ENEPEX
ENCONTRO DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO
8° ENEPE UFGD • 5° EPEX UEMS

DISCURSOS PÓS-MODERNOS E INSTITUIÇÃO HOSPITALAR

Elenita Sureke Abilio [1]; Conrado Neves Sathler [2]

[1]Psicóloga. Mestranda do Mestrado Profissional de Ensino em Saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Unidade Universitária de Dourados; Membro do Projeto de Extensão Grupo de Estudos Dirigidos e Supervisão Clínica Email:elenita.sureke@aedu.com. Autora e Relatora.
[2]Psicólogo. Docente do Curso de Psicologia FCH/UFGD.Coordenador do Projeto de Extensão Grupo de Estudos Dirigidos e Supervisão Clínica. Email: conradosathler@ufgd.edu.br. Co-autor

RESUMO

Este projeto representa uma possibilidade hipotética para a compreensão das relações que se configuram no contexto hospitalar, o que vai delinear uma concepção da instituição hospitalar e da sua relação com sua clientela como um corpo-objeto. Propõe-se também a pensar uma instituição que promove, atualmente, um lugar de perda de identidade, explicado pelas condições da (pós)modernidade, ou ainda, pelo quanto vivemos a nossa individualidade e somos apenas reconhecidos como objeto configurado, nesse contexto, por uma doença ou por um diagnóstico, inserido em um ambiente de indiferença e solidão, num modelo espacial que produz uma subjetividade vazia. A perspectiva de análise é pensar, discursivamente, no hospital (pós)moderno, não como um lugar de perspectivas positivas, mas de invasão da tecnologia para definir a vida, no rompimento com as relações culturais externas e nas relações institucionais superficiais, autoritárias e excludentes, próprias das relações de poder nas quais um elemento é considerado o salvador e o outro é tido como o vulnerável e dependente, o que interfere subjetivamente nas práticas de educação em saúde que tem esta instituição como cenário de prática.

Palavras-chave: Pós Modernidade, Hospital, Educação em Saúde; Subjetividade.

INTRODUÇÃO

O hospital nos remete, como um equipamento de Saúde, a uma busca de compreensão do processo histórico do seu nascimento como instituição complexa. Esta tarefa demanda uma investigação de sua transformação histórica frente às demais mudanças sociais que exigem de todas as instituições adaptações que vão muito além das questões tecnológicas e científicas, mas toca na questão das mentalidades que insere a todos, sujeitos e instituições na (pós)modernidade, com suas consequências relacionais e éticas.

Partimos desse ponto em nossa pesquisa porque observamos em nossa sociedade uma revolução histórica delineada recentemente que se pode identificar pelas mudanças ocorridas nos hospitais. Essa revolução acontece, como pretendemos apontar de forma mais embasada, em assimetria com as transformações na concepção de Saúde ao longo do tempo. Nessa relação assimétrica, temos de um lado o uso das tecnologias e dos equipamentos de Saúde e, do outro lado, as mobilizações promovidas por meio dos movimentos sociais que abarcaram em sua pauta de lutas a inclusão do usuário de Saúde como protagonista de sua própria vida.

Essas e as tantas outras revoluções vivenciadas na (pós)modernidade nos estimulam a pesquisar as diferentes concepções de como o hospital, como instituição, acompanha as revoluções da Saúde, especificamente aquelas marcadas pelas reivindicações dos movimentos sociais e pelas marchas demográficas e epidemiológicas sem negligenciar as exigências tecnológicas próprias da (pós)modernidade.

O presente objeto de nossa pesquisa se constitui, então, na identificação dos dispositivos e das práticas de subjetivação, verificando as representações sociais do hospital como instituição que se reconfigura como equipamento de Saúde na (pós)modernidade, estabelecendo a conexão entre as teorias foulcaltianas, o conceito de *habitus* de Bourdieu, o conceito de não-lugares de Augé e as teorias da liquidez das relações, de Bauman.

Por meio de um levantamento histórico é possível analisar como as instituições de Saúde passaram por várias transformações e examinar o desenvolvimento tecnológico no campo do diagnóstico e das ações terapêuticas como marcas da

fragmentação do processo de trabalho em Saúde. Portando, podemos tocar as marcas observáveis também na fragmentação do indivíduo e nas potencialidades para o reducionismo corporal e de vários outros dispositivos de criação de identidades cindidas e individualizadas, seja na sua concepção, seja nas práticas institucionais e, consequentemente, na interferência sobre as relações vinculares entre os sujeitos clientes, trabalhadores e as instituições.

DESENVOLVIMENTO

A literatura no mostra que mudanças no hospital foram significativas. Inicialmente concebida como instituição cuja função era de caráter estritamente social, de asilos para pessoas carentes e segregadas, passa a ser reconhecida como instituição de tratamento de sujeitos portadores de doenças graves. Assim, "as primeiras vocações para o cuidado dos enfermos certamente se situavam no âmbito da religião e não da ciência e da técnica" (PITTA, 1999, p.51).

Descrito por Foucault (1979), o personagem ideal do hospital até o século XVIII não é o doente que precisa de cura, mas o pobre que está morrendo, sempre voltado para as práticas caritativas e religiosas. Esse era considerado um sujeito a quem se necessitava dar os últimos cuidados e o último sacramento, conforme as crenças do mundo cristão. Essa era a função essencial do hospital. Naquela época, o hospital era considerado um lugar para morrer. Quem trabalhava no hospital não era, fundamentalmente, destinado a realizar a cura do doente, mas conseguir a sua própria salvação. Esse dado histórico explica a característica marcante da religiosidade no resgate identitário constituinte do hospital, ainda encontrando, atualmente, a presença dos religiosos em algumas instituições, mesmo que tenham que atender outras demandas do mercado capitalista das sociedades modernas.

Foucault (1979) cita que a Medicina dos séculos XVII e XVIII era marcada pelo individualismo (médico) e pelo corporativismo (religioso). Porém a prática médica era pouco representativa no hospital, pois a cura era pensada como função do ambiente e da administração institucional: a lentidão, o repouso, os horários rígidos, o silêncio etc.. A associação entre os médicos e o Hospital era organizada somente em situações de agravo, com foco na intervenção institucional, por meio da observação de sinais e com o

objetivo de prever as evoluções e prognósticos, todavia para as demais intervenções o médico era excluído.

No entanto, ao final do século XIX, com o aparecimento da medicina científica, da tecnologia e de uma infra-estrutura mais sofisticada, os hospitais deixaram de ser espaços de abrigo para pobres e doentes e passaram a proporcionar tratamentos que não tinham indicação para realização em casas, pelo risco de contaminações, e o médico passou a ter um papel representativo não somente na administração hospitalar, mas na relação direta com o paciente.

A introdução dos mecanismos disciplinares foi o que possibilitou a medicalização do hospital com a função de assegurar o esquadrinhamento do corpo e do comportamento do paciente enquanto o vigiava, aumentando assim o conhecimento sobre o paciente e sobre o funcionamento das doenças. Transformar as condições do meio hospitalar com a distribuição interna do hospital e a individualização dos leitos, por exemplo, ofereceu maior autonomia funcional aos médicos, com o estabelecimento de possibilidades como a de regulação da temperatura corporal para cada paciente. Isso levou à percepção de que o hospital é um meio de intervenção sobre o doente e deve ser medicalizado em sua função e em seus efeitos, e que "a arquitetura do hospital deve ser fator e instrumento de cura" (FOUCAULT, 1979).

Aqui se evidenciam dois aspectos do *habitus*: sua condição de produto e de produtor. Como produto ou estrutura estruturada, estabelece a conexão entre exterioridade e interioridade, ou seja, entre as estruturas de um tipo particular de meio e o mundo subjetivo das individualidades. Como produtor ou estrutura estruturante, faz a ligação entre interioridade e exterioridade, sendo princípio gerador de práticas e de representações (BOURDIEU, 1989).

Desse modo, não apenas concilia interioridade e exterioridade e, principalmente, no que interessa à pesquisa, expressa o diálogo, a troca constante e recíproca entre mundo objetivo e mundo subjetivo, mas também se constitui como uma matriz de percepção e de ação que seja capaz de criar ou desenvolver estratégias individuais ou coletivas para lidar com a conjuntura cotidiana, podendo ser traduzido como estilo de vida.

O *habitus*, explica Bourdieu (1994, p. 65), "torna possível a realização de tarefas infinitamente diferenciadas, graças às transferências analógicas de esquemas, que permitem resolver os problemas da mesma forma, e às correções incessantes dos resultados obtidos".

Nas análises foucaultianas são expressivos, no tocante a instituição hospitalar, seus importantes avanços para a sociedade, como o modo de cuidar, seu funcionamento, seus protocolos, suas rotinas e sua função, porém tudo isso não atende a real necessidade das populações enfermas, que se mostram pouco autônomas e dependentes de um sistema hierárquico que potencializa as desigualdades sociais.

Conforme afirmação de Pitta (1999), o nascimento do hospital como privilégio da tecnologia médica, cumprindo finalidades curativas, é fato relativamente recente, e tem como marco da transformação de suas atribuições no final do século XVIII.

É importante observar que ele tornou-se hegemônico na área da Saúde no Brasil, com assistência predominantemente curativa, dentro do modelo médico, ou seja, dentro de enfoque biológico, técnico e positivista.

Segundo Foucault (1979), a organização do sistema hospitalar foi marcada pela inversão das relações hierárquicas a partir do século XVIII, na medida em que o hospital foi concebido como um instrumento de cura e a distribuição do espaço concebido como instrumento terapêutico, a figura do médico passou a ter significado e reverência e sua presença passou a ser necessária e manifesta por meio do ritual da visita e de uma posição hierárquica marcada pela tomada de poder que se instala nessas relações institucionais.

Analisando os escritos de Foucault (1979), observamos que alguns elementos fazem parte do contexto histórico que marca o nascimento do hospital moderno: a inserção da necessidade da intervenção médica e um processo de disciplinarização que possibilitou o reordenamento do espaço. Pensar na disciplina dentro do hospital nos remete a pensar no exercício do poder, baseado na história dos hospitais militares incluindo, assim, a vigilância, o controle e a prática dos registros contínuos para manter a ordem técnico-administrativa, portanto gerando dispositivos que colocam o sujeito doente como objeto disciplinar.

Conectamos aqui o sentido do pertencimento a que somos submetidos, utilizando a teoria e Augé (1994) para tentar explicar o que é a instituição hospitalar enquanto espaço. Segundo o autor, há uma necessidade de se compreender as mudanças na sociedade. O conceito de não-lugares, descrito por esse autor, corresponde a uma relação forte entre o espaço e o social que acompanha a (pós)modernidade, tendendo a ir se moldando, se remodelando e sendo substituídos por outros que se completam em três dimensões: as identitárias, as históricas e as relacionais.

O autor cita estarmos numa sociedade de consumo que se materializa no espaço, não somente no espaço físico, mas lá onde os sujeitos se relacionam é que a velocidade e o consumo se materializam, e nesses espaços, existe a preocupação de que não se percam os parâmetros de consumo, mas que se possa embutir no sujeito que lá está uma velocidade cada ver maior.

Os novos espaços que aparecem na (pós)modernidade, descritos por Augé (1994), coloca os sujeitos e suas experiências em vivências de solidão, portanto na experimentação subjetiva de um espaço de tempo e de deslocamento em que não há comunicação humana. Nesses não-lugares pode-se passar o dia inteiro sem dados de identidade: a entrada e a saída são controladas por catracas elétricas acionadas por leitura ótica, come-se em *fast-food*, as compras e os pagamentos são realizados por cartões magnéticos, as informações são dadas por painéis eletrônicos, o piso é liso e escorregadio, a luz é artificial e não variável e, assim, as noções de tempo, espaço e identidade são perdidas e os lugares de passagem podem se tornar abrigos temporários e neutros.

Os espaços identificados como não-lugares, ou como lugares não identitários são os centros de compras, as agências bancárias e os aeroportos e rodoviárias, entre outros que se assemelham aos hospitais contemporâneos. O elo para a conexão entre o indivíduo e o espaço dos não-lugares passa a ser os elementos subjetivos como as palavras, as imagens, as fantasias e a possibilidade de criação de novos ou outros mundos.

Transferir a ideia do não-lugar que o hospital reflete e a vivência do sujeito hospitalizado possibilita pensar nesse cenário subjetivo. No hospital podemos ter, igualmente, uma compreensão da dimensão do espaço que a instituição de saúde contemporânea ocupa na vida do indivíduo e que vai constituir a construção de um não-lugar como possibilidade de reconhecimento do sentido do caminho, legitimado pela estética da instituição e pela tecnologia ai inscrita, que será percorrida pelo paciente para atingir os objetivos de identificação como um lugar de cuidados tecnológicos avançados.

No entanto, a alta hospitalar, o processo de cura ou de melhora é muito significativo, consequentemente, as experiências que foram identificadas como promotoras de condições para que o sujeito-cliente pudesse chegar até término do tratamento ou da internação terão maior valor. Como uma metáfora: o meio é legitimado pelas aparências, pelas imagens tão caras à (pós)modernidade, quais sejam,

máquinas de exames por imagens, equipamentos de comunicação sem fios, luz fria nos quartos e corredores, televisores espelhados nas salas de espera e quartos de internação, ambientes para refeições de familiares com máquinas de refrigerantes e salgados, piso liso e brilhante, painéis e controles eletrônicos de entrada e saída, enfim, essas vivências e imagens da própria (pós)modernidade, afeitas ao valor das marcas e dos símbolos de poder, tornam-se mais importantes aos olhos dos usuários do que a recuperação da Saúde e do bem-estar físico.

O Ministério da Saúde (2010) define hospital como todo estabelecimento de Saúde dotado de internação, meios diagnósticos e terapêuticos com objetivos de prestar assistência médica curativa e de reabilitação, podendo dispor de atividades de prevenção, assistência ambulatorial, atendimento de urgência/emergência, de ensino e pesquisa.

Nesse percurso de mais de duas décadas de SUS, acompanhamos avanços significativos nos índices epidemiológicos e sanitários básicos, novas questões se impõem e demandam outras respostas, mas também há muitos problemas que persistem sem solução, impondo urgência, seja de aperfeiçoamento do sistema, seja de mudança de gestão, de compromisso político de participação social ou de monitoramento.

Nossa proposta nesta pesquisa é vislumbrar alguns acontecimentos históricos sobre o nascimento do hospital e suas transformações com características (pós)modernas para legitimar-se como espaço tecnológico voltado para o atendimento mais apropriado ao seu usuário, mantendo-se como espaço terapêutico para os cuidados da Saúde.

Nesse espaço, tecnologicamente transformado, voltado à imagem e à informatização e entre elas as tecnologias de diagnóstico por imagem, centrais à percepção de segurança do usuário e direcionadoras das concepções de bons procedimentos médicos, nossas leituras nos remetem às concepções de Bauman (2004, 2011) sobre a liquidez das relações.

Os vínculos entre médicos e hospitais, entre hospitais e pacientes e entre pacientes e hospitais são permeados por novas formas de relação e de formação de compromissos. Essa liquidez faz parte dos fundamentos dessas relações, não são mais calcadas na confiança e na disciplina, mas na imediatez e no bem-estar prometidos pelas novas tecnologias de Saúde.

A experiência profissional em instituições hospitalares e na análise da subjetividade que a prática em Psicologia nos conduz foi constante para que

conseguíssemos vivenciar tanta diversidade: comportamentos, adoecimentos, instabilidades relacionais, crises, novos modelos arquitetônicos de hotelaria, controles digitais e tantos outros aspectos que colocam o hospital como lugar temido pelas pessoas que necessitam da sua utilização e que legitimam esse espaço como "seu" por um determinado tempo.

Este trabalho tem uma característica singular que é a relevância acadêmica. A inserção em um Projeto de Extensão Universitária fez aumentar a nossa capacidade de análise e reflexão sobre os temas contemporâneos, que embora relacionados à Psicologia, são perpassados por todo um contexto sócio-histórico, o que nos permitiu passar por um processo de análise constante do espaço de gestão de trabalho que estávamos inseridos e das práticas que realizávamos na coordenação de um programa de Residência Multiprofissional em Saúde que apresentava no seu projeto pedagógico a mudança nas práticas de Saúde dentro e fora do hospital, o que exigia avançar cientificamente na produção e na pesquisa.

Ainda dirige este trabalho a experiência na docência de disciplinas e estágios de Psicologia da Saúde e Hospitalar em uma Instituição de Ensino Superior privada, com uma experiência tão enriquecedora para analisarmos o contexto do cenário em outros equipamentos de Saúde.

Portanto esta pesquisa necessita ser aberta e vinculada de uma abordagem histórica para uma Análise Institucional, abrangendo os dispositivos e práticas instauradas no espaço que os sujeitos ocupam na produção de sua própria subjetividade, já que nos interessa entender como esse processo se dá na (pós)modernidade, aonde o sujeito está perdendo o referencial identitário, e para além disso, o valores referenciais que servem de parâmetro ético e, como consequência, sem parâmetros e organizando todas as relações pelo viés do consumo, todas as relações tornam-se instáveis, descartáveis e voltadas apenas para o prazer imediato.

Utilizar-se-á a pesquisa descritiva, a partir das observações realizadas na extensão universitária, como fonte para o método da revisão bibliográfica, nas quais as considerações serão direcionadas a partir de referencial teórico em livros clássicos, artigos científicos, periódicos, somadas as experiências vivenciadas na gestão hospitalar, nas relações de ensino da graduação, nas práticas de educação em saúde e na formação profissional.

Este trabalho está em execução e pretende discutir o processo histórico de criação e transformação dos hospitais para fazer um comparativo com conceituações na

(pós)modernidade, tanto das relações tecnológicas, nas técnicas relacionais e nas práticas de ensino.

Assim, a pesquisa que propomos é de caráter histórico e qualitativo – sendo descritivo e analítico, visando o resgate da história dos hospitais, das mudanças ocorridas no modelo de assistência hospitalar e das representações sociais que o sujeito tem nesse espaço, uma vez que o discurso da (pós)modernindade não diz respeito tão somente aos espaços, mas as noções de moderno, científico, confiável e seguro, discurso associado aos valores do espetáculo, do narcisismo e do consumo.

A primeira fase se constituirá do levantamento bibliográfico do resgate histórico do contexto hospitalar e das referências que possibilitem uma análise do papel atual destinado aos hospitais. A partir daí, o direcionamento para a pesquisa dos demais temas, sequenciando: a análise institucional, as relações de poder, a representação que o hospital inscreve no sujeito e o impacto do hospital como cenário de prática na formação profissional.

As referências bibliográficas serão selecionadas levando em consideração as relações da liquidez, de Bauman, para compreender um sistema de representações sociais, construído pelos sujeitos que necessitam do atendimento nesse espaço, portanto a construção da representação dos atores sociais em suas relações institucionais, para esta se concretizar de fato como um lugar de cuidado e não de sofrimento.

DISCUSSÃO: PESQUISA E EXTENSÃO

A ação de extensão costuma ser tomada, no meio universitário, como um campo de aplicação dos conhecimentos já consolidados pela academia. O texto que se vê na definição da pró-reitoria de extensão da UFGD assim afirma:

> *Extensão na Universidade é o caminho mais curto para se manter um diálogo com a sociedade, levando o resultado de pesquisas e do aprendizado da sala de aula para intercambiá-lo com a comunidade por meio de ações que venham a produzir melhorias na vida da comunidade e promover a interação transformadora entre a UFGD e outros setores da sociedade (UFGD, s/d).*

No entanto, temos com este projeto, e certamente com muitas outras ações de extensão universitária a retroalimentação necessária ao desenvolvimento de pesquisas

motivadas pelo mais concreto e legítimo interesse social. É o interesse da própria comunidade alvo da ação se manifestando em forma de pesquisa científica e na modalidade de pesquisa de campo, que é ...

> A pesquisa qualitativa que busca a descrição de fenômenos, em cenários naturais, costuma ser denominada de pesquisa de campo. Tais estudos são investigações feitas em campo, em locais de convívio social como hospitais, clínicas, unidades de tratamento intensivo, asilos, abrigos e comunidades. Esses estudos pretendem examinar, profundamente, as práticas, comportamentos, crenças e atitudes das pessoas ou grupos, enquanto em ação, na vida real [...] (POLIT; HUNGLER, 2005, p.124 –125).

E, desta forma, se desfaz a falsa aparência de que hierarquicamente a academia possui algo que a comunidade não tem por não compreender seu valor. Ao ter acesso ao método e às possibilidades de construção de um saber balizado pelos critérios científicos o sujeito torna-se, ele próprio, um pesquisador que desdobra o que vem em forma de informação em novas questões a serem examinadas e estudadas com um método mais seguro e organizado. O campo da pesquisa é o campo da extensão, dissociar pesquisa e extensão, nas ciências sociais e da saúde, é produzir um conhecimento não aplicável e, portanto, não justificável.

A inserção de pesquisadores de seu próprio campo na universidade é reconhecer que o discurso que nos perpassa é o mesmo que atravessa a comunidade e que a diferença que há entre os pesquisadores acadêmicos e os pesquisadores não acadêmicos são as possibilidades de acesso aos métodos e recursos próprios à pesquisa científica. A tríade de sustentação da universidade, então são o ensino, a pesquisa e a extensão e, neste projeto de extensão, que se desdobra em pesquisa e que exige o ensino, temos a concretização da prática universitária.

Certamente, o beneficiário final desta extensão nãom será a academia, nem tampouco o pesquisador da comunidade, mas o usuário dos serviços de saúde que estão lá, nos hospitais e demais instituições de saúde, que serão mais compreendidos e investidos de uma articulação que permitam o exercício da cidadania e da autotomia, mesmo na instituição que mais mos torna vulneráveis em sua via: o hospital.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pensar em novas práticas de Saúde, com a implicação de um modelo que analisa a subjetividade envolvida no cuidado e que coloca o sujeito como protagonista e autônomo, desestabiliza o *status* e as práticas que estavam instituídas, principalmente nas relações de poder tão presentes neste espaço e que assim provocam uma tensão institucional.

O sujeito internado existe para legitimar a instituição, mas é preciso que haja uma regra para que ele exista e, assim, ele vai sendo construído. Discursivamente podemos notar estes mecanismos não somente nos hospitais, mas nas escolas, bancos, comércios e órgãos da administração, por exemplo. Não há a necessidade de uma escola para que haja aprendizagem, mas a escola captura seu aluno pelo discurso e se constitui como instituição fundamental para seu desenvolvimento. Porém este espaço destinado à produção de Saúde através do cuidado especializado vem sendo visto como lugar de cura e de tortura.

Essas mudanças no modelo hospitalar nos levam a refletir sobre a instituição hospitalar na (pós)modernidade, se houve mudanças de fato na caracterização e na conceituação do hospital no seu histórico secular, que espaço ocupa o sujeito nesse cenário, como são produzidas as relações interpessoais e quais os avanços realmente significativos para a sociedade.

REFERÊNCIAS

ANGERAMI CAMON, Valdemar A. Psicologia hospitalar: teoria e prática. São Paulo: Pioneira, 1994.

_____, V. A. A psicologia entrou no hospital. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 1996.

_____, V.A. O doente, a psicologia e o hospital. São Paulo: Pio- neira Thomson Learning, 2001.

AUGÉ, Marc. *Não-lugares*: Introdução a uma antropologia da supermodernidade. Tradução de Maria Lúcia Pereira. Campinas, SP: Papirus, 1994. (Coleção Travessia do século)

BAUMAN, Zygmunt. *Amor Líquido* – sobre a fragilidade dos laços humanos. Tradução de Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Zahar, 2004.

_____. Vida em Fragmentos. Rio de Janeiro: Zahar, 2011.

BOURDIEU, Pierre. A identidade e a representação. Elementos para uma reflexão crítica sobre a idéia de região. In: ___. *O poder simbólico*. Lisboa, Rio de janeiro: Difel, Bertrand Brasil, 1989, p.107-132.

BOURDIEU, Pierre. Estrutura, Habitus e Prática. In:_____. *A economia das trocas simbólicas*. Trad.Sérgio Miceli. 3.ed. São Paulo: Perspectiva, 1992, p. 337-361

CARAPINHEIRO, G. Saberes e Poderes no Hospital. 3. ed. Porto Alegre: Edições Afrontamento, 1998

FOUCAULT, M. O Nascimento do Hospital, In:_____. *Microfísica do Poder*, Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

LEFEBVRE, H. *A vida cotidiana no mundo moderno*. São Paulo: Ática, 1992.

PITTA, A. *Hospital Dor e Morte como Ofício*. São Paulo: Hucitec, 2º Edição,1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agencia Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 7 de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. *Diário Oficial República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, 24 fev. 2010. [citado 23 de outubro 2013]. Disponível em :http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html

MOSCOVICI S. Das representações coletivas às representações sociais: elementos para uma história. In: Jodelet D, (org). *As representações sociais*. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2001. p. 45-66.

MOSCOVICI S. *Representações sociais*: investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes; 2003.

POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 3.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2005.

SETTON, Maria da Graça Jacintho. A teoria do *habitus* em Pierre Bourdieu: uma leitura contemporânea. *Revista Brasileira de Educação*, [on line], 2002, n.20 [citado 20 de janeiro 2006], p. 60-70. Disponível em: http://www.anped.org.br/rbe20/anped-20-04.pdf.

SPINK, M. Jane. O estudo empírico das representações sociais. In: SPINK, M. Jane (Org.). *O Conhecimento no Cotidiano*: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 1995, p.85-108.