

# ESTUDO SOBRE AS SIGNIFICAÇÕES DE SAÚDE E DOENÇA EM CLIENTES HOSPITALIZADOS NO HOSPITAL SAMUEL GREVE EM MIRASSOL D'OESTE-MT

Ana Paula Ribeiro Fernandes<sup>1</sup>

Jeysson Ricardo Fernandes da Cunha<sup>2</sup>

## RESUMO

Trata-se de uma pesquisa sobre as representações sociais de clientes hospitalizados sobre o processo de saúde e doença. Buscou-se compreender as redes de significados dos sujeitos no processo de internação no ambiente hospitalar. Como aporte teórico, foram utilizadas a Teoria das Representações sociais e os processos formadores das representações sociais (MOSCOVICI, 2013; JODELET 2001), Psicologia Social e Saúde (SPINK, 2013). A referente pesquisa obteve participação oito clientes hospitalizados de um hospital público de Mirassol D'Oeste/MT, com idade entre 22 e 75 anos. Para a produção de dados, foram utilizados alguns instrumentos para coleta de dados, iniciando com a observação participante durante um período e logo em seguida foi realizada a entrevista com roteiro semiestruturado. Os dados produzidos foram analisados por meio de perspectiva de Núcleos de Significação (AGUIAR; OZELLA, 2006) que possibilita compreender os indivíduos por meio de seus sentidos e significados. Os dados anunciam três categorias representadas pelos clientes, *o hospital como um lugar de sofrimento, Saúde como condição de "normalidade" e O processo de adoecer e suas implicações*. No processo de internação os clientes compreendem que estar saudável significa estar livre de algum tipo de doença, além de sentir falta do conforto do lar e da autonomia para realizar suas atividades cotidianas

**Palavras-chave:** Significação. Hospitalização. Representações Sociais. Sofrimento. Adoecer.

## STUDY ON THE MEANINGS OF HEALTH AND DISEASE IN HOSPITALIZED CLIENTS AT SAMUEL GREVE HOSPITAL IN MIRASSOL D'OESTE-MT

### Abstract

This is a research about the social representations of hospitalized clients about the health and disease process. It was sought to understand the networks of meanings of

---

<sup>1</sup> Psicóloga. Graduada pela Faculdade de Quatro Marcos em São José dos Quatro Marcos/MT. E-mail: [anapaula\\_ribeiro1@hotmail.com](mailto:anapaula_ribeiro1@hotmail.com).

<sup>2</sup> Psicólogo. Mestre em Educação pela Universidade Federal de Mato Grosso. E-mail: [jeyssonrf10@gmail.com](mailto:jeyssonrf10@gmail.com).

the subjects in the process of hospitalization in the hospital environment. As a theoretical contribution, the Theory of Social Representations and the processes that formed the social representations (MOSCOVICI, 2013, JODELET, 2001) were used, Social Psychology and Health (SPINK, 2013). The referent survey was attended by eight hospitalized clients of a public hospital in Mirassol D'Oeste/MT, aged between 22 and 75 years. For the production of data, some instruments were used for data collection, starting with participant observation during a period and immediately afterwards the interview with semi-structured script was performed. The data produced were analyzed through a perspective of nuclei of meaning (AGUIAR; OZELLA, 2006) that makes it possible to understand individuals through their meanings and meanings. The data announce three categories represented by customers, the hospital as a place of suffering, Health as a condition of "normality" and The process of becoming ill and its implications. In the process of hospitalization clients understand that being healthy means being free of some type of illness, in addition to missing the comfort of the home and the autonomy to carry out their daily activities

**Keywords:** Meaning. Hospitalization. Social Representations. Suffering. Sicken.

## INTRODUÇÃO

O cliente em processo de hospitalização tende a sentir vários tipos de emoções e a principal delas é angústia de estar impotente sobre a doença e não conseguir obter resultados no tempo que deseja. O espaço da hospitalização é entendido como um lugar de educação, pois, corresponde reúne elementos físicos e simbólicos que dialogam com sujeitos e grupos e comunicam aspectos que podem variar entre a perspectiva de cuidado e de sofrimento. Isto porque a humanização neste espaço tende a produzir sentidos e superar a perspectiva de sofrimento, enquanto que práticas impositivas ligadas ao modelo biomédico, favorece a emergência de repulsa a este ambiente. Por isso, a necessidade de compreender as significações sobre saúde e doença na visão do cliente hospitalizado.

O interesse de realizar essa pesquisa está na perspectiva de compreensão das significações sobre saúde e doença do cliente adulto no contexto hospitalar – e só quem pode relatar esses processos é quem vivencia, ou seja, o próprio cliente.

Foi entendido que ir a campo e pesquisar o que as pessoas pensam sobre o significado da doença ou do estado de adoecer através de seus relatos, quais as dificuldades que o adoecer causa na vida de cada um dos entrevistados. Dessa forma, pode-se fazer uma análise através da fala dos pacientes, como se sentem com relação à doença e que o atinge no momento. O contato com tais clientes dá a possibilidade de sentir e entender cada caso, suas subjetividades, seus anseios e suas angústias.

A pesquisa utiliza como aporte teórico a Teoria das Representações Sociais e os processos formadores, inaugurada pelo psicólogo social Serge Moscovici e Psicologia Social e Saúde de Mary Jane Spink.

### **Teoria das Representações Sociais**

A Teoria das Representações Sociais se baseia no estudo científico do senso comum, que busca compreender as crenças e ideias que permite evocar um dado acontecimento, também estuda interação social em determinados grupos. O conceito de representação social designa uma forma específica de conhecimento, o saber do senso comum. A representação social é a representação de algum objeto ou sujeito e através desse objeto tem uma relação de simbolização e significação. Para Jodelet (2001), “estas significações resultam de uma atividade que faz representação uma construção e uma expressão do sujeito” (JODELET, 2001, p. 27).

As representações sociais têm a finalidade de tornar algo não familiar em familiar. Para Moscovici (2013) e Jodelet (2001) o indivíduo ao se deparar com fatos incomuns do seu meio social, é regido por uma busca de compreender os fatos para se adaptar ao mundo. Através desse processo que o sujeito cria representações, por necessidade de informar o mundo em sua volta. Além desse processo, o sujeito elabora maneiras para familiarizar seu comportamento ao seu meio social Jodelet (2001 apud CUNHA, 2017, p. 18). Este processo de pensamento está baseado em dois mecanismos, ancoragem e objetivação.

“O primeiro mecanismo tenta ancorar ideias estranhas, reduzi-las a categorias e a imagens comuns. Colocá-las em um contexto familiar” (MOSCOVICI, 2013, p.60). Neste mecanismo a pessoa nomeia comportamentos estranhos, dando sentido a esse comportamento e tornando familiar. “Ancoragem – Esse é um processo que transforma algo estranho e perturbador, que nos intriga, em nosso sistema particular de categorias e o compara com um paradigma de uma categoria que nós pensamos ser apropriada” (MOSCOVICI, 2013, p. 61).

A ancoragem permite que o sujeito possa integrar o objeto de representação, através dos valores adquiridos por si, denominando e classificando dentro da sua inserção no meio em que vive. “Por outro lado, a ancoragem enraíza a representação

e seu objeto numa rede de significações que permite situá-los em relação aos valores sociais e dar-lhes coerência” (JODELET, 2001, p.38).

“O objetivo do segundo mecanismo é objetivá-los, isto é, transformar algo abstrato em algo quase concreto, transferir o que está na mente em algo que exista no mundo físico” (MOSCOVICI, 2013, p.61). Estes dois mecanismos em conjunto, tem a finalidade de tornar fenômenos estranhos em familiares, dando sentido ao desconhecido.

O processo de objetivação tem por função dar materialidade a um objeto abstrato, ou seja, tornar algo que é concreto em abstrato. Tendo o objetivo de compreender os conceitos da materialidade, “como exemplo, lembra o fato de comparar Deus a um pai, o que faz com que a pessoa preencha a mente e desperte os sentimentos correspondentes” (LEME, 1995, p. 49 apud SILVA; JUNIOR; PERONI; MEDEIROS; VITÓRIA, 2016, p. 894).

Durante o processo de objetivação algumas informações são selecionadas, essas informações o sujeito desliga do contexto original e associa através dos seus valores e da sua realidade ou do grupo. “Esse caminhos levam ao núcleo da representação, ou seja, o objeto que era misterioso foi então destrinchado e recomposto, tornando-o objetivo e palpável [...]” (Moscovici, 2003, apud DUARTE; MAMEDE; ANDRADE, 2009, p. 623). A objetivação promove ao sujeito a compreensão da realidade em sua volta.

Portanto, a pesquisa busca interagir as representações que o cliente processa no momento da internação e quais significações o ambiente hospitalar traz de influência na vida do sujeito.

## **Psicologia Social e Saúde**

A psicologia social é um campo de saber bastante recente na área da saúde e vem sofrendo transformações constantes. “Afim, os aspectos psicológicos da saúde/doença vêm sendo discutidos desde longa data, e os psicólogos já há muito vêm marcando presença na área de saúde” (SPINK, 2013, p.29). Através dessas transformações, para inserção do psicólogo no campo saúde precisou de novas

perspectivas teóricas. No qual se permite afirmar, que essas mudanças exigem um ato emergencial de estudos teóricos desse novo campo de saber (SPINK, 2013).

No entanto, a prática acumulada nesta área influencia no surgimento de uma estruturação no campo da psicologia e saúde. “Campo esse que, por situar as questões da saúde na interface entre o individual e social, configura-se como uma área [...] da psicologia social” (SPINK, 2013, p.29).

A psicologia social tem a finalidade de compreender o processo de adoecimento e medidas para promoção da saúde. Spink (2013) ressalta “ao abordar as contribuições possíveis da psicologia social para compreensão do processo de adoecimento e das práticas para prevenção do adoecer, sua cura ou a promoção de saúde [...]” (SPINK, 2013, p. 40). Através deste conceito sobre a psicologia social, inaugura a perspectiva construtivista relacionada ao campo social.

A perspectiva construtivista permite na tentativa de desconstruir a estrutura epistemológica, pautada pela razão científica em oposição da natureza construída da realidade social. Para Spink (2013) “embora a objetividade possível no “mundo das coisas” não seja em dúvida (realismo ontológico), as nossas explicações e descrições deste mundo são tidas como construções socialmente determinadas” (SPINK, 2013, p.40). No entanto, a própria prática científica pode ser objeto de análise social.

A psicologia social inserida na postura construtivista conceitua o sujeito como produto e produtor da sua realidade social. “Ao adotar esta ótica construtivista, o objeto privilegiado da psicologia social passa a ser processo de aquisição de conhecimentos no afã de dar sentido ao mundo – a construção social da realidade [...]” (BERGER; LUCKMANN, 1976 apud SPINK, 2013, p. 41).

A perspectiva construtivista, Spink (2013), tem um diálogo entre a esfera individual e social. Através desses dois eixos que se relaciona com a abordagem das representações sociais inaugurada por Serge Moscovici.

“As representações sociais são formas de conhecimento prático – o saber do senso comum – que têm por função estabelecer uma ordem que permita aos indivíduos orientarem-se em seu mundo social e material e possibilitar dessa forma, a comunicação entre os membros de um mesmo grupo” (SPINK, 2013, p. 40).

A perspectiva construtivista tem bastante contribuição na psicologia social na área da saúde. Para Spink (2013) essa perspectiva da psicologia social e saúde embasa em uma ótica intraindividual.

Para entender essa ótica intraindividual entre a psicologia e a área da saúde, é preciso descrever essas duas interfaces. No qual a primeira atua como prática, partindo da experiência do cliente com a sua doença e a segunda como teórica explicativa, contribuindo nas demais disciplinas para compreender o processo de saúde e doença (SPINK, 2013).

No entanto, a psicologia da saúde foi pensada como disciplina explicativa para compreender o processo sobre saúde e doença no meio social, através da postura construtivista.

“Partiu, inicialmente, de uma perspectiva intraindividual para explicação do processo saúde/doença; passou, numa fase posterior. A incorporar o social de forma mecânica e apenas recentemente adotou uma postura mais dinâmica face ao social, abraçando uma postura construtivista” (SPINK, 2013, p. 43).

Portanto, a perspectiva da construção social do conhecimento sobre a saúde e a doença, traz contribuições mundo interno do indivíduo, diminuindo a distância social, possibilitando a compreensão do mundo externo, específico dos grupos sociais (SPINK, 2013).

## **MÉTODOS**

A referente pesquisa traz à tona a discussão acerca das representações sociais dos clientes em processo de hospitalização. O estudo pautou-se em dados qualitativos para investigação de significações e representações apresentadas pelos clientes.

Para realização desta pesquisa foi feita observações e entrevistas semiestruturadas partindo de indicadores empíricos. As entrevistas foram realizadas no Hospital Samuel Greve em Mirassol D'Oeste-MT, com clientes em processo de internação, em que os mesmos foram entrevistados individualmente com um gravador de áudio utilizando um roteiro semiestruturado. Este estudo obteve participação de oito sujeitos entrevistados, com idade entre 22 e 75 anos.

Para produção de dados desta pesquisa, optou-se pela observação participante, onde os pesquisadores elaboraram estratégias de aproximação e participação na vida cotidiana dos sujeitos. Além de acrescentar informações que não foram relatadas durante a entrevista. As observações foram anotadas no diário de campo, com a finalidade de registrar as informações e posteriormente utilizada para análise de dados.

A observação participante é uma metodologia abordada principalmente em pesquisas antropológicas. Com a finalidade de estabelecer a participação do pesquisador no grupo de observação e reduzir a estranheza. O pesquisador é levado a vivenciar os hábitos do grupo observado para entender seu funcionamento e comportamentos das pessoas inseridas neste meio.

“Ou seja, um dos pressupostos da observação participante é o de convivência do investigador com a pessoa ou grupo estudado cria condições privilegiadas para que o processo de observação seja conduzido e dê acesso a uma compreensão que de outro modo não seria alcançável” (MARTINS, 1996, 270).

Após as observações, iniciaram as entrevistas com os clientes no processo de internação. A entrevista teve o objetivo de dar abertura ao pesquisador, dando um roteiro pré-estabelecido, permitindo capturar falas do sujeito através do gravador de áudio. Foram dedicadas duas semanas de observações antes de iniciar a entrevista, neste período os pesquisadores conviveram no hospital com os clientes hospitalizados e os demais usuários de saúde.

Para análise dos dados foi utilizado à identificação dos núcleos de significações como instrumento para compreensão dos sentidos e significações. “Os núcleos devem ser construídos de modo a sintetizar as mediações constitutivas do sujeito; mediações essas que constituem o sujeito no seu modo de pensar, sentir e agir” (AGUIAR; OZELLA, 2013, p.310).

O processo dos núcleos de significação concentrou-se na seguinte forma, após a transcrição, realizou-se a leitura flutuante da entrevista que permitiu agrupar falas do sujeito. Sendo que tais temas se expressam em palavras e essas palavras são significadas em seu contexto, emergem os pré-indicadores, que constituem a realidade sócio-histórica do sujeito (AGUIAR; OZELLA, 2013).

Inicia-se a leitura flutuante para familiarização e flutuação do mesmo. Segundo Aguiar e Ozella (2006), essa leitura permite destacar e organizar, chamando esse método de pré-indicadores para construção de núcleos posteriores.

Uma segunda leitura que permite agrupar pré-indicadores, ou seja, pela maneira de filtrar possíveis equívocos e identificar hipótese de núcleo de significação (CUNHA, 2017). A Partir desta leitura e o agrupamentos dos pré-indicadores, inicia-se o processo de articulação, resultando no processo de organização dos núcleos de significações e de sua nomeação (AGUIAR; OZELLA, 2006).

Análise do núcleo passa por um processo intranúcleo (discurso do mesmo núcleo), aproximando de uma articulação internúcleo (um discurso que difere de um núcleo para outro). Em geral, implica o modo como se relacionam ou se afastam, revelando implicações dos sujeitos frente ao fenômeno estudado (CUNHA, 2017).

## **RESULTADOS E DISCUSSÕES**

A trajetória metodológica utilizada para produção dos dados resultou em uma hipótese interpretativa das representações sociais dos sujeitos deste estudo, na qual foi classificado em categorias. Realizou-se uma leitura flutuante dos dados colhidos com o propósito de encontrar categorias semelhantes do processo de hospitalização e as significações sobre saúde e doença, de acordo com a noção de Núcleo de Significação (AGUIAR, OZELLA, 2006).

Os pré-indicadores foram organizados e passaram pelo processo de aglutinação para encontrar os núcleos de significação os clientes hospitalizados. Realizada análise, foi possível identificar quatro categorias semelhantes entre os sujeitos entrevistados, essas categorias foram nomeadas: *Hospital como um lugar de sofrimento*; *Saúde como condição de “normalidade”* e *O processo de adoecer e suas implicações*.

### **Hospital como um lugar de sofrimento**

A categoria “o hospital como um lugar de sofrimento” trouxe significações de um ambiente que causa judiação, medo, ansiedade, sensação ruim, doença, pavor e obrigação. Essas significações trazem uma hipótese interpretativa nas representações dos clientes sobre o ambiente hospitalar, como um lugar que causa



sofrimento ao entrar ou se recordar da palavra “hospital”. Para Spink (2013) o cliente aparenta ter menos poder, afinal suas necessidades reais, se desenrola a complexa trama de ações e significados do qual participam na instituição hospitalar.

Os pacientes reconhecem que são acolhidos pela equipe de saúde ao iniciar o processo de hospitalização, no entanto, durante a internação sentem a falta do conforto de casa e da autonomia para realizar suas atividades sem depender de um acompanhante ou de um profissional da saúde, o que ocorre quando se encontram acamado. Para Gomes e Fraga (1997) Quando hospitalizado, o indivíduo se vê privado de sua vida social e do afeto familiar, passando a ser manuseado por vários profissionais com seus procedimentos invasivos e suas palavras frias e desconhecidas. Portanto, o sujeito 2 tem significado do ambiente hospitalar é de “obrigação” e para o sujeito 7 sente uma “sensação ruim” de ver outras pessoas doentes.

Eu não gosto de hospital, não desejo pra ninguém ficar doente, aqui somos bem tratados, mas assim, evitar é bem melhor né! Então é uma coisa que você vem porque é obrigado e não porque quer. Se fosse para eu escolher, preferia ser tratada em casa, talvez me sentisse melhor lá do que aqui. (Sujeito 2, sexo masculino, 66 anos)

Eu não gosto, ter que vir ao hospital é muito ruim, não é uma sensação muito boa! É meio difícil, não me sinto bem ver outras pessoas doentes, mas quando precisa a temos que vir né! (Sujeito 7, sexo feminino, 46 anos)

Estar no hospital significa ter que lidar com doenças que podem gerar ansiedade e inseguranças. Isso ocorre porque os hospitais têm lembranças vívidas de que a vida é curta e que cada um morre em um ponto ou outro. “A doença tem um ciclo vital que se modifica, não tem só uma causa, e, o mais importante, [...] tem um significado que influi, altera, determina seu próprio curso” (VALLEJO, 1979 apud ROMANO, 1999, p. 36).

Não tem um clima bom, um choque de vê os outros passar mal. Igual nós estávamos ali, um rapaz faleceu! Vizinho da cama nossa e você não pode fazer nada, está morrendo e você não pode fazer nada. A gente se sente assim, que nós não somos nada, é passageiro em cima desta terra. Fica aqui, cumprir a sua missão e vai embora. (Sujeito 6, sexo masculino, 65 anos)

Eu sinto um pouco de pavor, digamos assim (risos) não gosto muito de hospital! Não é uma sensação boa. Como a gente tem um pouco de medo, então você já entra um pouco assustada. Ficar assim, internada é uma sensação muito ruim. (Sujeito 4, sexo feminino, 31 anos)

Quando eu me lembro de hospital, penso em muita gente doente. Sinto uma coisa ruim que nem sei explicar direito, não é nada legal. A verdade é que eu não gosto de ficar em hospital não hein! (Sujeito 3, sexo masculino, 30 anos)

Pavor! Não gosto nem de lembrar. Às vezes eu penso que vou sair melhor, mas também penso que posso sair pior do que eu entrei! (Sujeito 8, Sexo feminino, 22 anos)

Quando o processo da doença é longo, o cliente pode ter sentimentos relacionados à morte. Como no caso do sujeito 1 citação que remete ao sentimento dele de “dor, doença e morte – identificado como insalubre e penoso, [...]” (ROMANO, 1999, p. 28)

O sentimento que aguardo é a judiação, dentro de um hospital. Porque só sabe o que é hospital, quando a pessoa passa sofrer igual eu tenho sofrido. Eu tenho até medo, a verdade é essa!(Sujeito1, sexo masculino, 75 anos).

O hospital para o sujeito 5 é um lugar que representa “doença”, apenas uma espaço para tratar de pessoas doentes. No entanto para muitas pessoas, entrar em um hospital significa entrar em um lugar hostil e que causa dor (CASTANHA; LACERDA; ZAGONEL, 2005).

Doença, (risos). É que eu nunca tinha ficado internada antes no hospital, essa é a primeira vez. Então acaba sendo ruim, porque toda vez que a gente está no hospital, é porque estamos com alguma coisa, algum problema, não é muito bom não. (Sujeito 5, sexo feminino, 30 anos)

Nesta categoria os clientes ancoraram o hospital como um espaço que causa sensação ruim, transformando-o em categoria um lugar de sofrimento. O processo de objetivação o torna este fato que era abstrato em concreto, onde o cliente materializa o hospital como sendo um lugar de sofrimento, sendo gerando através de experiências vividas pelos clientes no momento da internação em ver o outro no mesmo estado e não poder fazer nada para ajudar. Moscovici (2013) ressalta essa hipótese interpretativa, tornando um fenômeno estranho para o indivíduo familiar através dos processos formadores, ancoragem e objetivação.

### **Saúde como questão de “normalidade”**

Definir estar saudável é bem mais do que apresentar a ausência de alguma doença, é estar bem na sua totalidade. Para Romano (1999) ampliou-se o enfoque sobre o adoecer, não se restringindo somente ao funcionamento do organismo, mas da concepção de que o bem-estar do indivíduo é biopsicossocial. A saúde pode ser considerada uma condição que o indivíduo se encontra em plena atividade, sem sentir

as sensações que a doença causa. Nesta categoria dois sujeitos entrevistados apresentaram essa condição sobre saúde.

Estar saudável é bem estar, disposição, dinâmico, e com tudo isso você tem saúde. (sujeito 2, sexo masculino, 66 anos)

Estar sadia, tranquila, sossegada e com o psicológico bom! Se nós estamos com a mente boa, estamos bem com nosso corpo. (Sujeito 7, Sexo feminino, 46 anos)

Estar bem consigo mesmo, com todo mundo. Com a vida, tanto espiritual como mental, estar bem socialmente, fisicamente, psicologicamente, eu creio que seja isso. (Sujeito 5, sexo feminino, 30 anos)

Três sujeitos entrevistados disseram que estar saudável, é estar em casa fazendo suas atividades diárias, além de cuidar da alimentação e realizar exercícios físicos. Para o sujeito 8 estar saudável é ter disposição dançar e realizar seus serviços domésticos ao mesmo tempo. Para sujeito 1, estar saudável é recuperar a sua saúde novamente e ter de volta sua autonomia para realizar suas atividades e morar sozinho. Para Rabello (2010) a saúde em seu conceito amplo, pauta a discussão sobre a qualidade de vida e solucionar suas questões.

Se minha saúde recuperasse, é continuar minha vida, morando sozinho, fazendo as minhas coisas como sempre fiz. (Sujeito 1, sexo masculino, 75 anos)

Fazer com que a gente seja saudável! É estar bem na minha casa, trabalhando, cuidando das minhas atividades normalmente, cuidar da alimentação, fazer caminhada... (Sujeito 4, sexo feminino, 31 anos)

Saudável é quando eu estou na minha casa e eu lavo vasilha, ligo o som e começo a dançar, principalmente dançar, eu gosto muito! Aqui no hospital não posso fazer nada disso, não aguento nem andar direito. Tenho que depender das pessoas. (sujeito 8, sexo feminino, 22 anos)

Para o sujeito 3, a representação de estar saudável significa vivenciar os momentos bons da vida, além disso, sua significação é pautada na crença de que se for fazer o bem ao próximo estará se livrando de coisas ruins. Para Sawaia (1994), os indivíduos têm explicações para combater a doença, partindo de fundamentos das suas próprias crenças.

Estar saudável é não ter nenhum tipo de doença é viver e curtir a vida. Desejando o bem para o próximo, porque se você é uma pessoa que deseja o mal para os outros, as coisas boas não virão. (Sujeito 3, sexo masculino, 30 anos)

O conceito de saúde para os sujeitos entrevistados obteve semelhanças nos dados colhidos, mas também particularidades. Dentro desta categoria os clientes

objetivaram saúde como uma questão de normalidades, sendo saúde ausência de doença, onde os mesmos realizam suas atividades cotidianas sem perder a autonomia por causa da doença. No entanto, apesar das semelhanças na objetivação sobre o conceito saúde, cada sujeito transferiu suas particularidades e experiências vivenciadas no seu grupo social. Dentro desta categoria foi utilizada a objetivação, um processo pelo qual os indivíduos acoplam imagens reais, concretas e compreensíveis, retiradas de seu cotidiano, aos novos esquemas conceituais que se apresentam e com os quais têm de lidar. (OLIVEIRA, 2004 apud DUARTE; MAMEDE; ANDRADE, 2009).

### **O processo de adoecer e suas implicações**

Nesta categoria, os sujeitos que submeteram a análise representaram vários tipos de significações diferentes, vivenciadas através de suas experiências tanto fora e dentro do ambiente hospitalar. No entanto o processo de adoecimento é ancorado pelos sujeitos como algo que causa sofrimento e angústia. “A doença frequentemente causa sofrimento na vida das pessoas e desencadeia a procura de significados, na tentativa de compreender uma experiência tão avassaladora” (BOUSSO; POLES; SERAFIM; MIRANDA, 2011, p.398). Para o sujeito 1 a doença significa a morte e representa seu desejo em morrer na mão de pessoas boas. No entanto o sujeito 2 a doença é algo péssimo e processo de hospitalização o deixa angustiado, ansioso e nervoso.

O problema da doença é o seguinte, é a morte! Só que eu queria morrer na mão de gente boa. Porque dentro de Cuiabá é um seguinte, uma pessoa não morre amingua fácil. Morre se tiver de morrer. No Hospital Regional, fiquei doente um dia, fiquei deitado em um colchão. (Sujeito 1, sexo masculino, 75 anos)

Eu acho péssimo; doença ninguém quer, mas ninguém pode evitar... E vai ser assim desde quando uma pessoa nasce e vai até ele morrer. E o hospital esta aí pra atender. Mas ninguém quer! Eu fico ansioso, nervoso, não gosto de ter que vir para o hospital, fico angustiado! (Sujeito 2, sexo masculino 66 anos)

O processo do adoecer pode trazer a perda de autonomia do indivíduo e fazer com que se torne incapacitado de fazer suas atividades cotidianas, além de ausentar do seu meio social. Muitos pacientes quando vivenciam uma doença, acaba tendo sua autonomia e autocuidado comprometidos, tornando-o dependente do cuidado do outro (COSTA; ALVES; LUNARDI, 2006) Podemos analisar na fala do sujeito 3 que a

doença o incapacita de ir para o trabalho e estar com os amigos, onde o mesmo só fica deitado. Para o sujeito 4 a doença significa algo ruim, como se estivesse em uma prisão.

Estar doente pra mim é uma coisa muito ruim, porque não tem nada pra fazer, e tem que ficar em uma cama deitado sem fazer nada. Não posso esta indo no meu serviço, não posso tá lá fora conversando com os amigos, tem que usar só o WhatsApp para conversar com eles. (Sujeito 3, sexo masculino, 30 anos)

Pra ser sincera; nada bom. Assim, é muito ruim ficar aqui. Ficar aqui esses dias não é nada bom, se for ver bem, não são tantos dias assim, mas me sinto como em uma prisão. Muito ruim! Não é uma coisa boa, mas se acontecer à gente tem que superar da melhor forma possível. (Sujeito 4, sexo feminino, 31 anos)

Quando se fala em doença, podem-se notar os sentimentos de medo, onde estar doente pode ser considerado a pior fase de um indivíduo, pois a vulnerabilidade pode gerar insegurança, preocupação e ansiedade como relatam os sujeitos 5, 6 e 7. Para Onellas (1998) a doença se classificada ou é explicada pelo individuo como dor, ameaça ou a presença da morte.

Eu não gosto de ficar doente, quando eu ficava doente, eu nunca vim pra o hospital, então eu evitava o máximo pra não ficar doente. Então assim eu sempre evitava o máximo de comer coisa gelada pra não pegar resfriado, sempre... Evitar a dengue né, é procurar o máximo cuidado possível pra não ter que precisar ir para o hospital. (Sujeito 5, sexo feminino, 30 anos)

A questão de doença é um trem que não podia nem existir em nós humanos, né, tinha que ser saudável! Ficar sadio, tranquilo, doença é difícil, qualquer uma que seja ela é complicado. (Sujeito 6, sexo masculino, 65 anos)

Há, estar doente é muito difícil, eu não aceito estar doente! Eu não aceito a doença, é uma coisa que eu não sei; quando eu vejo que eu estou muito ruim eu entro em desespero, eu não aceito a doença de jeito nenhum. Não sei se isso é coisa da minha cabeça, vem de repente a doença. (Sujeito 7, sexo feminino, 46 anos)

No processo do adoecer os clientes apresentaram vários tipos de significados diferentes em que a doença causa o sofrimento no individuo, afetando a sua autonomia e incapacitando de conviver no seu meio social. No entanto, apesar dos sujeitos demonstrarem representações sobre a doença algo bastante particular, o medo é algo que se assemelha entre os mesmo. Como o sujeito 1 que ancorou a doença como um processo de morte e o sujeito 5 que ancora a doença o processo de hospitalização.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo obteve objetivo compreender as representações sociais sobre saúde e doença nas significações dos clientes hospitalizados. Buscando responder o problema que motivou os pesquisadores irem a campo.

Durante a análise dos dados produzidos pelos clientes no processo de hospitalização, levantou uma hipótese interpretativa no qual os mesmos representa o processo de adoecimento como algo que traz sofrimento, medo e a perda de autonomia.

No entanto, foi identificado que os sujeitos obtiveram categorizaram o processo de saúde, como uma questão de normalidades. Entendendo que estar saudável é apresentar apenas a ausência de qualquer doença, seja física mental ou psicológica, além disso, poder realizar suas atividades cotidianas sem perder a autonomia por causa da doença.

Para compreender essas significações, utilizou-se a entrevista semiestruturada em que visou dar abertura para pesquisador coletar informações mais precisas, além de dar liberdade para sujeito de estudo durante a fala. Depois os dados produzidos foram analisados através dos núcleos de significação (AGUIAR; OZELLA, 2006).

As questões que nortearam esta pesquisa foram encontrar a significações sobre o processo de saúde e doença. Como foi relatado anteriormente, levantou-se a hipótese interpretativa que o processo do adoecimento causa sofrimento, medo e a perda de sua autonomia. Enquanto no processo de saúde os clientes categorizaram estar saudável como uma questão de “normalidade”, no qual essas significações fazem parte de suas atividades cotidianas, estar em casa realizando serviço doméstico, ir ao trabalho, realizar atividades físicas e cuidar da alimentação.

Algumas características foram vivenciadas pelos clientes no momento da hospitalização, no qual o hospital trouxe significações de um ambiente que causa judiação, medo, ansiedade, sensação ruim, doença, pavor e obrigação. Portanto, essas significações trazem uma hipótese interpretativa nas representações dos sujeitos sobre o espaço hospitalar, como um lugar que causa sofrimento.

No momento da internação os clientes compreendem que estar saudável significa estar livre de algum tipo de doença, além de sentir falta do conforto do lar e da autonomia para realizar suas atividades cotidianas.

Portanto, os sujeitos deste estudo proporcionaram a esta pesquisa compreender os as significações do processo de adoecimento e saúde, levantando

hipóteses interpretativas através representações sociais e análise dos dados produzidos.

Tais perspectivas visa contribuir, através da produção científica, com movimentos que busca valorizar a subjetividade dos sujeitos em ambientes hospitalares. Um olhar mais atento ao sujeito no momento da internação, já que o mesmo é visto pelos profissionais da saúde como a doença a ser tratada ao invés da pessoa.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Wanda Maria Junqueira; OZELLA, Sergio. Apreensão dos sentidos: aprimorando a proposta dos núcleos de significação. **Bras. Est. pedag.**, Brasília, v. 94, n. 236, p. 299-322, Jan/Abr. 2013.
- AGUIAR, Wanda Maria Junqueira; OZELLA, Sergio. Núcleos de Significação como Instrumento para a Apreensão da Constituição dos Sentidos. **Psicologia ciência e Profissão**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 222-245. 2006.
- BOUSSO, Regina Szyllit; POLES, Kátia; SERAFIM, Taís de Souza; MIRANDA, Maria Gonçalves. Crenças religiosas, doentes e morte: perspectiva da família na experiência de doença. **Enfermagem USP**, São Paulo, v.45, n.2, p.397-493, abr/junh. 2011.
- COSTA, Veridiana Tavares; ALVES, Patrícia Chaves; LUNARDI, Valéria Lerch. Vivendo uma doença crônica e falando sobre ser cuidado. **Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p. 27-31, jan/mar. 2006.
- CUNHA, Jeysson Ricardo Fernandes. **Representações sociais de crianças sobre Cuiabá antes e depois da copa do mundo 2014**. Cuiabá, UFMT, 2017.
- DUARTE, Sebastião Junior Henrique; MAMEDE, Marli Villela; ANDRADE, Sônia Maria QUASE Oliveira. Opções Teórico- Metodológicas em Pesquisas Qualitativas: Representações Sociais e Discurso do Sujeito Coletivo. **Saúde Soc.** São Paulo, v.18, n.4, p.620-626, out/dez. 2009.
- GOMES, Luciana Catatunda; FRAGA, Maria de Nazaré de Oliveira. Doenças, hospitalização e ansiedade: uma abordagem em saúde mental. **Enfermagem Brasil**, Brasília, v. 50, n. 3, p. 425-440, julh/set. 1997.

JODELET, Denise. **As Representações Sociais**. 1. ed. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2001.

MARTINS, João Bastista. Observação participante: uma abordagem metodológica para a Psicologia escolar. **Semina**, Londrina, v.17, n.3, p. 266-273, Set. 1996.

MOSCOVICI, Serge. **As Representações Sociais: Investigações e Psicologia Social**. 10. ed. São Paulo: Vozes, 2013.

ORNELLAS, Cleuza Panisset. Os hospitais: lugar de doentes e de outros personagens menos referenciados. **Enfermagem Brasil**, Brasília, v. 51, n. 2, p. 253-262, abr /Jun. 1998.

RABELLO, Luciola Santos. **Promoção da saúde: a construção social de um conceito em perspectiva comparada**. 1. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010.

ROMANO, Bellkiss Wilma. **Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais**. 1. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

SPINK, Mary Jane. **Psicologia Social e Saúde: Práticas, saberes e sentidos**. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

SAWAIA, Bander Burihan. Análise psicossocial do processo saúde-doença. **Enfermagem USP**, São Paulo, v.28, n.1, p.105-10, abril/junh, 1994.

SILVA, Priscilla de Oliveira Martins; JUNIOR, Annor da Silva; PERONI, Guilherme Gustavo Holz; MEDEIROS, Carolina Porto; VITÓRIA, Nádia Ortolan. Teoria das representações sociais nos estudos organizacionais no Brasil: análise bibliométrica de 2001 a 2014. **Cad. EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, Out/Dez. 2016.