Teoria das representações sociais – 50 anos**. TechnoPolitik Editora, Rio de Janeiro, 2011, p. 159-176. Versión on line: LSE Research pp. 1-10: <http://eprints.lse.uk/38411/>

MAUSS, M. As técnicas corporais. In: MAUSS, Marcel. **Sociologia e antropologia**. São Paulo: EPU/EDUSP; 1974, v. 2, p. 209-233.

MENENDEZ, E. Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. In: **Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud**, Buenos Aires, 30/04/1988, p. 451-464.

MENENDEZ, E. Modelo Médico Hegemónico. Reproducción técnica y cultural. In: **Natura Medicatrix**. n.51, octubre 1998.

MOSCOVICI, S. **La psychanalyse, son image et son public**. Paris: PUF, 1976.

SAFFIOTI, H.I.B. Posfácio: conceituando o gênero. In: H.I.B. SAFFIOTI, M. MUNOZ-VARGAS, organizadores. **Mulher brasileira é assim**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos: NIPAS; Brasília: UNICEF, 1994, p. 271-283.



Internación Y Cuidados. Retos Para La Investigación En Representaciones Sociales

Hospitalization And Care. Challenges For Research In Social Representations

Hospitalização E Cuidados. Desafios Para A Pesquisa Em Representações Sociais

María Cristina Chardon

UNQ/UBA

Buenos Aires, BA-Argentina

crischardon@gmail.com

The term "beautiful" must be reserved for an idea that can lead to the discovery of more ideas, and for an invention that is fruitful to future inventions. Moscovici's "oeuvre" has never been a project for pure imitative repetition or replication as it is often the case in psychology. His work proposes itself as an impulse to open new avenues of discovery. It is in this sense that Psychoanalysis, its image and its public is to be considered seminal: it gave rise to new invention (JODELET, 2008)

La lectura del artículo de Marcia nos produce inquietud, turbación, interrogantes teóricos y preguntas metodológicas en el campo de la teoría de las representaciones sociales. ¿Por qué? Porque se propone problematizar la hegemonía de la clínica en su confrontación con los saberes tanto de profesionales como de los usuarios del sistema de salud. Expresa su intención de "reflexionar sobre los saberes implicados en el cuidado en salud" tanto en las personas, familias y colectividades como en las actividades profesionales. Más específicamente entre los saberes técnicos científicos, universos reificados por la ciencia y los de los usuarios. Es decir se introduce de lleno en poner en diálogo y en discusión ambos conocimientos.

Quiero destacar especialmente su contribución a pensar en estos tópicos asociados a la internación. Problematisa especialmente las tensiones producidas entre los saberes profesionales técnico científicos asociados a las temáticas del cuerpo; las cuestiones de la institucionalización hospitalaria con sus singularidades epocales y locales, entramadas con los saberes y prácticas de los usuarios de los sistemas de salud todavía sometidos al poder de la medicina.

Dicho de otra manera se introduce desde los primeros renglones en el núcleo duro de la teoría de las Representaciones Sociales ya que va a trabajar y a reivindicar como lo hace Moscovici (1979) al sentido común. El conocimiento vulgar que los "savant amateur", sabios aficionados han podido construir en el campo de la cultura sobre los cuidados. Y elige un escenario privilegiado: la internación hospitalaria y la situación de dependencia que genera. ¿Cómo se entraman en ese contexto particular, territorio de múltiples campos profesionales, los conocimientos y prácticas de profesionales y usuarios.

Desde nuestro punto de vista, (CHARDON, 2012,2017) los "cuidados" (*care, soín*) como objeto de estudio de las ciencias sociales, emergen a partir de las luchas de los grupos feministas para lograr el voto, en la Inglaterra de fines del siglo XIX. Ellas son las que corren el velo que arropaba la

naturalización, falta de remuneración y desvalorización que los cuidados femeninos habían tenido hasta ese momento de la historia. Habían estado recluidos en el campo de lo doméstico y familiar durante siglos, por una sociedad patriarcal, capitalista, heterosexual, blanca, occidental, cristiana.

Cuando se habla de los cuidados como legado de los feminismos y como toma de conciencia de los DESC, Derechos Económicos, Sociales y Culturales consagrados por las Naciones Unidas en 1967 en el que aparece el derecho a cuidar y ser cuidado, como uno de los Derechos Humanos nos interpela una pregunta: ¿estos “cuidados” de los que hablamos hoy, tienen el mismo estatuto epistemológico que lo que se sostiene en el sentido común como cuidados? Y los profesionales como han incluidos el tema de los derechos en sus conceptualizaciones y prácticas?

O dicho de otra manera, ¿cómo indagar desde lo metodológico, si la dimensión de los derechos está contenida, tenida en cuenta, en las representaciones sociales de cuidados de los usuarios? Pero también y al mismo tiempo en forma solidaria, en la de los profesionales. No sólo en sus concepciones, sino ¿sus prácticas incluyen esa dimensión? ¿Cómo?, ¿de qué manera?, ¿cuándo? ¿Y los sistemas de salud? Han incluido estos derechos en la organización de la vida cotidiana de los mismos?

En la tradición de las representaciones sociales, se nos impone como asociación, el trabajo pionero de Denise Jodelet (1989) en la localidad de Ainay-le-Chateau, en la Francia de los ochentas.

Allí Jodelet en su indagación sobre temas de salud mental, en particular las condiciones de producción de la convivencia en las granjas de la localidad, entre sufrientes mentales y personas de la comunidad, da particular preeminencia en sus elecciones metodológicas, al hecho de que la vida cotidiana se produce en la institución familiar. La observación participante va a ser la llave que le permita abrir ese mundo de convivencia ya que las representaciones sociales se ponen en acto en las prácticas cotidianas. Y como están inscriptas tanto en el lenguaje como en las prácticas, esto le marca el camino de los abordajes multimetodológicos o plurimetodológicos que se mencionan desde hace tiempo, tanto en las CIRS como en las JIRS.

Cuando Markova (1996) se ocupa de las dimensiones epistemológicas de las representaciones sociales señala “a diferencia de la mayoría de las teorías del conocimiento lego, la teoría de las representaciones sociales se ocupa de la interdependencia de los procesos de pensamiento conscientes (reflexivos) y no conscientes (habituales, automatizados)” (MARKOVA, 1996, p.163).

La problematización metodológica será, teniendo en cuenta la experiencia jodeletiana y la reflexión markoviana ¿a través de qué procesos se presentarán las representaciones sociales que se intenta descubrir en cada investigación? No se trata de recetas o de protocolos de prescripciones, sino del marco teórico y de interrogantes específicos que cada situación objeto de investigación nos presenta. Es por eso que el abordaje a través de una sola técnica resulta totalmente insuficiente para

acceder a los múltiples aspectos que incluyen las representaciones sociales: cognitivos, afectivos, valorales, culturales, ético-políticos y sus dimensiones en las prácticas.

Se cuele el tema de los tiempos y sus formas de indagación. Los tiempos de los cuidados que se entran en la vida cotidiana, pero particularmente en la internación hospitalaria. ¿Cómo se negocian esos tiempos, con los tiempos instrumentales del hospital? Se superponen, se hacen visibles y se puede hablar de ellos. ¿Se imponen o se respetan? ¿Quiénes son los interlocutores por el hospital: los médicos, las enfermeras, los reglamentos, los horarios de visita? ¿Y por los usuarios? ¿Son los familiares, las/los mismos usuarios? ¿Hay situaciones especiales, para las personas de mayor vulnerabilidad, niños, discapacitados, sufrientes mentales, adultos mayores? ¿Cómo indagarlos? ¿Con entrevistas en profundidad, solamente? ¿Cómo observar las prácticas? Las de los profesionales quizás en sus rondas, en los ateneos. La de los usuarios, con sus familiares, en las salas de espera, en sus momentos de reflexión. En las entrevistas conjuntas?

Genera un diálogo fecundo con los conceptos de técnicas corporales de Marcel Mauss, para llamar nuestra atención sobre cómo la medicina biologicista sigue conceptualizando y tomando los cuerpos en sus prácticas. Nos abre interrogantes sobre el auto-cuidado y lo que Foucault ha llamado “el cuidado de sí”, la *epimeleia heautou* que los griegos consagraron en su mundo cultural.

Toma en cuenta y nos introduce en las temáticas de la supremacía del discurso de la ciencia y en ocasiones de su impotencia, para poner énfasis en los procesos de negociación de los saberes de legos y profanos en la internación. Nos llama la atención sobre los procesos de “corresponsabilidad terapéutica”. Son estos desafíos los que la autora señala muy claramente, para realizar investigaciones de cuidados en salud dentro del ámbito hospitalario.

¿Es posible acelerar los tiempos de pasaje entre el reconocimiento encarnado en norma jurídica, (el derecho a cuidar y ser cuidado) y el ámbito de lo social, que sea aceptado, reconocido y ejercido por todos? ¿Cómo actúan el poder, las creencias religiosas, la presencia en las agendas públicas, los aspectos económicos, para que se logre la apropiación de ciertas temáticas como los cuidados, la desmanicomialización, la inclusión de todas las diferentes minorías? ¿Cómo afectan en la construcción de subjetividad de pacientes y profesionales estos tópicos?

Genera nuevas preguntas sobre la adherencia a los tratamientos y su interrelación con los saberes del sentido común y el pensamiento de la ciencia sostenido por profesionales de diferentes disciplinas.

Retoma en las consideraciones finales los aspectos creativos tenidos en cuenta en la construcción moscoviciana de las representaciones sociales, al considerar fundamental la construcción de un sujeto epistemológicamente activo. ¿Cómo capturar la creatividad en los sistemas de salud, en profesionales y usuarios que puedan dar cuenta de los avances en las consideraciones del bienestar y la calidad de vida?

Todo el artículo de Marcia me despierta inquietudes metodológicas. ¿Cómo se indaga en ese terreno de disputas, en ese campo de tensiones en lo que ella misma llama “duelo constante entre lo instituido y lo instituyente”?

Al comienzo del artículo cito a Jodelet que señala lo hermosas que son las ideas fructíferas, las ideas o propuestas cargadas de sentidos, que abren a nuevas ideas. Ese es el sentido “fructífero” que me ha producido la lectura. Muchos interrogantes que se abren desde lo que plantea Marcia al citar autores con los que dialoga o situaciones que describe. De adentro y de afuera de las Representaciones Sociales, pero con repercusiones y sentidos profundos que espero haber podido mostrar.

REFERENCIAS

CHARDON, M.C. Representaciones sociales. Los actores, las instituciones y las practicas. En: CHARDON, M. C.; MUREKIAN, N. G .SCAGLIA H. A.. **Investigaciones en Representaciones sociales en Argentina**. Problemas teóricos y producción empírica. Prólogo de Denise Jodelet. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes, 2017.

CHARDON, M.C. El “cuidado” como problema público y político. En la encrucijada entre maternaje-paternaje e inclusión. En: PEREGALLI, Andrés et al. **Maternidades, paternidades y adolescencias**. Construirse hombre y mujer en el mundo. Relatos a viva voz. Buenos Aires, México. Novedades Educativas, 2012.

FRANCO, T.B.; MERHY, E. E.: El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. **Salud Colectiva**. Buenos Aires, v. 7, n.1, p. 9-20. Enero-Abril, 2011.

FOUCAULT M. **El nacimiento de la clínica**. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores; 2008.

JODELET, D. Social Representations : a beautiful invention. **Journal for the Theory of Social Behaviour**. v.38, n.4, p. 411 – 430. December, 2008.

JODELET, D. **Folies et representations sociales**. Paris. PUF, 1989.

MARKOVA, I. En busca de las dimensiones epistemológicas de las representaciones sociales. En: PÁEZ, D. y BLANCO, A. **La teoría sociocultural y la psicología social actual** . Madrid: Fundación Infancia y Aprendizaje. España, 1996.

MOSCOVICI, S. **El psicoanálisis su imagen y su público**. Buenos Aires: Editorial Huemul, 1979.



Acerca De Saberes E Práticas E Sobre Como Contemplá-los Nos Cuidados Em Saúde: Elementos Para Instruir Debates, Pesquisas E Ações.

About Knowledge And Practices And How To Contemplate Them In Health Care: Elements To Instruct Debates, Research And Actions

Sobre El Conocimiento Y Las Prácticas Y Cómo Contemplanlos En La Atención De La Salud: Elementos Para Instruir Debates, Investigaciones Y Acciones.

Márcia de Assunção Ferreira

EEAN/UFRJ

Rio de Janeiro, RJ, Brasil

marcia.eean@gmail.com

O convite para produzir um texto para integrar o número da Revista *Intervozes* sobre *Os desafios da pesquisa sobre Representações Sociais em Saúde* foi recebido por mim com muita alegria, afinal, venho me dedicando aos estudos da Teoria das Representações Sociais desde meados da década de 1990, e a cada leitura e debate se ampliam os saberes, as práticas e também as descobertas de que ainda há muito que aprender. Trata-se de uma Teoria viva, em constante evolução do ponto de vista epistemológico e metodológico, haja vista as novidades que sempre se apresentam nos eventos que ocorrem anualmente e que reúnem a comunidade científica que a aplica, e também aqueles que estão se iniciando no processo de aprendê-la e aplicá-la.

O lugar de fala do artigo produzido e posto em debate é o do cuidado em saúde, fruto da experiência de 31 anos de atuação no campo da Ciência e da Arte de cuidar, especificamente no da Enfermagem. Nessa trajetória, muitas foram as situações que nos colocaram frente aos desafios de lidar com as pessoas, nas suas mais diversas potências de vida, com alegrias e também sofrimentos. E muitas foram as oportunidades de diálogo com os mais variados grupos profissionais e populacionais, razão pela qual se justifica a eleição em debater o desvelamento, reconhecimento e a convergência dos saberes implicados no cuidado em saúde e os desafios que isto traz para o campo da clínica do cuidado e, por conseguinte, para a pesquisa.

Os debates que o artigo provocou e que constam dos textos das três pesquisadoras, Noemí Graciela Murekian, Maria de Fátima de Souza Santos e Cristina Chardon, reafirmam a hegemonia do saber científico que marca a dimensão profissional do cuidado, uma vez que a biomedicina se põe como representante da Ciência na validação das práticas socioinstitucionais (TESSER; LUZ, 2008). Não obstante, o cuidado, tratado no artigo em tela, é concebido no âmbito de dimensões técnicas e expressivas, que se concretizam na interação humana, e uma de suas características é o de se constituir em uma rede de conversação, que implica em:

Teia de trocas de saberes, com conteúdos técnicos, populares, importantes para a ampliação do conhecimento; ações de estímulo à construção de saberes, de representações sobre o cuidado e outros aspectos afins que envolvem o encontro do profissional e seus clientes (FERREIRA; SILVA, 2018, p. 309).

Por conseguinte, na clínica do cuidado interagem racionalidades que articulam lógicas que orientam práticas terapêuticas, sejam elas sustentadas nos domínios biomédicos, sejam nos domínios dos saberes não especializados, leigos, e porque não dizer na hibridez que resulta da articulação de todos eles. Esta é a problemática que sustenta o artigo, nos desafios que esta complexa circulação de saberes traz para a educação terapêutica e para a tomada de decisão acerca dos atos de cuidado em saúde.

Noemí Graciela Murekian torna mais evidente esta questão, quando traz à tona a valorização epistemológica da experiência cognitiva do sujeito e a coloca no campo da ética que circunda a educação terapêutica amparada em Jodelet (2015), ao afirmar que o "*saber da experiência*" converte o "*paciente*" em um "*especialista*". Nesse sentido, a ética implicada no atendimento aos usuários abrange não somente a aplicação dos saberes especializados dos profissionais em favor da segurança e das melhores abordagens possíveis à clínica, mas também à inclusão do usuário no seu processo de atenção, no respeito à sua autonomia e ao seu corpo e sua vida, no que Chardon destaca em seu debate como sendo um dos desafios da clínica: os processos de "*corresponsabilidad terapéutica*".

Esta corresponsabilização, quando e se entendida pelos envolvidos no cuidado, nos põe frente a outros desafios, um deles posto em debate de forma mais contundente por Maria de Fátima de Souza Santos sobre se é possível separar o saber científico do saber do senso comum. E tal questão provoca reflexões sobre a conformação dos saberes no encontro entre sujeito e objeto mediado por uma teia de relações. Em razão disso, a interação das racionalidades que se objetiva na polifasia cognitiva dos envolvidos nos processos de cuidar deve ser considerada no campo do cuidado em saúde - polifasia que ganhou destaque também no texto de Noemí Graciela Murekian.

Reconheço a importância crucial que o conceito de polifasia cognitiva tem para os estudos de representações sociais, mormente quando nos impomos o desafio de estudar e investigar os saberes da saúde e do cuidado, e por isso considero que os debates que o trouxeram foram a propósito de nos dar uma grande contribuição ao diálogo. Nossa posição é a de que esta polifasia enriquece as possibilidades de cuidado, uma vez que não se nega a aplicabilidade da lógica linear e objetiva da ciência e da lógica plural, complexa e subjetiva do pensamento leigo, como classifica Silva e Alves (2011), mas se reconhece a necessidade de consciência sobre ela, de modo que seja desvelada, reconhecida para que possamos convergi-la nas negociações com os usuários dos serviços de saúde e construir práticas de cuidados éticas e solidárias (FERREIRA, 2012).

Um dos caminhos para que essa consciência aflore pode ser percorrido com a aplicação da Teoria das Representações Sociais, que com sua pluralidade metodológica e sua sutil vocação criativa de

abordagem pode nos auxiliar “no entendimento do entrecruzamento de saberes médico-científicos com os saberes tradicionais, no desvendar do mosaico formado pela teia de significados e de valores socialmente partilhados que conformam os cuidados em saúde” (FERREIRA, 2016, p. 214).

Não obstante, a pesquisa sobre tais saberes e seus entrecruzamentos no campo da saúde desperta muitas inquietações metodológicas, como nos indica Maria Cristina Chardon, em face das disputas, domínios de poder e duelos entre o instituído e o instituinte. Neste objetivo, no campo da investigação científica tem-se avançado muito nos debates sobre modelos de pesquisa, quantitativos e qualitativos, na proposição de métodos e técnicas apropriados para responder as questões de pesquisa, a natureza do que se pretende conhecer e as respostas que se pretende dar (AUGUSTO, 2014).

Logo, as inquietações são legítimas, mas ressalta-se que a questão trazida pelo artigo ao debate informa que métodos/técnicas que coloquem os sujeitos nos centros dos processos produtores de conhecimento seriam as mais apropriadas por valorar aquilo que somente eles podem evidenciar - as suas próprias experiências e vivências, seus saberes e práticas construídos nas suas trajetórias de vida, as marcas em seus corpos e sentimentos. Salvo melhor juízo, o melhor caminho a trilhar na investigação sobre os saberes sobre a saúde e as práticas de cuidado nesse campo são os métodos/técnicas que evidenciem pesquisas “com” seres humanos e não “em” seres humanos, como nos incita debater Carnut (2019).

Na defesa de um movimento em que o sujeito/usuário seja o protagonista e assuma o domínio sobre si nos cuidados de sua saúde, há que se construir uma nova epistemologia no campo da saúde com revisitação de diferentes saberes e práticas que destituam a hegemonia da racionalidade biológica e se abra ao intercâmbio de diferentes sistemas culturais (NASCIMENTO et al., 2013). E nesse propósito, as representações sociais são importantes aliadas quando consideradas como matéria-prima na clínica e nos processos de cuidar.

REFERÊNCIAS

AUGUSTO, Amélia. Metodologias quantitativas/metodologias qualitativas: mais do que uma questão de preferência. **Forum Sociológico** [Online], 24 | 2014, publicado online em 01 nov. 2014. Acesso em 08 dez. 2019. Disponível em: <http://journals.openedition.org/sociologico/1073>. DOI: 10.4000/sociologico.1073

CARNUT, L. Pesquisa social ou pesquisa qualitativa? Uma dis(des)cu(constru)ss(ç)ão em pauta na saúde coletiva. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 170-180, Mar. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000100170&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 dez. 2019. Publicado em: 06 mai. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201912013>.

FERREIRA, M. de A. Sobre a solidariedade e a solicitude no cuidado de enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [S.l.], v. 2, n. 1, abr. 2012. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/5150>>. Acesso em: 04 dez. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.5902/217976925150>.

_____. Teoria das Representações Sociais e Contribuições para as Pesquisas do Cuidado em Saúde e de Enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 214-219, jun. 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000200214&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 04 dez. 2019. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160028>.

_____; SILVA, R. C. da. Saberes e práticas de cuidado em saúde e relações com a clínica do cuidado de enfermagem. In: SILVA, Antonia de Oliveira; CAMARGO, Brígido Vizeu. **Representações sociais do envelhecimento e da saúde**. Natal: EDUFERN, 2018. p. 305-322.

JODELET, D. O encontro dos saberes. In: CORREIA JESUÍNO, J.; MENDES R. P., F.; LOPES, M. J. (orgs.): **As representações sociais nas sociedades em mudança**. Petrópolis, Brasil: Editora Vozes: 59-79, 2015.

NASCIMENTO, M. C. do et al. A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, p. 3595-3604, dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 dez. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001200016>.

SILVA, L. F. da; ALVES, F. Compreender as racionalidades leigas sobre saúde e doença. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1207-1229, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000400003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 dez. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312011000400003>.

TESSER, C. D.; LUZ, M. T. Racionalidades médicas e integralidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 195-206, fev. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 dez. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000100024>.