



REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE SAÚDE DE PARTICIPANTES DE GRUPOS DE PESQUISA DE ENSINO DE CIÊNCIAS DO NORTE E DO SUL DO BRASIL

SOCIAL REPRESENTATIONS ON THE HEALTH OF PARTICIPANTS IN SCIENCE EDUCATION RESEARCH GROUPS IN NORTH AND SOUTHERN BRAZIL

REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE LA SALUD DE LOS PARTICIPANTES EN GRUPOS DE ENSEÑANZA DE CIENCIAS EN EL NORTE Y EL SUR DE BRASIL

Cleusa Suzana de Araújo*; **Carlos Alberto de Oliveira Magalhães Júnior****; **Graça Simões de Carvalho*****

Palavras-chave
Concepção de saúde.
Concepções Alternativas.
Representação Social.
Educação em Saúde.

Resumo: O presente estudo teve por objetivo conhecer as Representações Sociais que os participantes de dois Grupos de Pesquisa (GP) na área do Ensino de Ciências, um da região norte e outro do sul do Brasil, compartilham sobre Saúde. Para alcançar o objetivo proposto, utilizou-se a técnica de evocação livre de palavras para conhecer as representações que os professores compartilhavam em relação à Saúde. Os resultados apontaram para a concepção polissêmica que cerca a concepção de saúde. As palavras que caracterizam o núcleo central de cada GP foram distintas. Apenas no GP do norte, consta “bem-estar”, reforçando o conceito apresentado pela Organização Mundial de Saúde, presente na maioria dos documentos oficiais. As demais palavras do núcleo central do dois GPs estão articuladas a diversos determinantes de saúde. Devido aos Grupos de Pesquisa estarem associados ao ensino de Ciências os dados apontam a necessidade de um aprofundamento teórico neste campo do saber.

Keywords
Conception of health.
Alternative Conceptions.
Social Representation.
Health education.

Abstract: The present study aimed to know the Social Representations that the participants of two Research Groups (GP) in the area of Science Teaching, one from the northern region and the other from the south of Brazil, share about Health. To reach the proposed objective, used the technique of free evocation of words is used to know the representations that teachers shared in relation to Health. The results pointed to the polysemic conception that surrounds the conception of health. The words that characterize the central core of each GP were different. Only in the northern GP, there is "well-being", reinforcing the concept presented by the World Health Organization, present in most official documents. The other words of the central nucleus of the two GPs are linked to several health determinants. Due to the Research Groups being associated with Science teaching, the data point to the need for a theoretical deepening in this field of knowledge.

Palabras clave
Concepción de la salud.
Concepciones alternativas.
Representación social
Educación para la salud.

Resumen: El presente estudio tuvo como objetivo conocer las Representaciones Sociales que los participantes de dos Grupos de Investigación (GP) en el área de Enseñanza de las Ciencias, uno de la región norte y otro del sur de Brasil, comparten sobre Salud. Para alcanzar el objetivo propuesto, utilizamos La técnica de la libre evocación de las palabras se utiliza para conocer las representaciones que los docentes comparten en relación con la salud. Los resultados apuntan a la concepción polisémica que rodea la concepción de la salud. Las palabras que caracterizan el núcleo

* Rede Amazônica de Ensino de Ciências e Matemática, Manaus, Brasil.

** Programa de Pós-Graduação em Educação para a Ciência e a Matemática da UEM, Maringá, Brasil.

*** Centro de Investigação em Estudos da Criança do Instituto de Educação da Universidade do Minho, Braga, Portugal.

E-mail:
cleusasuzana.araujo@gmail.com;
junioromagalhaes@hotmail.com;
graça@ie.uminho.pt

Recebido em: 02-07-2020

Aprovado em: 15-07-2020

Publicado em: 20-07-2020



Esta obra está licenciada sob uma Licença Creative Commons Attribution 4.0



central de cada GP fueron diferentes. Solo en el GP del norte hay "bienestar", lo que refuerza el concepto presentado por la Organización Mundial de la Salud, presente en la mayoría de los documentos oficiales. Las otras palabras del núcleo central de los dos médicos generales están vinculadas a varios determinantes de la salud. Debido a que los grupos de investigación están asociados con la enseñanza de las ciencias, los datos apuntan a la necesidad de una profundización teórica en este campo del conocimiento.

1. INTRODUÇÃO

As representações sociais (RS) são produtos da comunicação, e sem as representações não haveria comunicação, sendo assim, pessoas e grupos criam representações no decurso da comunicação, que ao ser compartilhada por todos e reforçada pela tradição, constitui uma realidade social (MOSCOVICI, 2015). Sendo assim, compreender a estrutura das RS que os participantes de Grupos de Pesquisa (GP) de ensino de Ciências e Matemática têm sobre saúde nos possibilita compreender o nível de comunicação que influenciou estas pessoas e, que ao ser compartilhada como professores, poderá reforçar e se tornar a realidade social de seus alunos. O professor deve compreender quais fatores determinam o estado de saúde e refletir quais destes estão sob o controle e autonomia do indivíduo, quais podem ser conquistados pelo direito de cidadania e quais devem ser movidos visando esta aquisição (ARAÚJO, 2013).

A concepção de saúde está intimamente associada a formação do cidadão e, de acordo com Sá e Gómez-Puerto (2009), seus principais desafios são: a) integralização do objeto saúde como sendo maior que a soma de seus constituintes, b) inclusão do indivíduo e sua cultura como dimensões necessárias ao conceito de saúde, e c) superação da questão da saúde como oposto da doença. No campo das RS, uma pesquisa com conselheiros de saúde do Distrito Federal revelou que as RS de saúde estão associadas às ideias de atendimento, qualidade de vida e de vida associada à longevidade (MOURA; SHIMIZU, 2017). Estes autores apontam, em pesquisas anteriores, que estas representações podem ser conformadas ou transformadas por diversos meios de comunicação, sendo que os elementos arcaicos enraizados na cultura vão compor o sistema central da RS.

A partir de um levantamento da RS sobre saúde e adoecimento que possibilitou compreender os processos de construção dos conceitos populares sobre saúde e doença capazes de contribuir para o fortalecimento de hábitos de saúde da população, Ferreira e Brum

(2000, p. 13) referem que “o binômio saúde/doença na perspectiva das Representações Sociais poderá ser estudado enquanto processo dinâmico, histórico e social”.

Sendo de nosso interesse o estudo de RS com Pós-graduando, destacamos a pesquisa realizada por Costa et al. (2018) que identificaram as RS sobre avaliação de aprendizagem. Em processo de formação levada a efeito por estes autores, foi possível constatar a reestruturação dos sentidos atribuídos às representações sociais preexistentes, mostrando que as RS podem ser modificadas.

O conhecimento estudado nas RS é uma forma de interpretar a realidade, mediada por categorias históricas e subjetivas. Na elaboração das RS, o sujeito é tido como produto e produtor da realidade social. Entretanto, as RS não são meras (re)combinações de conteúdos arcaicos sob pressão das forças do grupo. “Elas são também alimentadas pelos produtos da ciência, que circulam publicamente através da mídia e das inúmeras versões populares destes produtos” (SPINK, 1993, p. 305).

As RS, para Moscovici (2015), possuem as funções de, primeiro, convencionalizar os objetos, pessoas ou acontecimentos, fornecendo uma forma dentro de determinada categoria estudada, constituindo um tipo de realidade. Em segundo lugar, as RS são prescritivas, isto é, têm um poder impositivo sobre as pessoas, penetrando e influenciando a mente de cada um, sendo repensadas, recitadas e representadas. Para o autor, a natureza da mudança determina se as RS se tornam capazes de influenciar o comportamento social: “é dessa maneira que elas são criadas, internamente, mentalmente, pois é dessa maneira que o próprio processo coletivo penetra, como o fator determinante, dentro do pensamento individual” (MOSCOVICI, 2015, p. 40). É objeto das RS os elementos estáveis, que permitem emergir a identidade compartilhada pelos sujeitos, bem como possibilita trabalhar com o que há de diferente, diverso ou até contraditório no fluxo do léxico social.

A Teoria das RS proposta por Moscovici surge de uma preocupação da análise das relações entre processos sociais e formas psicológicas, em que o “seu foco principal foi argumentar não apenas que a criação coletiva está organizada e estruturada em termos de representações, mas que essa organização e estrutura é tanto conformada pelas influências comunicativas em ação na sociedade, com, ao mesmo tempo, serve para tornar a comunicação possível” (MOSCOVICI, 2015, p. 22). O estudo das RS permite compreender diferentes visões do mundo e facilita as novas conformações realizadas pelas comunicações, facilitando o diálogo entre os diversos atores sociais.

Sendo assim, é relevante compreender a estrutura das RS dos participantes dos GPs de ensino de Ciências por possibilitar evidenciar os elementos centrais, mais difíceis de serem modificados, bem como os elementos periféricos, por serem mais flexíveis às mudanças. Este estudo teve como objetivo conhecer as RS de saúde dos participantes de dois Grupos de Pesquisa de Ensino de Ciências do Brasil, um da região Norte e outro do Sul.

2. CONCEPÇÃO DE SAÚDE E SEUS DETERMINANTES

A concepção de saúde mais presente nos documentos oficiais é o da Organização Mundial de Saúde (OMS), de 1946, que define saúde como um estado completo de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade (CARRAPATO et al., 2017). Mesmo que este conceito sofra críticas, principalmente no que se refere ao “completo”, pois dificilmente o indivíduo esteja pleno, a definição é mantida. Porém, vários autores têm proposto outros acréscimos que mostram a complexidade e dinamismo de sua construção (PETTRES; DA ROS, 2018). Para Bradley et al. (2018), não é a ausência de doença que prepara o terreno para a saúde, mas a plenitude da vida.

Nessa nova concepção, a saúde vai além desse paradigma de ausência de doença para um estado em que o tema central é a plenitude da vida, é estar presente no momento. A saúde se torna não um estado estático de ser, mas uma qualidade de vida dinâmica, onde corpo, mente e espírito são totalmente empregados para aproveitar ao máximo cada dia (BRADLEY et al., 2018). Um novo paradigma é proposto por Abuelaish et al. (2020) baseado na premissa de que saúde e paz estão intrinsecamente ligadas, exigindo que sejam tratadas de maneira integrada e interdependente. Pessoas com alto índice de bem-estar mostraram autorelato de melhor saúde (RØYSAMB et al., 2003). Portanto, “esse conceito é essencialmente multi e transdisciplinar e, necessariamente, deve refletir a condição humana, em que o conhecimento dá suporte à autonomia do indivíduo e permite a compreensão das dimensões individual e coletiva do viver humano (viver bem) e da preservação da vida” (SÁ; GÓMEZ-PUERTO, 2009, p. 38).

Estudo com jovens universitários indicam correlações positivas entre felicidade e bem-estar subjetivo e sugerem que estes componentes constroem o domínio da qualidade de vida e constroem o bem-estar global (MEDVEDEV; LANDHUIS, 2018). Carvalho et al. (2017) apresentam o resultado de uma pesquisa ampla realizada entre professores de 15 países com o objetivo de conhecer as tendências dos vários fatores que influenciam o conceito de saúde.

Usaram a classificação do modelo positivo-negativo e, mesmo com variáveis socioculturais distintas, foi possível identificar tendências e níveis mais elevados de concepções de saúde positiva dos professores em países com forte influência britânica. Este estudo traz uma excelente contribuição sobre as influências sociais que são adquiridas, reconstruídas e integradas pelos indivíduos, reforçando com isso o papel da percepção do professor enquanto agente social e influenciador.

Czeresnia (2003) propõe distinguir promoção de prevenção de saúde no campo da saúde pública. Para isso, a autora busca base epistemológica da origem da medicina, que surge como arte, e caminha nesta abordagem até a complexidade moderna do entendimento de saúde e doença. Da revisão da autora, extraímos a fundamentação de promoção por serem medidas que não estão vinculadas a uma determinada doença, mas que aumentam a saúde visíveis nas condições de vida e trabalho. Para Pettres e Da Ros (2018), a Promoção de saúde resgata a relação entre saúde e condições de vida. A Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, realizada em Ottawa, em 1986, como referência na elaboração conceitual, que definiu saúde como “qualidade de vida resultante de complexo processo condicionado por diversos fatores, tais como, entre outros, alimentação, justiça social, ecossistema, renda e educação” (CZERESNIA, 2003, p. 4). Ainda, a promoção da saúde assume um papel social ao realizar o empoderamento, promovendo a capacitação individual e coletiva na escolha, quando possível, dos determinantes de saúde.

A saúde é influenciada por determinantes de saúde e de doença. Para a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), coordenada por Paulo Buss, em 2006, os determinantes sociais de saúde são os fatores biológicos ou psicológicos; outros, de abrangência coletiva, são dependentes das condições políticas, econômicas, sociais, culturais, étnicos e ambientais existentes, assim como de políticas públicas de saúde (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). Estes autores citam o modelo de Dahlgren e Whitehead que dimensionam os determinantes em camadas, iniciando pelo indivíduo com suas características biológicas, como idade, sexo e fatores genéticos, colocado na base do modelo; na camada seguinte encontra-se o estilo de vida e o comportamento de risco presente nas relações da comunidade, na sequência das camadas que tratam das políticas que interferem nas condições de vida, chega-se a mais externa, aos macrodeterminantes, relacionada às condições socioeconômicas, culturais e ambientais.

Esta hierarquização não pretende estabelecer uma linearidade de sequências, mas propor uma articulação entre aqueles determinantes que dependem do livre arbítrio das

pessoas e aqueles fora de seu alcance. Carrapato et al. (2017) reconhecem a complexidade relacionada aos determinantes de saúde e o nível de influência de cada um deles, e optam por agrupar os diferentes determinantes em ambientais, econômicos e sociais. Entre os determinantes ambientais se encontram, por exemplo, os impactos gerados por agentes químicos, físicos e biológicos, a poluição da água, ar e terra, a produção de alimentos saudáveis, as alterações climáticas e a destruição da camada de ozônio, os impactos ambientais. Os determinantes econômicos encontram-se os diversos fatores que contribuem para a desigualdade social, o desemprego, a pobreza, os limites de fronteiras e as migrações, a globalização e suas consequências, fatores que influenciam diretamente no indivíduo e suas escolhas de alimentação, consumo e lazer, bem como com o estilo de vida e consumo de psicoativos. Os determinantes sociais estão ligados às políticas sociais, a oportunidade de trabalho e renda, a educação, a hierarquização e iniquidade social, às injustiças sociais, sendo abordado as questões raciais e de preconceito.

Qualidade de vida é uma dimensão que pode ser ampliada dependendo dos movimentos sociais que marcam um determinado período, como o movimento ambientalista da década de 1970 que agregou a questão da perspectiva da ecologia humana, e de como ocorrem as relações dos indivíduos entre si e com a natureza (MINAYO et al., 2000). Também se relaciona ao campo da democracia, por estar associado aos direitos humanos e sociais. Sendo assim, concluem que por se apoiar na compreensão das necessidades humanas, materiais e espirituais, seu conceito está focado na promoção da saúde.

A visão ecossistêmica de saúde humana surge na década de 1970 de uma necessidade prática de canadenses e americanos que envolvida preocupações ecológicas, com integração das abordagens de ambientalistas e sanitaristas, numa perspectiva transdisciplinar e dialógica que prevê a “integração interdisciplinar da saúde e do ambiente por meio do desenvolvimento de ciência e da tecnologia, gerada e aplicada em consonância com gestores públicos, privados, com a sociedade civil e os segmentos populacionais afetados” (GÓMEZ; MAINAYO, 2006, p. 6). Essa visão nasce da insuficiência dos métodos tradicionais quando vistos isoladamente, como o modelo biomédico, a visão social desconectada com o ambiente ou, o desenvolvimento tecnológico sem interação dos fatores sociais e ambientais. Sendo assim, esta proposta permite a resolução de problemas concretos como construção coletiva e individual, fortalecendo as ações comunitárias visando a promoção da saúde, baseada nos pilares de transdisciplinaridade, participação social e equidade de gênero (GÓMEZ; MAINAYO, 2006).

Conhecer os determinantes de saúde é útil para compreender quais elementos contribuem para aumentar ou diminuir o estado de saúde. Bradley et al. (2018) indicam pesquisas que descobriram que o principal determinante para a morte prematura é o comportamento combinado com as influências das circunstâncias sociais e exposição ambiental. Todos estes elementos, desde a concepção de saúde, os determinantes de saúde e doença, a Escola Promotora de Saúde, compõem a comunicação que influencia a RS de um grupo social em determinado tempo.

3. METODOLOGIA

Este estudo é fundamentado na Teoria das Representações Sociais (TRS) de Serge Moscovici (2015), com o uso da proposta complementar da Teoria do Núcleo Central (TNC), de Jean-Claude Abric (2000). A TNC propõe que uma representação social é organizada em torno de um núcleo central, formados por elementos que dão mais significado à representação. Em seguida, em torno deste, estão os elementos periféricos, considerados o aspecto móvel e evolutivo da representação (ABRIC, 2000). Essa categorização, como elemento pertencente ao núcleo central ou periférico, é realizada por meio de cálculo da ordem média de evocação (OME) importante para a identificação das palavras que mais definem as representações de saúde, das crenças compartilhadas pelos participantes dos Grupos de Pesquisa (GP) sobre Ensino de Ciências do Norte e do Sul do Brasil. Para tanto, o estudo foi realizado com estudantes e pesquisadores de dois Grupos de Pesquisa, um de Manaus-AM e outro de Maringá-PR.

A coleta de dados baseou-se no emprego de questionário semiestruturado e autoadministrado dividido em duas partes. A primeira, com perguntas estruturadas para obter dados descritivos, como idade, sexo e formação (Tabela 1). A segunda, parte do instrumento foi empregada a técnica de Evocação Livre de Palavras (ELP) (CARMO; LEITE; MAGALHÃES JÚNIOR, 2017) que consiste em que os participantes escrevessem cinco palavras que lhes ocorressem imediatamente em relação ao termo indutor “saúde”. Em seguida, foi empregado a técnica de hierarquização de itens, quando foi solicitado que os participantes enumerassem em ordem de importância as palavras ou expressões consideradas mais importantes (ABRIC, 2000; SÁ, 2000).

A frequência é formada pela ocorrência de palavras evocadas iguais ou de mesmo sentido que darão origem aos grupos, portanto, os grupos são formados por palavras com o mesmo teor semântico. Algumas palavras foram mais frequentes e prontamente evocadas.

sendo classificadas como mais importantes e receberam uma numeração 1 e 2, já outras não tão frequentes e lembradas por último, e por isso, classificadas de 3 a 5. A diversidade de frequência e grau de importância atribuída ao significado das palavras permite que elas sejam agrupadas em diferentes quadrantes, demonstrando como se organizaram as respostas dos participantes, através da análise da frequência (F) e da ordem média das evocações (OME), é possível conhecer a composição estrutural da Representação Social (GALVÃO; MAGALHAES JÚNIOR, 2016). Os quatro quadrantes foram bem de definidos por Moura e Shimizu (2017, p.112):

O quadrante superior à esquerda é denominado núcleo central e corresponde à parte mais estável e permanente em uma representação, conferindo-lhe sentido. O quadrante inferior à esquerda denomina-se zona de contraste, na qual pode ser percebido um subgrupo representacional, o que significa dizer que pode demonstrar grupos que pensam de modo diferente da maioria. Os dois quadrantes à direita são a primeira periferia (superior) e a segunda (inferior), que expressam o contexto imediato que as pessoas vivem, o seu contato com a realidade.

A idade dos participantes do GP de Manaus tinha média de 40 anos (22-65) e os de Maringá 31 anos (23-37). A Tabela 1 mostra ainda que havia predominância do sexo feminino no GP de Manaus, liderado por uma professora pesquisadora e no GP de Maringá havia um equilíbrio de gênero, liderado por um professor pesquisador. O percentual de alunos de Pós-graduação, mestrandos e doutorandos, mostra a articulação dos GPs com os Programas de Pós-Graduação, contribuindo na formação humana para a pesquisa dentro das duas Universidades (Tabela 1). Os dados de formação e de graduação não foram preenchidos por todos os participantes. Os dois GPs tiveram participantes formados em uma das três grandes áreas: Biológicas, Exatas e Humanas, sendo melhor representada a área de Exatas, especificamente o curso de Física (Tabela 1).

Tabela 1. Características dos participantes dos GP de Manaus e de Maringá.

Variável	GP Manaus		GP Maringá	
	F	Fr	F	Fr
Sexo				
Masculino	4	22%	5	56%
Feminino	14	78%	4	44%
Nível de Formação				
Graduando(a)	2	12%	-	-
Mestrando(a)	7	41%	3	33%
Doutorando(a)	2	12%	5	56%
Doutor(a)	6	35%	1	11%
Graduação				
Ciências Biológicas	-	-	2	29%
Ciências da Computação	-	-	1	14
Direito	1	12,5	-	-
Física	3	37,5	4	57%
Matemática	1	12,5	-	-
Pedagogia	3	37,5	-	-

F=frequência simples; Fr=frequência relativa (porcentagem).

De acordo com o pressuposto da perspectiva estrutural das representações sociais de Abric (2000), a distribuição em quatro quadrantes permite classificar os prováveis elementos centrais e periféricos de uma representação social. As palavras com uma alta frequência, e às quais os sujeitos atribuem importância na definição do objeto, expressam sentido central e organizador da representação social.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao analisar as evocações realizadas pelos participantes do GP de Manaus, dos 18 participantes, apenas 4 responderam cinco palavras, cinco responderam 4, oito responderam três e 2 pessoas, apenas uma palavra. Esse detalhe é importante, porque distingue os dois GPs, pois no GP de Maringá, provavelmente, por já conviver com a técnica de associação livre de palavras e a maioria dos participantes realizarem pesquisa em RS, dos 9 participantes, todos evocaram 5 palavras e apresentaram mais variedade de palavras, gerando o mesmo número de grupos que o GP de Manaus.

Ao total, o GP de Manaus evocou 66 palavras, das quais 15 foram descartadas por apresentarem frequência igual a um. De acordo com a literatura, elas não apresentam importância em relação à representatividade do grupo (MAGALHÃES JÚNIOR; TOMANIK, 2013), restando para a análise 44 palavras. A fim de obter melhor organização dos dados,

agrupamos as palavras que possuíam mesmo sentido em grupos semânticos, o que resultou em 12 grupos. A média da frequência (F) foi de 3,4 e a média das ordens médias de evocação (OME) foi de 2,3. De acordo com as médias obtidas, fomos delimitando as palavras que se constituíam em elementos centrais, intermediários e periféricos das representações. Esses dados podem ser observados no Quadro 1.

Quadro 1. Elementos das RS referentes à Saúde apresentados pelos participantes do Grupo de Pesquisa de Manaus.

Elementos Centrais - 1º quadrante			Elementos Intermediários - 2º quadrante		
Alta f e baixa Ordem Média de Evocações $F \geq 3,4$ e $OME < 2,3$			Alta F e alta Ordem Média de Evocações $F \geq 3,4$ e $OME \geq 2,3$		
Palavra	Freq.	OME	Palavra	Freq.	OME
Felicidade	4	1,7	Cuidado	4	2,5
Boa alimentação	4	2,0	Exercício físico	4	3,0
Bem-estar	6	1,5	Disposição	4	3,2
			Paz	5	3,6
Elementos Intermediários - 3º quadrante			Elementos Periféricos - 4º quadrante		
Baixa F e baixa Ordem Média de Evocações $F < 3,4$ e $OME < 2,3$			Baixa F e alta Ordem Média de Evocações $F < 3,4$ e $OME \geq 2,3$		
Palavra	Freq.	OME	Palavra	Freq.	OME
Qualidade de vida	2	2,0	Alegria	2	2,5
Ausência de doença	3	1,7	Tudo	2	2,5
Saudável	3	1,7	Equilíbrio	2	3,5
Vida	3	1,7			
Viver	3	2,0			

No primeiro quadrante, encontram-se as informações que, provavelmente, consistem no núcleo central das Representações. Ao analisar o Quadro 1, constatamos que três palavras (Felicidade, Boa alimentação, Bem-estar) possivelmente constituem o núcleo central das representações que os participantes do GP de Manaus compartilham sobre Saúde. No segundo quadrante, estão os termos que provavelmente fazem parte do sistema periférico mais próximo do núcleo central, em que a saúde se relaciona predominantemente ao estilo de vida, isto é, que dependem de decisões de cada um.

Enquanto que o GP de Maringá, os 9 participantes evocaram 45 palavras, deste total, 14 foram descartadas por apresentarem frequência igual a um, restando para a análise 31 palavras, organizados em 12 grupos. A média da frequência foi de 2,6 e a média das ordens médias de evocação (OME) foi de 2,7. De acordo com a distribuição nos quadrantes (Quadro 2) quatro palavras (Prevenção, Cuidado, Corpo, Qualidade de vida) possivelmente constituem o núcleo central das Representações.

Quadro 2. Elementos das RS referentes à Saúde apresentados pelos participantes do Grupo de Pesquisa de Maringá.

Elementos Centrais - 1º quadrante			Elementos Intermediários - 2º quadrante		
Alta f e baixa Ordem Média de Evocações $F \geq 2,6$ e $OME < 2,7$			Alta F e alta Ordem Média de Evocações $F \geq 2,6$ e $OME \geq 2,7$		
Palavra	Freq.	OME	Palavra	Freq.	OME
Prevenção	3	2,0	Fundamental	4	2,7
Cuidado	3	2,3	Mente	3	3,0
Corpo	3	2,3			
Qualidade de vida	3	2,7			
Elementos Intermediários - 3º quadrante			Elementos Periféricos - 4º quadrante		
Baixa F e baixa Ordem Média de Evocações $F < 2,6$ e $OME < 2,7$			Baixa F e alta Ordem Média de Evocações $F < 2,6$ e $OME \geq 2,7$		
Palavra	Freq.	OME	Palavra	Freq.	OME
Bem-estar	2	1,0	Educação	2	4,0
Alimentação	2	2,5	Felicidade	2	5,0
Disposição	2	2,5			
Longevidade	2	2,5			

Pensar em prevenção como elemento central mostra um equívoco conceitual, pois trata-se de prevenir doença, termo mais utilizado no campo da medicina (CZERESNIA, 2003; PAIM et al., 2018), enquanto que ao pensar em saúde no campo educacional e social a proposta é a perspectiva de promoção, o que deu origem a programas difundidos internacionalmente, denominado de Escolas Promotoras de Saúde, cuja proposta central é a justiça e equidade social, com formação plena de integração dos elementos pessoais, sejam físicos, emocionais e espirituais, com aqueles conquistados pela ação da cidadania, como serviços de saúde, emprego, entre outros (ARAÚJO, 2013).

Um dos conceitos mais amplos e genéricos sobre saúde se refere a qualidade de vida. Na revisão realizada por Minayo e colaboradores (2000, p. 8), os autores assumem que “Qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial”. Contudo, os autores destacam que há um relativismo conceitual clássico, isto é, pode ter uma representação diferente para cada período histórico, diferente também para cada povo ou cultura e, ainda, diferente por estratos sociais. Então, o que é qualidade de vida para um indivíduo pode não ser para outro.

É importante perceber o referencial biomédico representado nas respostas sobre “qualidade de vida”, quanto a isso Minayo e colaboradores (2000, p. 8) comentam que ao responder que “saúde não é doença, saúde é qualidade de vida. Por mais correta que esteja, tal afirmativa costuma ser vazia de significado”, isso revela a dificuldade teórica e

epistemológica na área, pois apresenta um sentido genérico. Os autores trazem uma revisão de literatura e apontam a dificuldade epistêmica em volta do tema “qualidade de vida”, tendo em vista as várias apropriações, seja na área da saúde como na social.

Em pesquisa com estudantes da área de saúde de uma instituição em Santa Catarina, sul do Brasil, Vitali e colaboradores (2019) utilizaram como instrumento um questionário elaborado no Google formulário e, após classificação em categorias, identificaram três subcategorias com conexões: bem-estar, equilíbrio e qualidade de vida. Na pesquisa aqui apresentada tanto bem-estar quanto qualidade de vida, fazem parte dos dois GPs estudados. Os elementos qualidade de vida e bem-estar também fizeram parte do núcleo central das RS de participantes de movimentos sócias do Distrito Federal (SHIMIZU et al., 2015). Para Marchiori (2000) há uma relação direta entre qualidade de vida e saúde, pois a qualidade de vida afeta a saúde, e esta influencia fortemente a qualidade de vida.

Ao pensar em saúde como vida, percebemos a subjetividade deste conceito, conforme Czeresnia (2003, p. 4) há duas definições de vida no campo da saúde pública “uma, a de nossa experiência subjetiva; outra, a do objeto das ciências da vida, do estudo dos mecanismos físico-químicos que estruturam o fundamento cognitivo das intervenções da medicina e da saúde pública”. Mesmo assim, a autora admite a limitação conceitual ao concluir que não há uma teoria que dê conta da definição total de saúde, pois a vida, ou aquilo que é vital é mais complexo do que os conceitos; em contraponto, são os conceitos que permitem as intervenções mais diretas.

Quando se pensa em saúde como boa alimentação (GP de Manaus), cuidado e corpo (GP de Maringá), mostra que as RS de saúde são essencialmente de responsabilidade individual. Relacionar saúde com boa alimentação está associada às necessidades humanas básicas de manutenção da vida (MINAYO et al., 2000) e também corrobora com os dados da pesquisa realizada por Camargo et al. (2011) que investigaram as RS de homens de diversas faixas etárias em Goiânia e Florianópolis, região centro-oeste e sul do País, respectivamente, que apresentaram os elementos: alimentação, bem-estar, exercício físico, hospital e vida no núcleo central.

Segundo Ferreira e Brum (2000, p. 6), “influências do paradigma cartesiano que nos levam a pensar que estar com saúde ou doente dependem apenas da responsabilidade individual e não das interações políticas, sociais, culturais e econômicas do nosso país”. Mesmo reconhecendo pela literatura sobre a importância destes comportamentos para a manutenção da saúde, o alimento reflete diretamente no corpo e no cuidado, bem como a

prática de atividades físicas, contudo, reforça o modelo clínico individual em detrimento da contextualização de questões oriundas dos determinantes sociais, como oferta de emprego para que as pessoas tenham condições de manter os corpos saudáveis, desconsidera a miséria e a pobreza como uma iniquidade social, pois afastam os indivíduos de seus direitos básicos.

Ao pensar como cuidado, ainda recorremos em outro equívoco, como apontado em pesquisa nos EUA, onde saúde é sinônimo de cuidado, segundo Bradley et al. (2018), isso se deve às políticas públicas implantadas, com um paradigma mais assistencialista, neste sentido os indivíduos são vistos como geradores de custos.

É interessante perceber a palavra felicidade no GP de Manaus, mostrando a compreensão mais holística de saúde, o que está de acordo com a relação entre felicidade e saúde pesquisada por Røysamb e colaboradores (2003).

No entanto, a abordagem da saúde espiritual não foi identificada, o que pode estar relacionado com a oposição moderna entre ciência e religião, sem compreender o papel histórico da religião como motivadora da ciência e a necessidade da espiritualidade como elemento essencial da contemplação e da criatividade. Paiva (2002:561) ressalta ao citar Marsden e Longfield (1992) que esta relação não foi sempre conflituosa “lembre-se a palavra sempre citada de Galileu relacionando o estudo natural dos corpos celestes e a doutrina bíblica: a Bíblia não nos diz como são feitos os céus, mas o que devemos fazer para chegar até lá. Recorde-se também que foram muitos os religiosos que propugnaram pela liberdade acadêmica”. A espiritualidade capacita o ser humano a desenvolver a autocompaixão e, a autocompaixão proporciona o bem-estar e saúde.

5. CONCLUSÃO

Apesar das limitações metodológicas que impedem melhor apropriação das RS dos GPs de Ensino de Ciência, estes dados permitem questionar sobre a formação epistemológica e as formas de comunicação que influenciam estes grupos sociais, pois é preciso avançar em direção a formação de educadores com compreensão dos determinantes de saúde e da complexidade não só psicossocial, mas também econômica e cultural.

O que chamamos de representação social de saúde para os participantes desta pesquisa pode ser entendido também como um conjunto de ideias que norteiam práticas. Esta prática reflete na própria saúde, mas também é elemento de divulgação e propagação desse conhecimento, pois percebeu-se, que mesmo não levantado como elemento de coleta de dados, a tendência dos participantes é, em sua grande maioria, o percurso da docência.

Pessoas saudáveis contribuem para uma sociedade saudável. O processo de mudanças das RS é um movimento lento, e a visualização do que compões os elementos periféricos podem mostrar caminhos para propostas educacionais mais diretivas.

Olhar apenas para o núcleo central nos leva a perceber a concepção de saúde nos moldes da OMS e divulgada no meio de ensino do país. Contudo, os elementos periféricos mostram mudança para concepções mais atuais de saúde, principalmente no que se refere aos elementos da saúde mental, psicológica.

REFERÊNCIAS

ABRIC, Jean Claude. A Abordagem estrutural das representações sociais. In A. S. P. MOREIRA & D. C. OLIVEIRA (Orgs.). **Estudos Interdisciplinares de Representação Social**. 2 ed. Goiânia: AB. 2000. p. 27-38.

ABUELAISH, Izzeldin; GOODSTADT, Michael S.; MOUHAFEL, Rim. Interdependence between health and peace: a call for a new paradigm. **Health Promotion International**, 2020.

ARAÚJO, Cleusa Suzana O. **Educação e Saúde no contexto escolar**. Manaus: UEA Edições, 2013. 112p.

BRADLEY, Kent L; GOETZ, Thomas; VISWANATHAN, Sheila. Toward a Contemporary Definition of Health. **Military Medicine**, 183(suppl.3), p. 204-207, 2018.

BUSS. Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1,;p. 77-93, 2007.

CAMARGO, Brígido Vizeu; CAMPOS, Pedro Humberto Farias; TORRES, Tatiana de Lucena; STUHLER, Giovana Delvan; MATÃO, Maria Eliane Liégio. Representações sociais de saúde e cuidado: um estudo multicêntrico sobre vulnerabilidade masculina. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto. v. 19, n. 1,p. 179-192, Jun., 2011.

CARMO, Tânia do; LEITE, Joici Carvalho; MAGALHÃES JÚNIOR, Carlos Alberto de Oliveira. Aspectos Metodológicos em Representações Sociais: um olhar para as pesquisas no contexto educacional. In: Felipe Triani; Carlos Alberto de Oliveira Magalhães Júnior; Cristina Novikoff. (Org.). **Representações Sociais e Educação: contextos e perspectivas**. Rio de Janeiro: Autografia, 2017, v. 1, p. 77-112.

CARRAPATO, Pedro; CORREIA, Pedro; GARCIA, Bruno. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. **Saúde Soc**. São Paulo, v. 26, n. 3, p. 676-689, 2017.

CARVALHO, Graça Simões; TRACANA, Rosa Branca; JOUDAN, Didier. Concepções de saúde (positiva e negativa) de professores: implicações para a formação docente e a promoção da saúde em meio escolar. In.: MAGALHÃES JÚNIOR, Carlos Alberto de O.; CORAZZA,

Maria Júlia; LORNCINI JÚNIOR, Álvaro. (Orgs.). **Formação de professores de Ciências: perspectivas e desafios**. Maringá: Eduem, 2017. p. 77-89.

COSTA, Thamiris Gomes; NOVIKOFF, Cristina; SILVA, Antonio Pereira; BARBOSA, Marcus Vinicius; TRIANI, Felipe da Silva. Os efeitos das aulas de avaliação da aprendizagem sobre as representações sócias de Pós-graduandos. In.: MAGALHÃES JÚNIOR, Carlos Alberto de O. (Org.). **Representações sociais, formação de professores e educação**. Rio de Janeiro: Bonecker, 2018. p. 144-162.

CZERESNIA, Dina. The concept of health and the difference between promotion and prevention. In: Czeresnia D, Freitas CM (org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz. 2003. p.39-53.

FERREIRA, Sandra Rejane Soares; BRUM, Jane Lilian Ribeiro. As Representações Sociais e suas contribuições no campo da saúde. **R. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, 20(esp.), p.5-14, 2000.

GALVÃO, Camila Brito; MAGALHÃES JÚNIOR, Carlos Alberto O. A relação entre as Representações Sociais de professores sobre Educação Ambiental e os projetos relacionados à Conferência Nacional infanto-juvenil pelo Meio Ambiente. **Revista Eletrônica do Mestrado em Educação Ambiental**. v.33, n.2, p.124-141. 2016.

GÓMEZ, Carlos Minayo; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Enfoque ecossistêmico de saúde: uma estratégia transdisciplinar. **INTERFACEHS – Revista de Gestão Integrada em Saúde do Trabalho e Meio Ambiente**. Ago., v. 1, n. 1, p. 1-19, 2006.

MAGALHÃES JÚNIOR, Carlos Alberto O.; TOMANIK, Eduardo Augusto. Representações sociais e direcionamento para a educação ambiental na Reserva Biológica das Perobas, Paraná. **Investigações em Ensino de Ciências**, v. 17, n. 1, p. 227-248, 2012.

MARCHIORI, Buss Paulo. Promoção de saúde e qualidade de vida. **Ciência & Congnição**, p. 163-177, 2000.

MEDVEDEV, Oleg N.; LANDHUIS, C. Erik. Exploring constructs of well-being, happiness and quality of life. **PeerJ**, n.6, p.1-16, 2018.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; BUSS, Paulo Marchiori. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n.1, p. 7-18, 2000.

MOSCOVICI, Serge. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. 11 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2015. 404 p.

MOURA, Luciana Melo; SHIMIZU, Helena Eri. Representações sociais de saúde-doença de conselheiros municipais de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 103-125, 2017.

PAIM, Tatieli Dagostim; BILESSIMO, Simone Meister Sommer; FREIRE, Patricia de Sá; LUZ FILHO, Silvio Serafim. Programas de prevenção de doenças e promoção de saúde em

serviços de saúde privados: uma análise bibliométrica sobre o tema. **Tempus, Actas de saúde colet**, Brasília, v.11, n.2, p. 219-238. jan, 2018.

PAIVA, Geraldo José. Ciência, Religião, Psicologia: Conhecimento e Comportamento. Psicologia: **Reflexão e Crítica**, v. 15, n. 3, p. 561-567, 2002.

PETTRES, Andreia Assmann; DA ROS, Marco Aurélio. A determinação social da saúde e a promoção da saúde. **Arq. Catarin Med.** jul.set., v. 47, n. 3, p. 183-196, 2018.

RØYSAMB, Espen; TAMBS, Kristian; REICHBORN-KJENNERUD, Ted; NEALE, Michael C., & Harris, J. R. Happiness and health: Environmental and genetic contributions to the relationship between subjective well-being, perceived health, and somatic illness. **Journal of Personality and Social Psychology**, v ou n.? 85, p. 1136–1146, 2003.

SÁ, Celso Pereira. A Representação Social da Economia Brasileira antes e depois do Plano Real. In.: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Orgs.). **Estudos Interdisciplinares de Representação Social**. 2 ed. Goiânia: AB, p. 49-69. 2000. p. tanto a tanto?

SÁ, Cleonaldo Antonio; GÓMEZ-PUERTO, José Ramón. Conceito de saúde: caminhos para a construção de uma proposta transdisciplinar e participativa. **Rev Andal Med Deporte**, v. 2, n. 1,p. 35-8. 2009.

SHIMIZU, Helena Eri; SILVA, Jessica Reis; MOURA, Luciana Melo; BERMÚDEZ, Ximena Pamela Días; ODEH; Muna Muhammad. A estrutura das representações sociais sobre saúde e doença entre membros de movimentos sociais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 9, p. 2899-2910, 2015.

SPINK, M. J. P. O Conceito de Representação Social na Abordagem Psicossocial. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, jul/set, v. 9, p. 3, p. 300-308, 1993.

VITALI, Marieli Mezari; ARAÚJO, Maria Fernanda; FERRAZ, Fabiane; CERETTA, Luciane Bisognin; SORATTO, Jacks. Prumo, Guyton e caminho: polissemia da saúde na perspectiva dos estudantes universitários. **Rev. CEFAC.**, v. 21, n. 6, p. 1-11, 2019.