

## SAÚDE E SERVIÇOS: RELAÇÕES ESTABELECIDAS COM OS USUÁRIOS À LUZ DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA CIDADANIA

HEALTH AND SERVICES: ESTABLISHED RELATIONSHIPS WITH USERS IN THE  
PERSPECTIVE OF SOCIAL REPRESENTATIONS OF THE CITIZENSHIP

SALUD Y SERVICIOS: RELACIONES ESTABLECIDAS CON LOS USUARIOS A LA LUZ  
DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES DE LA CIUDADANÍA

Raquel Coutinho Veloso<sup>I</sup>  
Márcia de Assunção Ferreira<sup>II</sup>

---

**RESUMO:** Objetivou-se identificar as relações que usuários estabelecem com a saúde e os serviços de saúde à luz de suas representações sociais da cidadania. Pesquisa qualitativa com aplicação da Teoria das Representações Sociais. Realizou-se entrevista semiestruturada com 20 usuários de uma policlínica, na cidade de Niterói, de março a abril de 2006. A análise de conteúdo temática evidenciou que as representações sociais da saúde se expressam na atividade e bem-estar físico; e a da cidadania, entendida nas suas dimensões valorativa (bondade e respeito entre outros) e normativa (direitos e deveres) se manifesta em comportamentos e práticas solidárias. O atendimento de qualidade nos serviços se expressa pelo diálogo e entendimento das informações que lhes possibilitam discutir suas situações de saúde, capacitando-os a decidirem sobre a melhor opção de assistência. Concluiu-se que esta representação não se articula ao discurso autoritário da saúde, possibilitando-lhes melhores condições para o exercício da cidadania.

**Palavras-chave:** Direitos humanos; ética; saúde; enfermagem.

**ABSTRACT:** It was objective to identify the relationships that users establish with the health and the health services in the perspective of the social representations of the citizenship. Qualitative research with application of the Social Representations Theory. The semi-structured interview was carried out with twenty users of a Polyclinic in Niterói, Brazil, from March to April, 2006. The thematic content analysis showed that the social representations of health are expressed in the activity and physical well-being, and of the citizenship understood in the valorative (kindness and respect among others) and normative (rights and duties) dimensions are expressed in solidarity behaviors and practices. The quality health care are expressed by dialogue and understanding of information that enable them to take decisions on the best option of the assistance. It was concluded that this representation is not articulated to the authoritative discourse of the health, enabling them to the better conditions for the exercise of the citizenship.

**Keywords:** Human rights; ethics; health; nursing.

**RESUMEN:** Se objetivó identificar las relaciones que los usuarios establecen con la salud y los servicios de salud a la luz de sus representaciones sociales de la ciudadanía. Investigación cualitativa con aplicación de la Teoría de las Representaciones Sociales. Se realizó entrevista semi-estructurada con 20 usuarios de una Policlínica, en la ciudad de Niterói-Rio de Janeiro-Brasil, de marzo a abril de 2006. El análisis de contenido temático evidenció que las representaciones sociales de la salud se expresan en la actividad y en el bienestar físico; y a de la ciudadanía, entendida en sus dimensiones valorativa (bondad y respecto entre otros) y normativa (derechos y deberes) se expresan en comportamientos y prácticas solidarias. La atención de calidad en los servicios se expresa por el dialogo y por el entendimiento de las informaciones que les posibilitan discutir sus situaciones de salud, los capacitando a decidir sobre la mejor opción de atención. Se concluyó que esta representación no se articula al discurso autoritario de la salud, les posibilitando mejores condiciones para el ejercicio de la ciudadanía.

**Palabras clave:** Derechos humanos; ética; salud; enfermería.

---

## INTRODUÇÃO

O direito à saúde, como direito fundamental do ser humano, está previsto na Constituição Brasileira, mas na prática nem todos o têm garantido. Assim, a despeito do que se preconiza na lei do Sistema Único de Saúde (SUS), cotidianamente se assiste, através da

mídia televisiva e impressa, exemplos de decadência na qualidade da oferta dos serviços públicos de saúde no Estado do Rio de Janeiro e também em outras localidades do país, com demonstrações, por vezes extrema, de total desrespeito à vida.

---

<sup>I</sup>Enfermeira. Aluna do Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: violque@gmail.com

<sup>II</sup>Doutora em Enfermagem. Professora Titular do Departamento de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil. Líder do Grupo de Pesquisa Representações e Práticas de Cuidado em Saúde e Enfermagem. Pesquisadora ID do Conselho Nacional de Pesquisa. E-mail: marciadeaf@ibest.com.br

Em busca de uma nova ordem social mais justa prescrita por uma sociedade democrática, o empenho deve ser de toda a sociedade brasileira. A enfermagem deve promover o pensamento crítico e a consciência cidadã numa perspectiva de justiça social para a saúde, buscando superar as desigualdades e as exclusões sociais<sup>1</sup>.

Pesquisa sobre representações sociais (RS) da cidadania por usuários de um serviço público de saúde apontou que estas se sustentam na ética das virtudes (valores), associadas ao afeto; e das normas (regras), pois para ser considerado cidadão é preciso preencher determinados requisitos de cunho valorativo e/ou normativo<sup>2,3</sup>.

Em vista disso, questiona-se que relações podem ser estabelecidas entre os usuários e os serviços de saúde, a partir das RS da cidadania desses usuários. Objetiva-se identificar as relações que os usuários estabelecem com a saúde e com os serviços de saúde, com base em suas RS da cidadania.

Discutir as representações dos usuários sobre a cidadania contribui para a construção de conhecimentos que evidenciam a dinâmica da cidadania no campo da saúde, destacando a enfermagem, no que tange à sua concepção como uma prática social no processo de produção de saúde e de conhecimentos em saúde.

## REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

O referencial teórico-metodológico aplicado foi o da Teoria das Representações Sociais (TRS). A RS é uma forma de conhecimento com objetivo prático que contribui para a construção de uma dada realidade pelos sujeitos por ser elaborada e partilhada socialmente<sup>4</sup>.

Nesta pesquisa, a TRS aplica-se ao estudo da cidadania, pois esta se configura como objeto psicossocial na medida em que corresponde à realidade do grupo estudado, pois emerge da vida social cotidiana dos sujeitos, de suas práticas e exercícios dos direitos e deveres inerentes ao cidadão.

As RS favorecem a produção de sentidos sobre o comportamento, preparando os sujeitos para a ação, “sobre tudo porque remodela e reconstitui os elementos do ambiente no qual o comportamento deve acontecer”<sup>5,6</sup>.

A investigação é de natureza qualitativa, realizada em uma policlínica comunitária da cidade de Niterói, no Rio de Janeiro, e os entrevistados, no período de março a abril de 2006, foram os usuários desta policlínica. Antes da coleta de dados ser iniciada, foi solicitada autorização à policlínica em questão.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery e Hospital Escola São Francisco de Assis, protocolo nº 082/05. Após a aprovação pela direção da unidade de saúde e por tal Comitê, foi apresentado aos usuários o Termo

de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), de acordo com a Resolução nº 196/96, do Ministério da Saúde. O TCLE foi lido junto a eles, antes da entrevista, a fim de esclarecê-los sobre possíveis dúvidas diante de suas participações na pesquisa.

Todos foram entrevistados com um prévio agendamento, aproveitando-se dos momentos em que cada usuário já se encontrava na policlínica para algum atendimento em saúde. As entrevistas ocorreram posterior ou anteriormente ao atendimento, de acordo com a preferência deles.

As entrevistas foram gravadas em fitas magnéticas e transcritas na íntegra, logo após sua realização. Foram usados nomes fictícios, escolhidos pelos entrevistados para identificá-los, preservando suas identidades.

Os critérios de inclusão foram: usuários com idade acima de 18 anos, de ambos os sexos, matriculados na policlínica em questão; integrantes do grupo de educação em saúde voltado para pessoas portadoras de diabetes mellitus e hipertensão arterial que estavam frequentando o grupo no período da coleta de dados; usuários que estivessem com a comunicação verbal e faculdades sociocognitivas preservadas; e que aceitassem participar da pesquisa, com assinatura do TCLE.

O grupo em questão contava com 35 pessoas inscritas, das quais 23 eram mulheres e 12, homens. Deste total, 20 pessoas, sendo 5 homens e 15 mulheres participaram da pesquisa. A idade dos membros variou entre 24 e 82 anos para as mulheres, com predominância entre 60 e 70 anos. A dos homens variou entre 56 e 77 anos, com predominância da faixa etária de 70 a 80 anos. Nas reuniões, as mulheres eram mais assíduas que os homens, o que explica o número de mulheres participantes do grupo ser três vezes maior em relação ao de homens. A participação dos sujeitos nesta pesquisa obedeceu à relação de predominância de mulheres.

Realizou-se entrevista semiestruturada, com perguntas sobre o perfil sociodemográfico do grupo para subsidiar a análise das RS sustentando-as nos grupos de pertença dos sujeitos.

Diante do objeto de estudo – as representações sociais da cidadania pelos usuários de um serviço ambulatorial de saúde – os depoimentos foram organizados, de acordo com as unidades de significação identificadas, de modo a se descobrir os núcleos de sentido que compunham a comunicação, onde a presença ou frequência dos mesmos pudesse ter algum significado para o objeto em questão. A partir daí se identificou os temas tratados em cada unidade, separou-se as unidades de registros mais significativas sobre os mesmos e se iniciou o processo de categorização temática do conteúdo. Para o entendimento das RS da cidadania, fez-se a leitura exaustiva dos conteúdos que compuseram as unidades de registros à luz dos temas de classificação buscando-se entender os elementos dos discursos dos sujeitos que davam

sentido ao objeto, como tais elementos se articulavam para explicar as formas com que os usuários lidavam no cotidiano com as situações práticas do atendimento nos serviços de saúde.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise de conteúdo temática<sup>6</sup> levou à organização de três grandes linhas. A primeira evidenciou as dimensões da cidadania - valorativa e normativa - e suas implicações na construção das tipologias dos cidadãos. A segunda retratou a origem da cidadania permeada pelas dimensões da cidadania encontradas. A terceira, que está sendo apresentada neste artigo, possibilitou a reflexão sobre as implicações que tais representações sociais da cidadania, desveladas por estes usuários, trazem para o cuidado de enfermagem, no atendimento dos serviços de saúde.

### Os nexos entre cidadania, saúde e serviços de saúde

Os usuários foram perguntados se saúde tem a ver com a cidadania e se o atendimento em serviços de saúde está ligado à cidadania. A primeira pergunta gerou respostas mais ligadas às suas concepções sobre saúde, e a segunda os levou a desenvolverem o pensamento sobre a interação que se estabelece entre os usuários e os profissionais em uma perspectiva valorativa-afetiva; e sobre o atendimento dos serviços, em uma perspectiva normativa.

Quanto à expressão da cidadania na saúde, oito deles entendem a saúde como um bem-estar físico que é representado por um corpo ativo; e para cinco sujeitos, este corpo ativo possibilita o exercício de uma ação solidária com o outro, o que evidencia o pensamento veiculado à questão da dimensão valorativa que marca de forma expressiva a representação da cidadania por eles.

Nesse sentido, evidencia-se que a saúde é entendida como um bem-estar físico que se manifesta na atividade do corpo, capaz de interagir bem com o seu meio social; enquanto que sem saúde e com o corpo adoecido, a pessoa se torna inativa, restringindo as possibilidades para trabalhar, fazer amizades e ajudar o próximo:

*[...] se você não tiver uma boa saúde, você não pode trabalhar, você não pode ver uma pessoa no hospital, ser caridoso com o outro, não pode ser um cidadão, se você não tiver uma boa saúde, não pode, entendeu? (Maria B.)*

A relação entre a saúde e a atividade do corpo e a doença com a inatividade é uma marca das RS da saúde e da doença<sup>7</sup>. A inatividade decorrente da doença faz com que não aconteça a participação social do sujeito, ameaçando a sua identidade social.

Relacionar cidadania com saúde através da ideia de bem-estar físico traduzido em um corpo ativo faz sentido no âmbito geral dos resultados até aqui apresentados. Se os sujeitos deste estudo representam a cidadania em uma dimensão valorativa-afetiva traduzida

em comportamentos e práticas de solidariedade, é importante que o sujeito se lance à ação em uma perspectiva de participação social (para sentir-se útil), garantindo assim a sua identidade social como cidadão. Esta é uma das vias explicativas para a relação que os usuários estabeleceram entre os objetos cidadania e saúde.

Os depoentes também foram perguntados sobre fatores que são capazes de influenciá-los a ter uma saúde melhor. Registra-se que 12 responderam que a alimentação - boa, correta ou adequada - é um fator fundamental, e seis citaram o atendimento médico como um fator que contribui para uma saúde melhor. É importante lembrar que estas citações não foram excludentes e se repetiram nas entrevistas.

Tais respostas podem ser discutidas na mesma linha argumentativa que a anterior, pois a alimentação é uma necessidade humana básica que mantém a funcionalidade do corpo, ou seja, é o combustível para a manutenção de um corpo em atividade; e o atendimento médico apareceu nos depoimentos com um cunho de expressão da necessária solidariedade que se deve ter entre o profissional e o usuário. O exemplo a seguir ilustra a referência que o depoente fez ao médico como cidadão, na medida em que este profissional cuida da sua saúde (corpo) e o entende:

*[...] porque quem cuida dela [saúde] se não for um cidadão [médico] [...] Tem que ser um cidadão para cuidar daquele paciente, para saber e entendê-lo melhor, entendeu? (Oti)*

Citar o atendimento médico para representar a relação entre cidadania e saúde não causa surpresa, haja vista que se vive em uma sociedade que tem o médico representando uma figura hegemônica na área da saúde. Tal hegemonia prevalece porque é no médico que o usuário encontra resolutividade para os problemas que o levam a buscar o serviço de saúde, uma vez que, na maioria das vezes, a busca pelos serviços se dá, não para se promover saúde e prevenir doenças, mas sim quando a doença já está instalada e precisa ser diagnosticada e tratada.

No que diz respeito à prevenção, na Constituição, art. 198, inciso II, tem-se: “atendimento integral com prioridade para atividades preventivas”<sup>8:137</sup>; porém, via de regra, não é implementada no cenário da realidade da saúde pública no Brasil. Esta questão, inclusive, evidencia-se no conteúdo que compõe a unidade de registro a seguir:

*Eu acho que o governo sempre perde na parte da saúde porque ele não faz prevenção da saúde, ele quer tratar a doença, [...] Isso é dado verídico, porque você vê que nós temos um país cheio de gente doente [...] você vê cheio, lotado, é muita doença [...]. (Marta)*

Ressalta-se que, em menor frequência, apareceram como fatores que contribuem para uma saúde melhor: ter paz em casa; situação financeira suficiente para atender às necessidades básicas; viver em um ambiente limpo, com condições dignas de moradia;

possuir bom estudo para poder conhecer a própria saúde; fazer amigos; participar de grupos de educação em saúde nas unidades de saúde; saber usar o SUS; ter acesso a remédios gratuitos e receber esclarecimento sobre doenças nas unidades de saúde; ser solidário; praticar atividade física; e condutas políticas dos governantes.

A unidade de registro citada anteriormente emergiu de um contexto de discurso que trouxe em seu conteúdo a ideia de que os políticos têm responsabilidade no que diz respeito ao andamento das políticas públicas, de cunho social em uma cidade, estado ou país. Neste sentido, suas condutas políticas implicarão diretamente nas questões ligadas à saúde, pois os fatores promotores de saúde são amplos, levando-se a inferir que os usuários têm um conceito de saúde que não a coloca em oposição à doença, sustentadora de um paradigma biomédico, mas a entendem como um estado/resultado de várias condições dignas de vida, à luz do paradigma da produção social da saúde<sup>9</sup>.

A alimentação, a saúde, a educação e a moradia correspondem aos direitos sociais previstos na Constituição Brasileira de 1988. Tais direitos sociais podem ser considerados como determinantes sociais da saúde – estes são elementos de ordem socioeconômica que afetam a situação de saúde de uma população. A seguinte unidade de registro revela este conteúdo.

[...] a saúde nossa depende da demanda da educação, de um salário [...]. (Zizi)

É importante destacar que diante das iniquidades presentes nas condições de saúde da população, o diretor geral da Organização Mundial de Saúde (OMS), Lee Jong-Wook, propôs, na Assembleia Mundial de Saúde, de 2004, a criação de uma comissão para trabalhar em prol da melhoria destas condições: a comissão de determinantes sociais em saúde (CDSS-OMS). Nesse sentido, em março de 2006, foi criada pelo governo brasileiro a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), com a finalidade de apoiar e articular a atuação do poder público, as instituições de pesquisa e da sociedade civil sobre determinantes sociais relacionados à melhoria da saúde e à redução das iniquidades sanitárias. Em primeiro de agosto de 2008, foi oficialmente entregue o relatório final da CNDSS ao então Presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva<sup>10</sup>.

Assim, é preciso um conceito de saúde dinâmico na medida em que seja um produto das relações sociais de modo a exprimir qualidade de vida. Pode-se dizer que a qualidade de vida está implícita no conteúdo que constitui os depoimentos dos usuários que participaram deste estudo, pois ao relacionarem saúde com cidadania apontaram condições para se viver melhor. No entanto, houve somente uma ocorrência explícita do termo *qualidade de vida*:

Sim, para poder ter qualidade de vida, então se a pessoa não tiver uma boa saúde, não tiver uma boa alimentação, como ela vai ter qualidade de vida? (Marizete)

Quando se pensa em ter boa alimentação, por exemplo, é necessário que se tenha dinheiro para comprar os alimentos, assim como, para se atender às outras necessidades como moradia entre outras. Caso a pessoa não tenha uma renda suficiente para seu sustento, não terá como prover as condições para ter uma boa saúde, pois se a relação entre cidadania e saúde está centrada no bem-estar físico/atividade do corpo, cujo fator preponderante para a sua promoção é a alimentação, quem não a tem em quantidade e qualidade compromete a atividade do corpo, o que afeta a integridade de sua cidadania.

Ao relacionar a cidadania com o atendimento dos serviços de saúde, as ideias veiculadas pelos usuários também comunicaram as marcas das dimensões valorativa-afetiva e normativa. A primeira se expressou na importância atribuída por eles à interação entre usuários e profissionais de saúde (12 usuários); e a segunda se manifestou no atendimento dos serviços de saúde (sete usuários). Apenas um não respondeu a esta questão.

A perspectiva valorativa-afetiva se revelou na interação entre os usuários e os profissionais de saúde. Eles consideraram que no atendimento, a relação/interação dos profissionais deve ser permeada pela afetividade e por virtudes morais como, por exemplo, carinho e respeito, respectivamente. Tal concepção vai ao encontro do que entendem por cidadania, quando voltada para uma dimensão valorativa-afetiva.

A esfera de um cuidado transpessoal, que transcende o mundo físico e material ao estabelecer contato com o emocional e o subjetivo da pessoa, exige o atendimento de um cuidado de enfermagem em duas grandes categorias: o instrumental e o expressivo. Na primeira, estão integrados os procedimentos técnicos instrumentais de intervenção que se atrelam à clínica, em atendimento às demandas biológico-biomédicas do cliente. Na segunda, estão congregados os cuidados que se dão no âmbito da interação e do acolhimento, correspondendo ao caráter relacional do cuidado, que abrange zelo e desvelo<sup>11,12</sup>.

O conteúdo constante na unidade de registro a seguir exemplifica o cuidado expressivo requerido pelos usuários no atendimento de saúde:

*Eu acho que a... relação de saúde com cidadania? Eles procuram elevar muito, não só elevar na saúde, mas moralmente as pessoas doentes. Isso é um gesto de cidadania, isso é fornecer cidadania para aquele que precisa, que está doente [...] então chega aqui e recebe um carinho, um reforço, acho que é isso. É um gesto de cidadania que o posto oferece [...]. (Marta)*

Ao mesmo tempo em que os usuários expressam sua vontade em ser bem atendidos, pois este é um direito do cidadão e dever do profissional, isto não ocorre a contento, pois há experiências que evidenciam o avesso do bom atendimento:

*Deveria estar, mas é péssimo por quê? Porque as pessoas são mal remuneradas, trabalham com má vontade, não estão fazendo aquilo que gostam, atendem mal as pessoas, como se as pessoas estivessem, ali, pedindo uma esmola, mas não estão pedindo esmola [...]. As pessoas são muito maltratadas [...]. (Zizi)*

Infelizmente, percebe-se que os profissionais de saúde estão sem motivação, em virtude das condições de trabalho, como ambiente físico inadequado, carências de materiais e de recursos humanos que são algumas das condições evidenciadas que dificultam uma assistência humanizada<sup>13</sup>. Vale acrescentar que muitos profissionais possuem até mais de um emprego, o que desfavorece o vínculo adequado com a clientela e com o próprio serviço.

No que diz respeito à perspectiva normativa, esta vem à tona justamente quando o atendimento dos serviços é entendido no âmbito do direito de todos e de ver do Estado:

*Tudo que pertence ao governo, ao Estado, [...] está ligado à cidadania. Eles é que ajudam os cidadãos que estão com pouco, por exemplo, ir ao centro de saúde, você poder ter conforto, ter atendimento, essas coisas? Quem dá, não é o governo? É o governo, é obrigação do governo dar [...]. (Maria)*

No entanto, diante das dificuldades que o setor público de saúde vem enfrentando, o direito de ser atendido de forma satisfatória parece estar reservado a poucas pessoas, que são as que fazem parte de uma rede social que detém um certo prestígio na sociedade. Esta concepção é ilustrada por um dos usuários entrevistados:

*O cidadão chega ao hospital e diz: -Que atendimento bacana! Eles me trataram como se fosse uma pessoa de projeção, me atendeu que eu fiquei satisfeítissimo. (Edson)*

A fim de modificar este cenário é que o Ministério da Saúde, em 2004, lançou a Política Nacional de Humanização (PNH), na qual a humanização torna-se o eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Esta política destaca a importância do fortalecimento da participação coletiva nos processos de gestão e de produção de saúde, porque o SUS precisa ser pensado em uma construção coletiva, articulada, em rede. Assim, os dispositivos da PNH se articulam para garantir estratégias de ampliação da condição de cidadania das pessoas<sup>14</sup>.

## CONCLUSÃO

A crise do setor saúde responde pela instabilidade maior pela qual passa o Brasil e, em meio a isto, assiste-se a diversas situações de desrespeito aos direitos dos cidadãos. No entanto, não se pode tomar isto como uma justificativa para um atendimento de baixa qualidade que evidencia a falta de compromisso dos profissionais com os usuários, nem como fatores naturais e normais do cotidiano. Muitas vezes, naturalizam-se determinados tipos de

procedimentos e formas de atendimento como inerentes ao serviço público e, portanto, esperados por aqueles que dele fazem uso. Quando o inverso do que se espera ocorre, toma-se como novidade e/ou privilégio, de cunho esporádico e não inerente ao conjunto de ações cidadãs.

Na discussão fomentada a partir dos resultados desta pesquisa, ficou claro que os usuários querem ser bem atendidos nos serviços de saúde, e que esse atendimento de qualidade reflete o respeito que se deve ter pela dignidade humana, sendo de direito e não um privilégio para poucos.

A pesquisa mostrou que os usuários têm noção de que a saúde é fruto de uma produção social, direito do cidadão, sendo os mesmos ativos no processo de construção dos saberes que sustentam suas ações. Isto aponta para a necessária superação de modelos passivos de transmissão de conhecimento com a necessária inclusão dos usuários no seu processo de cuidado, no despertar para sua responsabilização no processo de prevenção, tratamento e cura, como também na sua participação no controle social dos serviços de saúde que são prestados à população.

Dessa forma, liberta-se do discurso autoritário da saúde, o que possibilita melhores condições para o exercício da cidadania. Assim, a enfermagem revela-se como uma prática social numa perspectiva de justiça social para a saúde.

Como limitações desta pesquisa, considera-se o fato de ter sido realizada somente em uma instituição, policlínica, e ter abrangido predominantemente os idosos no conjunto de participantes, concentrando-se no universo feminino. Logo, estudos em outros campos, com um espectro maior de grupos em faixas etárias distintas, bem como com equitativo de homens e mulheres, contribuiria para ampliar as discussões sobre o tema, abarcando o conceito de gênero.

Por ser uma pesquisa de representações sociais, a qual se ampara em grupos humanos à luz de sua pertença social, quando há mudanças nas características dos sujeitos, há alterações nas condições de produção dos saberes, ampliando-se as possibilidades de reflexões e contribuições ao objeto aqui discutido.

## REFERÊNCIAS

1. Groleau D. Embodying 'health citizenship' in health knowledge to fight health inequalities. Rev. Bras. Enferm. [SciELO-Scientific Electronic Library Online] 2011 [citado em 04 fev 2013]. 5:811-6. Disponível em: <http://www.scielo.br>.
2. Veloso RC. Representações sociais da cidadania e seus nexos com a saúde e o cuidado de enfermagem [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2006.
3. Veloso RC, Ferreira MA. Representações sociais da cidadania e seus nexos com as ações dos usuários de um serviço de saúde. Rev enferm UERJ. 2007; 4:527-32.

4. Jodelet D. Representações Sociais: um domínio em expansão. In: Jodelet D, organizadora. *As representações sociais*. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2001. p. 17-44.
5. Moscovici S. *A psicanálise, sua imagem e seu público*. Tradução de Sonia Fuhrmann. Petrópolis (RJ): Vozes; 2012.
6. Oliveira DC. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. *Rev enferm UERJ*. 2008; 4:569-76.
7. Herzlich C. *Santé et maladie: analyse d'une représentation sociale*. 4ª ed. Paris (Fr): École des Hautes Études em Sciences Sociales; 2005.
8. *Constituição da República Federativa do Brasil*. 12ª ed. São Paulo: DP&A; 2002.
9. Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciênc. saúde coletiva* [SciELO-Scientific Electronic Library Online] 2000 [citado em 07 fev 2013]. 2:219-30. Disponível em: <http://www.scielo.br>.
10. Campos GWS. Secretaria Técnica da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da saúde (CNDSS). [Internet]. 2008 [citado em 21 abr 2012]. Disponível em: <http://www.determinantes.fiocruz.br/acoes.asp>.
11. Martins PAF, Silva DC, Alvim NAT. Tipologia de cuidados de enfermagem segundo clientes hospitalizados: encontro das dimensões técnico-científica e expressiva. *Rev Gaúcha Enferm*. [SciELO-Scientific Electronic Library Online] 2010 [citado em 20 fev 2011]. 1:143-50. Disponível em: <http://www.scielo.br>.
12. Fontes CAS, Alvim NAT. Cuidado humano de enfermagem a cliente com câncer sustentado na prática dialógica da enfermeira. *Rev enferm UERJ*. 2008; 2:193-9.
13. Barros SDOL, Queiroz JC, Melo RM. Cuidando e humanizando: entraves que dificultam esta prática. *Rev enferm UERJ*. 2010; 4:598-603.
14. Santos-Filho SB. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Ciênc saúde coletiva*. 2008; 4:999-1010.

