

Universidade Federal de Minas Gerais
Escola de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Enilmar da Cunha de Carvalho

**Representações Sociais de Docentes de Cursos de
Graduação em Enfermagem sobre Promoção da Saúde**

Belo Horizonte

2009

Enilmar da Cunha de Carvalho

**Representações Sociais de Docentes de Cursos de
Graduação em Enfermagem sobre Promoção da Saúde**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado da
Escola de Enfermagem da Universidade Federal de
Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do
título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Educação em Saúde e
Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Maria Flávia Carvalho
Gazzinelli

Belo Horizonte
Escola de Enfermagem da UFMG
2009

Universidade Federal de Minas Gerais

Reitor: Prof. Ronaldo Tadeu Penna

Vice-Reitora: Profa. Heloisa Maria Murgel Starling

Pró-Reitor de Pós-Graduação: Prof. Jaime Arturo Ramirez

Escola de Enfermagem

Diretora: Profa. Marília Alves

Vice-Diretora: Profa. Andréa Gazzinelli Corrêa Oliveira

Colegiado de Pós-Graduação

Coordenadora: Profa. Cláudia Maria de Matos Penna

Sub-Coordenadora: Profa. Tânia Couto Machado Chianca

Departamento de Enfermagem Aplicada

Chefe do Departamento: Profa. Rita de Cássia Marques

Sub-chefe do Departamento: Profa. Simone Cardoso Lisboa Pereira

“Depois de uma longa espera consegui, finalmente, plantar o meu jardim. Tive de esperar muito tempo porque jardins precisam de terra para existir. Mas a terra eu não tinha. De meu, eu só tinha o sonho. Sei que é nos sonhos que os jardins existem, antes de existirem do lado de fora. Um jardim é um sonho que virou realidade, revelação de nossa verdade interior escondida, a alma nua se oferecendo ao deleite dos outros, sem vergonha alguma... Mas os sonhos, sendo coisas belas, são coisas fracas. Sozinhos, eles nada podem fazer: pássaros sem asas... São como as canções, que nada são até que alguém as cante; como as sementes, dentro dos pacotinhos, à espera de alguém que as liberte e as plante na terra. Os sonhos viviam dentro de mim. Eram posse minha. Mas a terra não me pertencia.

[...]

Mas um dia o inesperado aconteceu. O terreno ficou meu. O meu sonho fez amor com a terra e o jardim nasceu.”

Rubem Alves

À Cristina

Flor
Que achei no campo em Barbacena
“Orquídea do meu jardim”
Mais bela flor
Flor camaleão; mais que flor
Ora terra; ora água
Flor necessária, indispensável
Base de toda florescência

E ao Mateus

Sementinha...

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais,

Jardim que recarrego minhas energias

Que planto meu pingo-de-ouro

Meus beijinhos; amor-agarradinho; mimo-do-céu

Minha Hera

Meu Carvalho

Minha mata nativa...

À Profa. Dra. Maria Flávia Carvalho Gazzinelli,

por me apresentar às representações sociais, pelo acompanhamento, orientação e por todo aprendizado;

À Profa. Dra. Cláudia Maria de Matos Penna e ao colegiado de Pós-graduação,

pela seriedade e compromisso no cumprimento de suas tarefas;

À Profa. Dra. Maria Imaculada de Fátima Freitas, à Profa, Dra. Maria José Menezes Brito e à Profa. Dra. Sônia Maria Soares,

pela seriedade frente à Comissão Examinadora da pré-defesa e pela colaboração nas correções necessárias;

À Jaqueline Barbosa, Aneilde Brito, Evandro Queiroz e Wilke Vieira,

por todo apoio, colaboração, compreensão fundamental na conclusão deste estudo;

À Aletheia Melo, Débora Albuquerque, Lívia Meira, Roberto, Eclair, e todos os enfermeiros da UPA Joanico Cirilo de Abreu,

que colaboraram nos momentos que mais precisei, compreendendo as questões pessoais e ajudando dentro de suas possibilidades;

Aos Docentes de Enfermagem, sujeitos deste estudo, e aos coordenadores de enfermagem das instituições participantes,

pela disponibilidade e aceite em fazerem parte desta pesquisa;

Às funcionárias da Secretaria de Pós-graduação da Escola de Enfermagem da UFMG,

pelo profissionalismo, pelo atendimento sério e educado;

Aos meus alunos e à minha irmã Enilma Carvalho,

pela energia e vontade de aprendizado, que me fortalecem na certeza da busca do conhecimento como uma interação de saberes populares e científicos e no aprimoramento da difícil troca entre o dar aulas para o fazer aulas;

A Deus e à Nossa Senhora de Nazaré,

por iluminarem meu caminho e por escreverem certo por linhas tortas.

RESUMO

Trata-se de um estudo fundamentado na Teoria das Representações Sociais desenvolvida de acordo com o referencial teórico-metodológico da Teoria do Núcleo Central. Teve por objetivo analisar as representações sociais de docentes de enfermagem de Instituições de Educação Superior sobre promoção da saúde. A pesquisa de campo foi realizada com docentes de Enfermagem de três cursos de graduação em Enfermagem de Instituições de Educação Superior Privadas da região metropolitana de Belo Horizonte, tendo como sujeitos 124 docentes de enfermagem em um universo de 180, distribuídos em três cursos de graduação em Enfermagem privados. Para o levantamento dos dados, foram realizadas coletas de evocações livres sob a forma de questionário, em que foi solicitado aos sujeitos que escrevessem rapidamente 5 (cinco) palavras ou expressões que lhes vinham imediatamente à lembrança a partir do estímulo auditivo do termo indutor “Promoção da Saúde”. A análise do material coletado através da evocação livre foi feita pela técnica do quadro de quatro casas, criado por Pierre Vergès, e o tratamento dos dados coletados foi realizado através do *Software Ensemble de Programmes Permettant l'Analyse des Évocations (EVOC)* versão 2003, a partir da construção do *corpus* de análise. O material foi, então, tratado pelo *Software EVOC* 2003, que calculou para cada *corpus* do termo indutor “promoção da saúde”, a frequência simples de cada palavra evocada, as ordens médias de cada palavra e a média das ordens médias de evocação e, ao final, gerou as informações dos quadrantes que foram montados pelo pesquisador no quadro de quatro casas. Os resultados apontam para relações de permanência e mudança deste grupo social com o paradigma da promoção da saúde, e ora sua relação com o modelo de saúde tradicional fragmentado e ora com o modelo integral, plural e ampliado de saúde. Percebeu-se que a promoção da saúde se insere na evolução histórica e prática do trabalho em saúde, das políticas públicas e de alguns modelos pedagógicos em saúde. Constatou-se, que prevenção/educação representa aquilo que é consensual no grupo pela homogeneidade das evocações e forte presença no quadrante superior esquerdo do conjunto dos docentes e nas variáveis. Entre estes se destaca o termo **prevenção**. As dimensões empíricas constituídas pelos docentes parecem apontar uma relação mais próxima do modelo biomédico. Na maioria dos professores, a representação social organiza-se em torno de um possível núcleo central cujo enfoque recai na perspectiva do modelo curativista e do modelo pedagógico diretivo voltado para a prevenção de doenças. Essa ideia, presente nos elementos **prevenção** reforçado pelos termos **política** e **assistência**, se ancora nos pressupostos do sanitarismo campanhista, modelo predominante no início do século XX. A promoção da saúde continua objetivando a prevenção da doença através da transmissão de informações relativas à higiene e hábitos considerados saudáveis e sob influência do saber técnico-científico. Há outra dimensão presente que se refere à valorização do conhecimento científico do profissional, representado pelos elementos padronizados como **educação**, reforçada por **política** e **assistência** que parece ancorar-se no modelo médico-assistencial privatista que prioriza uma assistência em saúde especializada, individual e curativa. Entretanto, há também apontamentos que parecem aproximar-se do ideário do paradigma da promoção da saúde presente nos termos **educação**, **abordagem-coletiva**, **cuidado**, **qualidade-vida** e **determinantes**, presente também principalmente em determinados grupos, como os de docentes que trabalham conteúdos da atenção básica dos serviços de saúde. Demonstra-se, então, que, apesar de lento, há aproximações de mudanças na relação de promoção da saúde com o conceito ampliado de saúde.

Palavras-chave: Promoção da saúde; representações sociais; docentes; enfermagem.

ABSTRACT

This is a study based in the Social Representativeness Theory developed according to the theoretical-methodological reference of the Central Nuclei Theory. The purpose was to analyze the Nursing professors social representativeness on providing health, from Superior Educational Institutions. The research was made with nursing professors from three different graduation courses from Nursing Superior Educational Institutions in the metropolitan area of Belo Horizonte. The sample was of 124 professors out of a universe of 180 from the Institutions mentioned above. Data collection was made under the form of a questionnaire in which they were asked to write down 5 (five) words or expressions quickly when they were told the term "Health Promotion". The analyzes of this material was made using the technique of the table of four houses, created by Pierre Vergès and the software Ensemble de Programmes Permettent l'Analyse (EVOCA) version 2003 computed these data after the formation of the analyzes corpus. The material was analyzed by the software which calculated the simple frequency of each evocated word, the average order of each word and the average of the average order of the words, generating the information used by the researcher in the technique of 4 houses. The results show that the permanent relations and the changes of this social group with the health promotion paradigm and its relation with the traditional health model either the fragmented or the complete, plural and vast ones. It was noticed that the health promotion is inserted in the historical and practical evolution of the health job, the public politics and some pedagogical models. It was stated that the prevention and the education represent what was the consensus of the group and its presence in the left superior quadrant of the professors group and its variations. The term **prevention** was detached. The empirical dimensions constituted by the professors seem to target a closer relation to the biomedical model. For the majority of the professors, the social representativeness are organized around a possible central nucleus with focus is on the healing and the pedagogical model perspectives leading to sick healing. This idea, present in the element **prevention**, reinforced by the terms **politics** and **assistance**, is anchored in the presumptive campaign sanitarianism, main model at the beginning of XX century. Health promotion continues aiming illness prevention through information transmission related to hygiene and considered health habits and also under the influence of technical-scientific knowledge. There is another present dimension which refers to the professional scientific knowledge valorization and is represented by the patterned elements as reinforced **education** by **politics** and **assistance** which seems to be anchored in the private medical-assistance model that priorities a specialized, individual and healing assistance in health. However, there are some appointments which shows that the ideal is due also to **education**, **group-approach**, **care**, **life-quality**, and **determiners**, that are present as well mainly in some groups as the group of professors who work on subjects due to basic health services. It was shown that although it is slow, there are changes between the relation of health promotion and the amplified health concept.

Keywords: Providing health, Social representativeness, professors, nursing.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica em Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
CAP	Caixa de Aposentadoria e Pensão
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
EVOC	Ensemble de programmes permettant l'analyse des evocations
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
HND	História Natural da Doença
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensões
IES 1	Instituição de Ensino Superior 1
IES 2	Instituição de Ensino Superior 2
IES 3	Instituição de Ensino Superior 3
IES	Instituição de Educação Superior
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
MS	Ministério da Saúde
OME	Ordem Médica das Evocações
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PPP	Projeto Político e Pedagógico
Pró-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE FIGURAS

- FIGURA 1 - Recorte parcial da planilha *corpus* de análise com identificação, variáveis, e ordem das duas primeiras evocações do termo indutor “promoção da saúde”.....41
- FIGURA 2 - Recorte parcial da planilha *corpus* de análise com identificação da ordem das evocações do termo indutor “promoção da saúde”.....41
- FIGURA 3 - Recorte parcial da planilha com todas as evocações em ordem alfabética do termo indutor “promoção da saúde”.....42
- FIGURA 4 - Recorte parcial da planilha com todas as evocações em ordem alfabética do termo indutor “promoção da saúde” e sua respectiva padronização.....43
- FIGURA 5 - Recorte parcial da planilha dicionário de palavras com todas as palavras, termos ou expressões evocados junto às palavras padronizadas.....43
- FIGURA 6 - Recorte parcial da planilha *corpus* final no Bloco de notas no formato lido pelo EVOC 2003.....44

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Distribuição dos docentes dos Cursos de Enfermagem de IES, segundo formação e sexo.....46

TABELA 2 – Distribuição dos docentes dos Cursos de Enfermagem de IES, segundo área de atuação e IES que lecionam.....47

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Análise das Evocações do Termo Indutor “Promoção da Saúde” do Conjunto dos Docentes.....	49
QUADRO 2 – Análise das Evocações do Termo Indutor “Promoção da Saúde” em Docentes do Sexo Masculino.....	64
QUADRO 3 – Análise das Evocações do Termo Indutor “Promoção da Saúde” em Docentes do Sexo Feminino.....	65
QUADRO 4 – Análise das Evocações do Termo Indutor “Promoção da Saúde” dos Docentes com Graduação em Enfermagem.....	67
QUADRO 5 – Análise das Evocações do Termo Indutor “Promoção da Saúde” dos Docentes Não Graduados em Enfermagem.....	68
QUADRO 6 – Análise das Evocações do Termo Indutor “Promoção da Saúde” dos Docentes que Atuam na Docência na Atenção Básica em Saúde.....	70
QUADRO 7 – Análise das Evocações do Termo Indutor “Promoção da Saúde” dos Docentes que Atuam na Docência na Atenção Secundária e Terciária.....	71
QUADRO 8 – Análise das Evocações do Termo Indutor “Promoção da Saúde” dos Docentes que Atuam no Ciclo Básico/Ciências Biológicas e da Saúde, e Ciências Humanas e Sociais.....	72
QUADRO 9 – Análise das Evocações do Termo Indutor “Promoção da Saúde” dos Docentes que trabalham na Instituição/Curso 1.....	75
QUADRO 10 – Análise das Evocações do Termo Indutor “Promoção da Saúde” de Docentes que trabalham na Instituição/Curso 2.....	76
QUADRO 11 – Análise das Evocações do Termo Indutor “Promoção da Saúde” de Docentes que trabalham na Instituição/Curso 3.....	77

SUMÁRIO

1	DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA	15
1.1	Promoção da saúde e ação docente.....	15
1.2	Objetivo	20
2	RESGATE HISTÓRICO CONCEITUAL DA PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	21
2.1	Construção histórica do processo saúde-doença e da promoção da saúde.....	21
2.1.1	Políticas públicas de saúde no Brasil e a promoção da saúde	23
2.1.2	Evolução conceitual sobre a promoção da saúde	27
3	O ESTUDO DA REPRESENTAÇÃO SOCIAL	32
4	METODOLOGIA.....	35
4.1	Referencial Teórico-Methodológico.....	35
4.2	Cenário do Estudo	36
4.3	População e Amostra.....	38
4.4	Coleta de Dados.....	39
4.5	Tratamento dos dados.....	40
4.6	Análise dos dados	45
5	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	46
5.1	Caracterização dos sujeitos da pesquisa	46
5.2	Estruturas das representações sociais dos docentes de enfermagem por meio do método de evocação livre	48
5.2.1	Representação social de Promoção da Saúde do conjunto dos docentes	48
5.3	Representação social de Promoção da Saúde segundo categorias definidas.....	64
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
	REFERÊNCIAS	84
	ANEXO A – Termo de aprovação do projeto de pesquisa pela Câmara do Departamento de Enfermagem Aplicada da UFMG.....	89
	ANEXO B – Parecer de aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP.....	90
	ANEXO C – Regras para Construção do <i>Corpus</i> de Análise para o Software EVOC 2003 ...	91
	APÊNDICE A – Termo de Anuência dos Coordenadores de Cursos de Graduação em Enfermagem participantes do estudo.....	98
	APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apresentado aos docentes participantes do estudo	99
	APÊNDICE C – Questionário para coleta de evocações livres.....	100
	APÊNDICE D – Dicionário de Padronização das Evocações relativas ao Termo Indutor “Promoção da Saúde”	101
	APÊNDICE E – Corpus formado por Evocações Padronizadas relativas ao Termo Indutor “Promoção da Saúde”.....	104
	APÊNDICE F – Cálculo das Ordens Médias das Evocações Livres (RANGMOT) relativas ao Termo Indutor “Promoção da Saúde” do conjunto dos Docentes das Instituições pesquisadas – EVOC 2003	107
	APÊNDICE G – Cálculo das Ordens Médias das Evocações Livres (RANGMOT) relativas ao Termo Indutor “Promoção da Saúde” dos Docentes do Sexo Masculino das Instituições pesquisadas – EVOC 2003	111

APÊNDICE H – Cálculo das Ordens Médias das Evocações Livres (RANGMOT) relativas ao Termo Indutor “Promoção da Saúde” dos Docentes do Sexo Feminino das Instituições pesquisadas – EVOC 2003	114
APÊNDICE I – Cálculo das Ordens Médias das Evocações Livres (RANGMOT) relativas ao Termo Indutor “Promoção da Saúde” dos Docentes com Graduação em Enfermagem das Instituições pesquisadas – EVOC 2003	118
APÊNDICE J – Cálculo das Ordens Médias das Evocações Livres (RANGMOT) relativas ao Termo Indutor “Promoção da Saúde” dos Docentes Não Graduados em Enfermagem das Instituições pesquisadas – EVOC 2003	122
APÊNDICE K – Cálculo das Ordens Médias das Evocações Livres (RANGMOT) relativas ao Termo Indutor “Promoção da Saúde” dos Docentes que Atuam na Docência na Atenção Básica/ Primária das Instituições pesquisadas – EVOC 2003	125
APÊNDICE L – Cálculo das Ordens Médias das Evocações Livres (RANGMOT) relativas ao Termo Indutor “Promoção da Saúde” dos Docentes que Atuam na Docência na Atenção Secundária e Terciária das Instituições pesquisadas – EVOC 2003	128
APÊNDICE M – Cálculo das Ordens Médias das Evocações Livres (RANGMOT) relativas ao Termo Indutor “Promoção da Saúde” dos Docentes que Atuam na Docência no Ciclo Básico, Ciências Biológicas e Outros das Instituições pesquisadas – EVOC 2003	131
APÊNDICE N – Cálculo das Ordens Médias das Evocações Livres (RANGMOT) relativas ao Termo Indutor “Promoção da Saúde” dos Docentes que trabalham na Instituição/Curso 1 das Instituições pesquisadas – EVOC 2003	134
APÊNDICE O – Cálculo das Ordens Médias das Evocações Livres (RANGMOT) relativas ao Termo Indutor “Promoção da Saúde” dos Docentes que trabalham na Instituição/Curso 2 das Instituições pesquisadas – EVOC 2003	137
APÊNDICE P – Cálculo das Ordens Médias das Evocações Livres (RANGMOT) relativas ao Termo Indutor “Promoção da Saúde” dos Docentes que trabalham na Instituição/Curso 3 das Instituições pesquisadas – EVOC 2003	140

“Outros têm fé e esperança. Mas propõem remédios inadequados aos sintomas de uma doença coletiva. Não vão à causa real das mazelas. Tratam apenas dos sinais.”

Leonardo Boff

1 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA

1.1 Promoção da saúde e ação docente

Com a promulgação da Constituição Brasileira em 1988 e o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS) reaparece, a partir dos atores envolvidos na criação e consolidação do SUS, o compartilhamento de preocupações e compromissos quanto aos modos de produção da saúde com aqueles que no cenário internacional lutavam pelo rompimento com o paradigma biomédico (CASTRO; MALO, 2006).

O SUS ratifica o processo saúde-doença a partir das novas concepções de saúde dentro de um conceito ampliado de saúde, bem como o imperativo ético de garantir gestão democrática nas políticas públicas, condições de vida digna, autonomia, acesso universal e equidade. Nesse sentido, “o SUS e o Movimento Internacional de Promoção da Saúde têm princípios sinérgicos, ratificando a indissociabilidade entre: políticas de saúde/políticas dos demais setores; produção de saúde/produção de sujeitos; gestão/atenção; clínica/política” (CASTRO; MALO, 2006, p. 14).

Esta sinergia traz à tona a discussão da promoção à saúde que questiona as abordagens simplistas da prevenção de doenças e se insere em uma rede ampla e multisetorial nas ações de saúde.

O projeto de Promoção da Saúde sob o patrocínio da OMS ressurgiu como proposta de ação e, segundo Carvalho (2004), a ideia de promoção da saúde vem,

desde suas origens nos anos 70, tendo uma crescente influência nas políticas públicas de distintos países. No Brasil ela se faz presente na proposta da Vigilância à Saúde (MENDES, 1993; TEIXEIRA *et al.*, 1998), sustenta o projeto de Cidades Saudáveis (WESTFALL, 2000), influencia práticas de Educação à Saúde (HILLS, 2000) e, não menos importante, suas diretrizes são partes estruturantes de muitos dos projetos de reorganização da rede básica hoje vinculados ao Programa Saúde da Família (CARVALHO, 2004, p. 2).

A reorganização da atenção básica e a reorientação do modelo de atenção à saúde do SUS direcionam-se para o conceito do processo saúde/doença como uma determinação social e como resultado de políticas públicas saudáveis, autonomia e habilidades pessoais e coletivas, tendo a promoção da saúde como paradigma central em detrimento do modelo curativo e individual.

Para essa nova concepção de saúde necessita-se de profissionais da saúde que em suas ações saibam trabalhar além do foco da doença e possam se inserir no mundo do

trabalho, contribuindo com a promoção da saúde dentro de uma rede de causalidades, condicionantes e determinantes.

Para que ocorram mudanças de atitude no âmbito profissional torna-se necessário estimular a educação permanente e reorientar a formação dos profissionais da área da saúde dentro da compreensão da promoção da saúde e dos princípios do SUS.

A mudança tem múltiplas dimensões. Mudar as instituições formadoras e o sistema de saúde são movimentos simultâneos e complementares. A mudança das instituições formadoras só faz sentido se for voltada para a qualificação do SUS. O SUS que só terá qualidade se as instituições formadoras viverem importantes mudanças no processo de formação de seus profissionais (FIOCRUZ, 2005, p. 10).

Quanto à mudança na formação profissional, tem havido, nos últimos anos, em várias profissões da saúde, “uma progressiva mobilização em torno da mudança da formação, seus contornos, conteúdos e caminhos”, procurando tornar possível, de diversas maneiras, a aproximação da formação às necessidades sociais de saúde (FIOCRUZ, 2005 p. 03).

Neste percurso faz-se necessário superar dicotomias históricas como as dicotomias entre os cuidados individuais e coletivos, entre atividades curativas e preventivas, entre especialistas e generalistas, entre unidades básicas e hospitais, abrindo e trilhando o caminho para a produção de uma nova síntese que é a integralidade das práticas de saúde, a promoção da saúde e o compromisso com a defesa da vida (FIOCRUZ, 2005).

Estas mudanças ainda são pouco significativas e o modelo hegemônico vigente, que tem como propósito a cura das doenças e a recuperação da saúde após doença instalada, vai além das práticas assistenciais e se apresenta também na prática docente.

Para a superação desse modelo hegemônico na prática acadêmica há a necessidade de uma aproximação da escola do cotidiano e necessidades das pessoas e uma formação dentro do contexto do SUS.

Entretanto, as escolas ainda têm dificuldades para formar fora do modelo curativista hospitalar não integral e essas dificuldades podem ser atribuídas “ao *marketing*, direcionado pelos interesses da indústria de insumos e tecnologia médica, à corporação médica, que se tornou extremamente técnica e a algumas ações médicas eficazes que, logicamente, são desejadas” (BYDLOWSKI *et al.*, 2004, p. 21).

Como expressão desta premissa mercadológica da saúde e da formação dos profissionais de saúde, observa-se a expansão do sistema de ensino superior nesta área, o que ocorreu principalmente nas instituições privadas que valorizaram o mercado econômico como

elemento fundamental na criação de novos cursos e instituições. Isso gera uma preocupação dos educadores em relação ao processo educativo frente à realidade vivenciada.

A partir de uma percepção governamental de que a universidade pública não conseguiria suprir a demanda reprimida por educação superior no país, uma postura mais “desregulamentada” foi assumida. Como reflexo direto, teve o aumento do número de Instituições de Ensino Superior (IES), principalmente privadas (INEP/MEC, 2006).

Segundo dados do INEP (2006), no Estado de Minas Gerais, eram 16 cursos de graduação em Enfermagem até 2000. Em agosto de 2004, alcançou a marca de 53 cursos e em outubro de 2006, esse número já chegava a 97 cursos.

Verifica-se um aumento nos últimos anos em todo país, elevando o número de curso em mais de três vezes, o mesmo ocorrendo em Minas Gerais, porém com um aumento de mais de nove vezes (INEP, 2006).

Esse aumento de escolas de enfermagem é motivo de grandes preocupações para os defensores do SUS no que diz respeito à formação profissional dentro dos preceitos da promoção da saúde ou como uma reprodução do modelo biomédico.

Estes veem a formação dos profissionais como uma das alternativas para a consolidação deste modelo plural da saúde neste contexto curativista, tecnicista e medicamentoso ainda hegemônico.

Para reverter esse quadro, o Ministério da Saúde (MS) e a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES), a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Rede Unida, entre outros, reforçam a ativação de mudanças na formação superior dos profissionais da área da saúde, tendo como exemplo o Pró-Saúde. Este tem como objetivo a reorientação da formação dos profissionais da área da saúde, aproximando a escola do cotidiano e necessidades das pessoas dentro do contexto do SUS (BRASIL, 2007).

Entre essas mudanças está a construção de Projetos Políticos Pedagógicos (PPP) democráticos, emancipadores e que procuram trabalhar a formação dentro do paradigma da promoção à saúde. Para isso, não basta apenas uma mudança nos PPP, pois o que se observa é uma dicotomia entre o contexto teórico do PPP e sua efetivação prática (LOPES, 2003).

Seria necessário também que os docentes da área da saúde e mais especificamente da enfermagem recontextualizassem o plano de ação curricular oficial nos seus planos de ensino para uma prática pedagógica efetiva no paradigma da promoção da saúde.

Uma mudança no PPP não necessariamente garante uma mudança na formação dos futuros profissionais se o docente não colocar em prática a chamada autonomia da escola e este não extrair dos discursos (projetos/propostas) as orientações necessárias para promover

uma educação contextualizada com a realidade e que extrapole o tecnicismo e o adestramento como nos dizem Torrez *et al.* que

Escolas/Cursos de Enfermagem extraem dos discursos e documentos oficiais as normas técnicas e as orientações programáticas como quem cumpre um ritual 'burocrático'. Muitas vezes, 'recortando-as e colando-as' em propostas pedagógicas, acreditam que assim estão atualizando, contextualizando seus projetos de curso e planos de aula. Em alguns casos, essas escolhas reforçam a perspectiva reprodutora e tecnicista que a escola tem a intenção de superar ou representam apenas uma roupagem nova das velhas abordagens (TORREZ, 2003, p. 13).

Cabe ressaltar que, apesar de a seleção dos conteúdos já estar posta, a organização dos planos de aula propriamente dita fica a cargo dos docentes, cabendo aos mesmos fazerem os questionamentos e as (re)contextualizações necessárias para uma ação docente autônoma, significativa e transformadora da realidade.

Há os costumes de mudar o projeto pedagógico no papel e trabalhar para sua efetivação sem mesmo discutir ou perceber como os docentes pensam, conceituam ou abordam o que está determinado no próprio projeto pedagógico.

Sabendo-se que para efetivação do PPP é necessária sua (re)contextualização pelo professor em seu plano de ensino e de aula, torna-se necessário compreender como os professores pensam os conceitos de saúde dentro do paradigma da promoção da saúde, contribuindo ao entendimento das possibilidades do avanço efetivo dos projetos pedagógicos para uma formação dentro dos princípios do SUS.

Compreender os conceitos dos docentes não basta dentro de um pensamento apenas científico, pois essa compreensão vai além da teoria e sim de sua efetivação prática, pois nem sempre o científico é o que se estabelece na prática das pessoas.

Com isso, torna-se necessário ir além de um entendimento científico, pois as ações estão impregnadas de vivências e relações, de um saber científico, popular, do senso comum, vivido, compartilhado, de interações, intenções, de posições políticas e de valores.

Pensando assim, poder-se-ia afirmar que o conhecimento em saúde atravessa a dimensão teórica e prática que estão incluídas entre o saber instituído, chamado científico, formal, que necessita de uma revisão, atualização permanente; e um saber informal, pessoal, específico, mas também compartilhado, coletivo.

Esse saber informal é resultado do cotidiano, de vivências e que acaba sendo compartilhado e representa um papel preponderante no modo de agir e na prática das pessoas.

Os docentes da área da saúde/enfermagem estão sujeitos em suas ações educativas a trabalhar constantemente com o saber formal e informal. Esses saberes influenciam em seus

valores, crenças e principalmente em suas ações, trazendo à tona a ideia de representação social como compreensão desses saberes.

Assim, é necessário analisar outros aspectos, que se tornam possível pelo Estudo das Representações Sociais.

Representação Social, segundo Jodelet (2001):

é uma forma de conhecimento socialmente elaborado e compartilhado, que tem objetivo prático e contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social. Também designada de ‘saber do senso comum’ ou ‘saber ingênuo’, ‘natural’, distingue-se do conhecimento científico. Mas é tida como objeto de estudo igualmente legítimo, devido à sua importância na vida social e à elucidação que possibilita dos processos cognitivos e das interações sociais (JODELET, 2001, p. 37).

Por ser a representação social um conhecimento construído socialmente, que é compartilhado, que orienta as relações do sujeito e suas condutas, e pelo Estudo das Representações Sociais ser um saber que considera, reconhece a legitimidade do conhecimento informal, optou-se por usar a Teoria das Representações Sociais como referencial teórico-metodológico para analisar o paradigma da promoção da saúde nas dimensões cognitiva e afetiva da prática cotidiana dos docentes de cursos de graduação em Enfermagem.

Segundo Reis (2004), a Teoria das Representações Sociais busca romper com a cisão sociedade e indivíduo e com a polarização saber popular *versus* saber científico, valorizando o saber do senso comum, uma vez que este contribui para as explicações das relações dos sujeitos apresentando uma “importância prática, potência lógica, além de conter muitas vezes importantes e significativos núcleos de sensatez” (REIS, 2006, p. 78).

Da mesma forma, a incompatibilidade promoção da saúde e modelo neoliberal e sua incômoda e persistente atualidade pode gerar representações. Daí sua pertinência na reflexão da promoção da saúde, suas representações e práticas educativas.

Pretendeu-se, portanto, com este estudo analisar como os docentes de cursos de graduação em Enfermagem pensam a promoção da saúde, não somente no contexto acadêmico-científico, mas também informal, pessoal, coletivo e do senso comum através do estudo da Teoria das Representações Sociais.

Para tanto, este estudo pode tornar-se importante no sentido de que, ao analisar as representações sociais de docentes, permite identificar suas relações com o modelo tradicional de saúde ou com o modelo da promoção, integral, contribuindo com mudanças efetivas na formação do profissional enfermeiro.

1.2 Objetivo

Analisar as representações sociais de docentes de enfermagem de Instituições de Educação Superior sobre promoção da saúde.

2 RESGATE HISTÓRICO CONCEITUAL DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

2.1 Construção histórica do processo saúde-doença e da promoção da saúde

Os questionamentos sobre “o que é ter saúde”, “o que é ter doença”, “o que causa doença” e “o que faz se manter saudável” provavelmente já faziam parte do imaginário e preocupação do homem desde os primórdios. Inicialmente, e de acordo com a cultura do homem primitivo, as doenças eram vistas como decorrentes de causas externas como elementos da natureza, espíritos e algo sobrenatural, ou seja, externo ao homem (GUTIERREZ; OBERDIEK, 2001).

Já na Grécia Clássica, Alcmeón e Hipócrates descartam o sobrenatural e procuram dar uma explicação racional para as doenças, relacionando-as com o ambiente, a sazonalidade, o trabalho, a posição social, fatores fundamentais para o surgimento das doenças.

Começa a surgir ainda, de forma incipiente, a ideia de causa social das doenças, ou seja, observa-se uma relação íntima da doença com o ambiente e o contexto socioeconômico das pessoas.

Porém, com o domínio e hegemonia do pensamento religioso, mais especificamente monopolizado pela Igreja Católica na Idade Média, há um relativo retrocesso do pensamento e das práticas ocidentais em saúde, “abolindo” o pensamento racional grego e retornando à “ideia do sobrenatural”: doença como castigo de Deus.

De acordo com Gutierrez e Oberdiek (2001), ao final da Idade Média e já na Idade Moderna, as ideias da Igreja e seu dogmatismo religioso-filosófico começam a ser questionados. Esses questionamentos surgem e se confundem com o fim do modo de produção feudal na Europa Ocidental e a ascensão do comércio, além de uma mudança nas formas tradicionais de pensar e viver que repercute na vida político-econômica e também na ciência que enfatiza o pensamento racional.

Os questionamentos do dogmatismo religioso e o pensamento racional levam ao Renascimento, que foi um movimento de questionamento das autoridades feudais e ideias da Igreja.

Há, neste período, o avanço da clínica e dos conceitos de casualidade das doenças, sendo desenvolvidas teorias que falavam da presença de agentes infecciosos que podiam ser transmitidos por agentes intermediários e, principalmente, pelo ar.

Com essa teoria, aumentam as preocupações com as causas das doenças relacionadas às condições sanitárias, à limpeza das cidades e à higiene pessoal. Essas preocupações ficaram como ações isoladas, pois os estudos médicos avançaram apenas na compreensão e funcionamento do corpo e nas alterações anatômicas causadas pelas doenças, afastando aos poucos, durante o século XVIII, a preocupação com as causas das doenças.

Após a Revolução Francesa no final do século XVIII e com a crescente urbanização europeia e sua industrialização, retoma-se “a concepção de causação social, isto é, das relações entre as condições de trabalho das populações e o aparecimento de doenças” (GUTIERREZ; OBERDIEK, 2001 p. 18).

Nesse momento poder-se-ia dizer que com o desenvolvimento das ciências sociais surge a Medicina Social e sua preocupação com as condições de vida das pessoas e sua relação com as doenças e epidemias, como nos diz Virchow (*apud* BARATA, 1985):

as epidemias não apontarão sempre para as deficiências da sociedade? Pode-se apontar como causas as condições atmosféricas, as mudanças cósmicas gerais e coisas parecidas mas, em si e por si, estes problemas nunca causam epidemias. Só podem produzi-las onde devido às condições sociais de pobreza, o povo viveu muito tempo em uma situação anormal (VIRCHOW *apud* BARATA, 1985, p. 27).

Essas ideias de causação social também não avançam, pois com as descobertas bacteriológicas ocorridas na metade do século XIX há o deslocamento das concepções sociais, e o primado das causas externas, representado por partículas que podem provocar o aparecimento de doenças, é restabelecido com força muito maior.

A era bacteriológica muda todo o conceito de saúde em propostas de intervenção com a associação dos micro-organismos às doenças, em contraposição às ideias de causa social das doenças e tudo isso influenciado e legitimado pelo capitalismo.

O termo prevenção, mais especificamente prevenção de doenças, “nasce” junto com o chamado movimento preventivista, que consistiu em um esforço de antecipar à doença economizando trabalho, gastos econômicos e psíquicos no tratamento das doenças. Tratamento estes que avançam, principalmente, a partir da primeira metade do século XX quando se observa um crescimento e avanço tecnológico nas descobertas de micro-organismos, sua relação com as doenças, além do desenvolvimento de tratamentos medicamentosos específicos.

Há, contudo, a partir dessa época, um aprofundamento no modelo curativo. Esse modelo chamado curativista é influenciado pela fragmentação do conhecimento científico, levando ao individualismo, mecanicismo e biologicismo.

Estes por sua vez influenciam as abordagens das doenças cuja ênfase recai sobre o seu lado biológico e desconsiderando assim as questões socioeconômicas. O homem passa a ser “visto como uma máquina”, e também o único responsável pela sua doença.

Começa a ressurgir a ideia individualista da doença como fatalidade e a culpabilização do indivíduo pela doença, como se ele fosse o único responsável. Em consequência a isso há a sobreposição destas ideias em relação a causação social da doença ou da determinação social do doença (que é discutida hoje).

Essa ideia permanece hegemônica no século XX e marca a distinção entre a saúde pública tradicional e a perspectiva da saúde coletiva e da promoção da saúde (LEFREVE; LEFREVE, 2004).

Essa hegemonia da saúde pública tradicional no Brasil atravessa quase todo o século XX a partir das políticas públicas de saúde ligadas à previdência social e às ações médicas privatistas assistenciais.

2.1.1 Políticas públicas de saúde no Brasil e a promoção da saúde

As políticas públicas de saúde no Brasil surgem mais especificamente no início do século XX devido a uma pressão social dos trabalhadores, por suas condições de trabalho, pelas péssimas condições de vida da população e pelo enfraquecimento da força de trabalho por causa das doenças e epidemias.

A recente urbanização, o nascimento da industrialização brasileira e a necessidade de saneamento das vias de escoamento do café, também são as principais pressões pela intervenção do Estado na saúde.

Essa situação de pressão social, associada à mudança na postura do Estado, até então marcadamente liberal e de não intervenção nas áreas sociais e de trabalho, põem em discussão a chamada ‘questão social’. Expressão inevitável do processo de urbanização acelerado, das péssimas condições de trabalho e dos baixos salários, que impunham aos trabalhadores e suas famílias condições sub-humanas de vida. [...] As epidemias, a falta de segurança no trabalho, as péssimas condições de vida e a falta de assistência à saúde acabaram levando os trabalhadores, agora mais organizados, a explicitarem com mais clareza os antagonismos da relação capital *versus* trabalho. Determinadas bandeiras liberais, que tinham sido assumidas como discurso pelos republicanos, foram reivindicadas pelos trabalhadores, como direito de cidadania, estimulando lutas sociais que assumiram papel relevante no período de 1910/1920 (RIZZOTTO, 1999, p. 18-19).

Neste contexto, o Estado Brasileiro procura amenizar a crise, oferecendo determinados serviços básicos como educação e saúde que atuava também como controle

social e ideológico, pois os serviços de saúde surgem como serviços de controle das contradições entre os interesses dos indivíduos e do sistema social como um todo, principalmente no que se refere à prevenção das doenças com a função de impor normas coletivas de conduta visando à saúde pública (SINGER, 1981).

Em um primeiro momento, as políticas públicas brasileiras reforçam o pensamento unicausal da bacteriologia com as ações do movimento sanitarista/campanhista que atuava no combate às epidemias via obrigatoriedade de vacinação e combate aos vetores, sem preocupação com a melhoria das condições de vida das pessoas.

Merhy (1992) reforça que esta ação brasileira pautada na corrente microbiológica

apresentou para a sociedade um projeto de intervenção – o ‘campanhista/policial’ – [...] que se baseava na intervenção da polícia sanitária e na execução de campanhas. Essas estratégias de intervenção configuravam-se em estruturas institucionais centralizadas, que se utilizavam das ações mais variadas para separar o universo dos sadios daquele dos doentes e/ou contaminados e, desta forma, permitir que o lado sadio se impusesse (MERHY, 1992, p. 91).

Porém, no Brasil, na década de 1920, há uma tentativa de retomada das ideias de causalidade social das doenças. Essa proposta surge com Carlos Chagas à frente da direção do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) no período de 1920 a 1926.

Segundo Rizzotto (1999), Carlos Chagas

proclamava a necessidade de Unidades de Saúde Locais e Permanentes, com a formação de uma equipe de profissionais que atuasse de forma sistemática junto à população. Nesse projeto para a Saúde Pública, a enfermeira-visitadora teria um papel fundamental a desempenhar como ‘educadora sanitária’, e foi com essa intenção, proclamada na ocasião, que se institucionalizou a ‘Enfermagem Moderna’ no Brasil. Entretanto, a vontade individual não basta e o discurso oficial não garante que se concretize os projetos, já que existem determinados objetivos que interferem no processo (RIZOTTO, 1999, p. 20-21).

Como interferência, nesse momento, havia o curativismo como ideologia dominante da época, que colabora definitivamente para que os ideais de Carlos Chagas não saíssem do papel e se implementasse o modelo “Vertical Permanente Especializado” que, segundo Merhy (*apud* RIZZOTTO, 1999, p. 22), organizava “os serviços por problemas específicos, verticalmente administrados, e que atuava paralelamente utilizando-se de todos os instrumentos das campanhas e da educação sanitária da Medicina curativa.”

Naquele momento iniciava-se a industrialização brasileira, com o aumento do êxodo rural e do trabalho assalariado e junto a este as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP). As CAPs foram o início do sistema previdenciário do país, que como cobertura

favorecia o atendimento médico, colaborando com o avanço do modelo médico assistencial privatista e com o modelo biomédico que tinha como foco o individualismo, a cura das doenças e não a prevenção e promoção pensada por alguns sanitaristas e por Carlos Chagas.

Neste momento, a “Enfermagem Moderna” no Brasil, inicialmente pensada para trabalhar para o DNSP e que é absorvida por este inicialmente, acaba por se deslocar ao ambiente hospitalar pelo foco curativista da época e também pela sua formação fragmentada, dividida em disciplinas e com um caráter hospitalocêntrico como referido por Rizzotto (1999) que,

com relação ao primeiro Programa de Ensino oficial da Escola de Enfermagem Anna Nery, observa-se que este programa não se diferenciava fundamentalmente do *Standart Curriculum for Schools of Nursing* em vigor nos EUA desde 1917, evidenciando claramente a concordância com o modelo de formação centrado nos hospitais, que havia se instituído naquele país há mais de meio século (RIZZOTTO, 1999, p. 61).

A autora nos reforça ainda que apenas 11% das disciplinas do Curso de Enfermagem tinham uma relação com a saúde pública e que houve a opção em não ministrar a disciplina de “Higiene e Saúde Pública” que estava no programa, ficando claro o descompasso entre o “ideal” de Carlos Chagas e a formação das enfermeiras.

Fica em evidência que os interesses dominantes se impunham, levando a enfermagem para o atendimento hospitalar, centrado no cuidado e na cura das doenças, abandonando progressivamente o caráter coletivo e enfatizando a assistência individual. O fato é que a Escola Anna Nery em 4 anos formou 94 enfermeiras e ao fim de 1929 apenas 28 estavam como enfermeiras-visitadoras e 70% das diplomadas contratadas para tal função desistiram, preferindo “a posição menos trabalhosa e mais tranquila de enfermeiras particulares ou de hospitais” e até deixando a profissão (RIZZOTTO, 1999, p. 26).

Pelas razões apresentadas anteriormente, mais uma vez não avançam as ações coletivas em saúde e aumenta a dicotomia entre as ações coletivas que eram públicas e a atenção médica individual, que eram particulares, que permanecerá até a década de 1980, pois somente na segunda metade da década de 1970 é que novamente retornam as discussões da abordagem coletiva, período em que aumenta a discussão pela busca da reforma nas políticas de saúde. Surge e ganha força um movimento chamado de reforma sanitária que se apresenta como uma alternativa ao sistema de saúde ou oposição ao sistema de então.

Esse movimento tem como proposta a Atenção Primária em Saúde (APS) que, de acordo com Gutierrez e Oberdiek (2001), foi “sistematizado pelo Congresso de Alma Atta,

promovido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e por ela difundido para países em desenvolvimento” (GUTIERREZ; OBERDIEK, 2001, p. 35).

Esta luta partiu dos profissionais de saúde, sindicatos e representantes de classe profissional da saúde, lideranças políticas e populares desde a década de 1970, coincidindo com a luta pelo fim da ditadura e pelas “Diretas Já” e com a promulgação da Constituição Brasileira de 1988 que garante formalmente o direito à saúde a todos os brasileiros e residentes no país, estabelecendo que a saúde seja direito de todos e dever do Estado.

A Constituição Federal Brasileira de 1988 incorporou mudanças no papel do Estado e do sistema público de saúde, dando origem ao SUS. O SUS é resultado do Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira que defendia insistentemente uma reformulação do Sistema de Saúde do Brasil e que define os princípios finalísticos da Reforma: participação social, equidade, descentralização, integralidade e universalidade.

O princípio da integralidade refere que as ações devem estar voltadas ao mesmo tempo para o indivíduo e para a comunidade, para a prevenção e para o tratamento, não vendo as pessoas como um amontoado de partes, mas como um todo que faz parte de uma família e uma sociedade.

Para Gutierrez e Oberdiek (2001), “a integralidade aponta para a superação da dicotomia serviços preventivos *versus* curativos e para a atuação em outras áreas além da assistência individual: a área de prevenção e promoção da saúde, extrapolando, inclusive, o setor saúde” (GUTIERREZ; OBERDIEK, 2001, p. 40).

Promoção da saúde ressurgiu de forma mais vigorosa nas últimas décadas do século XX, principalmente em países desenvolvidos como o Canadá e são difundidas nos países latino-americanos por influência da OMS e Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) e pelos questionamentos dos altos custos da medicina curativa e sua baixa resolutividade. Segundo Czeresnia (2003):

uma das origens importantes desse ressurgimento foi o questionamento da eficiência da assistência médica curativa de alta tecnologia. A partir da necessidade de controlar os custos crescentes do modelo biomédico, abriu-se espaço para criticar o estreitamento progressivo que este modelo produziu na racionalidade sanitária e no resgate do pensamento médico social que, em meados do século XIX, enfatiza relações mais amplas entre saúde e sociedade (CZERESNIA, 2003, p. 9).

Uma colaboração importante para essas novas discussões foi a ampliação do conceito de saúde, fundamental para a constituição de um campo de conhecimentos e práticas

para a promoção da saúde e reconhecendo a insuficiência do modelo biológico e da tecnologia médica, o chamado modelo biomédico.

A constituição de um espaço de conhecimento e prática da promoção da saúde se estabelece a partir do Congresso Internacional de Atenção Primária em Saúde em Alma Atta (1978) e da Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde realizada em Ottawa (1986) em que surge um discurso sanitário que afirma a saúde em sua positividade e como qualidade de vida resultante do complexo processo condicionado por diversos fatores como alimentação, justiça social, ecossistema, renda, educação, moradia, acesso aos serviços de saúde, dando origem ao conceito amplo de saúde (CZERESNIA, 2003).

Esse conceito amplo assume destaque no Brasil a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, na promulgação da Constituição de 1988 e com a criação do SUS.

A partir de então se inaugura um novo paradigma: o da promoção da saúde ou Nova Promoção da Saúde. Ele está relacionado ao conceito ampliado de saúde e seus determinantes, divergindo das ações de prevenção de doenças relacionada com as questões técnicas e científicas do setor saúde e das questões biológicas das doenças.

Perante as mudanças conceituais de saúde discutidas não mais como ausência de doença, seu conceito ampliado e o esgotamento do modelo biomédico, as ideias de promoção da saúde ressurgem como um projeto de resposta e desafio às mudanças sanitárias contemporâneas.

2.1.2 Evolução conceitual sobre a promoção da saúde

O termo “promoção da saúde” não é uma formulação recente, apesar de nas últimas décadas, ser discutido com uma configuração diferente e aproximado do conceito ampliado de saúde.

Ao longo da história, a promoção da saúde esteve presente desde os primeiros questionamentos sobre o processo saúde-adoecimento, e seu conceito e sua compreensão têm uma relação direta com as políticas de saúde de cada época e com o entendimento do que é saúde (WESTPHAL, 2006; CZERESNIA, 2003).

Rudolf Virchow, considerado o pai da Medicina Social, alerta em seu estudo sobre Epidemia de Tifo, em 1847, que saúde está relacionada à democracia, à educação, à liberdade e à prosperidade (WESTPHAL, 2006). Essas recomendações não podem deixar de

serem relacionadas como uma estratégia de promoção da saúde da forma em que se configura hoje, considerando a saúde no seu conceito amplo.

Referências mais remotas na literatura sobre a expressão “promoção da saúde” foram feitas pelos autores Winslow em 1920 e por Sigerist em 1946, sendo que este último usou o termo “promoção da saúde” definindo as tarefas da medicina: a promoção da saúde, a prevenção de doenças, a recuperação dos enfermos e a reabilitação (BUSS, 2003). Afirma também que para se promover saúde faz-se necessário proporcionar condições de vida decentes como trabalho, educação, cultura e lazer.

Mesmo com referências antigas do relacionamento da promoção da saúde com o conceito amplo de saúde que considera também os determinantes sociais, econômicos e políticos, os avanços científicos no campo biomédico, muito necessário para combater doenças infecciosas, influenciou as estratégias preventivas e as orientações da natureza biológica da doença.

Essas estratégias reforçaram o conceito de saúde como ausência de doença, dando início à “era terapêutica”, sustentando as ações em saúde como quase que exclusivamente relacionadas à cura das doenças (modelo curativista). Essas práticas levaram ao mecanicismo das ações, ao biologicismo (consideração apenas com a natureza biológica das doenças, de seu tratamento e de sua cura), e ao individualismo (excluindo o contexto ambiental, social, político, cultural e histórico) (WESTPHAL, 2006; CARVALHO, 2005).

Consequentemente, essas práticas e o avanço da ciência e tecnologia orientaram a fragmentação das ações, a valorização do ambiente hospitalar como único promotor de saúde e a hiper especialização. Um reforço desta vertente, segundo Santos e Westphal (1999), foi a mudança do ensino médico, principalmente a partir do Relatório Flexner de 1910 que, entre outras recomendações, deu ênfase na pesquisa biológica e no reforço à especialização médica, consolidando o paradigma biomédico e o imaginário coletivo de que saúde se limita às reflexões a respeito de doenças.

Já em 1965, o conceito de promoção da saúde é utilizado por Leavell e Clark no modelo da tríade ecológica ou História Natural da Doença (HND). Essa HND está na relação do ambiente, do agente etiológico e do hospedeiro e comportaria em três níveis de prevenção.

A HND teria o período de pré-patogênese (prevenção primária), de diagnóstico e tratamento (prevenção secundária) e de reabilitação (prevenção terciária). A promoção à saúde, neste modelo, estaria no nível da prevenção primária.

A promoção à saúde, então, consistiria em medidas de proteção específicas contra agentes patológicos ou estabelecimento de barreiras contra os agentes do meio ambiente.

Esse modelo significou um grande avanço no momento em que os autores chamam a atenção dos profissionais da saúde para as questões ambientais, porém, reduz a doença apenas em sua condição biológica e o predomínio do pensamento clínico, não considerando as questões positivas e negativas das condições de vida das populações (ANDRADE; BARRETO, 2001) além de considerar a promoção à saúde como apenas um nível de atenção à saúde (BUSS, 1998; ANDRADE, 2006).

Este estudo também colabora com a relação de promoção à saúde e prevenção de doenças, em que muitos profissionais de saúde, até hoje, entendem a prevenção de doenças e promoção à saúde como sendo a mesma coisa e da forma proposta pela tríade ecológica (WESTPHAL, 2006).

A confusão entre prevenção e promoção percorreu grande caminho para se avançar até o moderno conceito de promoção que começou a ser construído nas conferências internacionais a partir do final da década de 1970.

No Brasil, por exemplo, as políticas públicas de saúde, ao longo do século XX, favoreceram a relação da saúde com as questões biológicas e curativas a partir das ações médico-assistencial-privatistas através das CAPs, dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP) e posteriormente com o sistema previdenciário do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) (HOCHMAN, 2006).

Esse sistema apresentou, como principais características, a criação de um complexo médico-industrial mediante intervenção estatal pela previdência, voltada para a prática médica curativa, individual, especializada, hospitalar e separada da saúde coletiva. Essa prática avançou paralelamente com o crescente desenvolvimento da indústria de equipamentos médico-hospitalares e da indústria farmacêutica.

O atendimento médico, laboratorial, farmacêutico e hospitalar estava intimamente relacionado à compra de atendimento mediante contribuição à previdência que contratava os serviços e repassava os valores por procedimentos ou ao atendimento particular propriamente dito. Aos que não podiam pagar e/ou não contribuía com a previdência restavam os hospitais universitários e de caridade (GUTIERREZ; OBERDIEK, 2001).

Nesse processo, é possível perceber como princípio constitutivo da Medicina Moderna, o individualismo, princípio que coloca os direitos individuais como prioritários e preponderantes sobre os da coletividade.

A partir do final da década de 1970 e início da década de 1980 há um questionamento das políticas públicas de saúde do Brasil atreladas ao setor previdenciário, sua

exclusão de vários cidadãos, a não consideração da saúde como um bem básico do cidadão, e sua intervenção, considerando apenas as questões biológicas da doença (CAMPOS, 2006).

Esses questionamentos culminaram com a chamada Reforma Sanitária e com a criação do SUS, entendendo saúde como um bem comum e direito universal, dever do Estado com ações descentralizadas, integrais, equânimes e com controle social.

A Saúde passa a ser discutida como um conceito muito além de ausência de doenças, ampliando seu conceito a partir do reflexo dos níveis de educação, moradia, meio ambiente, transporte, segurança pública e toda uma complexidade de relações e situações expressas a partir dos níveis econômicos e socioculturais de cada localidade.

Saúde, então, é o resultado de políticas multi e intersetoriais e dos determinantes sociais, incluindo o acesso aos serviços de saúde.

Todos estes questionamentos e direcionamento do conceito amplo de saúde são influenciados pela baixa resolutividade da medicina curativista, seus altos custos e principalmente pelas conferências internacionais na área da saúde, para a qual foram propostas transformações nas políticas de saúde com ênfase na atenção primária e no desenvolvimento da comunidade (ANDRADE, 2006).

Andrade (2006) diz também que, a partir deste processo, criaram-se as bases discursivas da Reforma Sanitária Brasileira no final da década de 1970. Refere ainda que promoção da saúde e reforma sanitária têm uma ligação importante em suas produções discursivas: de um lado, a promoção da saúde, de outro, o Movimento da Reforma que fundamentaram o SUS.

Com a ampliação do conceito de saúde, a partir do esgotamento do paradigma biomédico, surge de forma mais vigorosa nos últimos 30 anos o conceito moderno de promoção da saúde ou Nova Promoção da Saúde (CARVALHO, 2005; BUSS, 2003).

Essa Nova Promoção da Saúde questiona o modelo da História Natural da Doença, que foi extensamente utilizado pela saúde pública por se limitar ao desenvolvimento de ações de educação sanitária, como se os problemas de saúde fossem apenas por ignorância e maus hábitos (ANDRADE, 2006).

Este entendimento mais amplo de promoção da saúde relaciona que os determinantes do processo saúde-doença estão ligados ao complexo histórico, político e socioeconômico. Assim, a promoção da saúde está relacionada “a um ‘conjunto de valores’: vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, participação, parceria, desenvolvimento, justiça social, revalorização ética da vida” (ANDRADE, 2006, p. 49-50).

Para Buss (2000), este conceito moderno parte de uma concepção ampliada do processo saúde e doença a partir de seus determinantes, propondo uma articulação entre os saberes técnicos e populares, públicos e privados para o enfrentamento e resolução dos problemas de saúde.

Já Lefreve e Lefreve (2004) dizem que, se a promoção à saúde veio para configurar como um novo paradigma deve-se romper com a visão fatalista da doença, ou seja, admitir a ideia de que a doença não é uma fatalidade e que a saúde não é uma resposta a esta fatalidade.

Romper com essa perspectiva é uma tarefa enorme e implicam, segundo os autores, linhas muito amplas como relacionar-se com a natureza não predatoriamente, reformar os municípios e o modo de produção no meio urbano e rural e, por fim rediscutir o modo de relacionamento do homem com seus semelhantes e consigo mesmo. Necessário também compreender que a saúde não pode ser responsabilidade apenas de ciência e tecnologia e que promoção da saúde difere de prevenção de doenças.

Westphal (2006, p. 644) diz que a promoção, como se entende hoje, “está mais vinculada a uma visão holística e socioambiental”, se coloca como uma “prática emancipatória e um imperativo ético” e que a “prevenção das doenças é mais vinculada a uma visão biologicista e comportamentalista” do mesmo processo saúde-doença.

Para a autora, a ação relacionada à prevenção de doenças identifica os riscos e atua sobre eles, mas não considera como sua função a intervenção na gênese desses riscos, “nem o estudo de suas naturezas, mecanismos de atuação, meios de prevenir sua existência” (WESTPHAL, 2006, p. 644).

Sobre isto, Lefreve e Lefreve (2004) referem que, para a prevenção, a ação é aquela tomada antes do surgimento ou agravamento de uma condição que vise afastar a doença ou faça com que esta seja mais branda e que, por outro lado, a promoção da saúde teria como meta e ideal a eliminação permanente ou duradoura da doença porque sua ação busca atingir as causas mais básicas.

Por fim, faz-se necessário reforçar que este novo olhar conceitual e prático de promoção da saúde, que vem sendo construído nas últimas décadas, relaciona promoção da saúde com responsabilidades. Responsabilidade individual, coletiva e do Estado, mas não isoladamente e sim em compartilhamento.

3 O ESTUDO DA REPRESENTAÇÃO SOCIAL

A obra de Serge Moscovici *La Psychanalyse, son image, son public* de 1961, trás consigo a base da teoria das Representações Sociais (ARRUDA, 2002).

A teoria das Representações Sociais é uma teoria científica “sobre os processos através dos quais os indivíduos em interação social constroem explicações sobre objetos sociais” (WACHELKE; CAMARGO, 2007, p. 379). Assim, esta teoria reapresenta aquilo que já há muito tempo é preocupação das outras ciências humanas como a história, sociologia, psicologia e antropologia.

Esta teoria das Representações Sociais tem como marco ancestral as Representações Coletivas, proposto por Émile Durkheim em 1912. Este via as Representações Coletivas como formas estáveis de compreensão coletiva. Para Durkheim havia uma separação entre a representação individual (campo de estudo da psicologia) da representação coletiva (campo de estudo da sociologia), sendo que a individual seria mais instável e a coletiva, possuidora de suas próprias leis, seria mais estável (MOSCOVICI, 2003).

Inspirando em Durkheim, Moscovici (2003) sugeriu o termo “social” ao invés de “coletivo”, por dar um caráter mais dinâmico e indicar um fenômeno e não um conceito.

Este autor refere que o dinamismo nos contextos sociais são características de sociedades modernas por conta do desenvolvimento da comunicação (Moscovici, 2003).

Diferentemente das sociedades tradicionais, em que as representações coletivas eram conhecimentos sociais partilhados por toda civilização, e que a própria ciência, que surge também como um questionamento do sistema feudal e religioso, aliado as comunicações de massa, apresenta conseqüentemente uma diversificação das representações tornando-as mais instáveis (WACHELKE; CAMARGO, 2007).

Em relação a dimensão destas representações, a representação coletiva é mais abrangente, pois se refere a grandes coletividades, já a representação social é mais limitada, e abrange grupos definidos, construídas no cotidiano e interação pública entre os atores sociais (WACHELKE; CAMARGO, 2007).

Moscovici demonstra a associação que existe entre indivíduo e sociedade e, portanto, as interações sociais. Apresenta também que estas interações e a comunicação são processos responsáveis na construção das representações sociais e assim ele define como:

Um sistema de valores, idéias e práticas, com uma dupla função: primeiro estabelecer uma ordem que possibilitará às pessoas orientar-se

em seu mundo material e social e controlá-lo; e, em segundo lugar, possibilitar que a comunicação seja possível entre os membros de uma comunidade, fornecendo-lhes um código para nomear e classificar, sem ambigüidade, os vários aspectos de seu mundo e da sua história individual e social (MOSCOVICI, 2003, p. 21).

Assim, a representação social marca nova fase na psicologia social explorando uma diversidade de idéias coletivas nas sociedades modernas.

Não há um conceito único de representação social e esta é entendida por Sá (2002) como estudo legítimo na área da psicologia social e tem uma forma de conhecimento elaborada e compartilhada socialmente, constituída de informações, de crenças, valores, opiniões, atitudes sobre um determinado objeto social e que se apresenta na construção da realidade de um grupo social.

Para Jodelet (2001, p. 22), representação social é “uma forma de conhecimento socialmente elaborada e partilhada, tendo uma orientação prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”.

Já Abric (2000, p. 28), apresenta o conceito como “o conjunto organizado de informações, atitudes, crenças que um indivíduo ou um grupo elabora a propósito de um objeto, de uma situação, de um conceito, de outros indivíduos ou grupos apresentando-se, portanto, como uma visão subjetiva e social da realidade”.

Observa-se a relação de representação social com o cotidiano das pessoas dentro de um determinado contexto social e também sua relação com os valores e crenças históricas, políticas e culturais de um determinado grupo social.

O estudo das representações sociais, então, retrata uma aproximação do senso comum, o interesse pela pesquisa dos fenômenos coletivos e o conhecimento das regras que governam o pensamento social.

Para a compreensão desta teoria se faz necessário o entendimento do funcionamento da ancoragem e a objetivação.

Na ancoragem, ocorre “um processo que transforma algo estranho e perturbador, que nos intriga, em nosso sistema particular de categorias e o compara com um paradigma de uma categoria que nós pensamos ser apropriada” (MOSCOVICI, 2003, p. 61). A ancoragem, portanto, dá sentido ao objeto novo ou desconhecido e transforma o não-familiar em familiar (MOSCOVICI, 2003; SÁ, 1996).

Articulada à ancoragem, está a objetivação, que está relacionada com o processo de tornar um objeto que é representado dando forma objetiva a um conhecimento até então subjetivo. É o processo pelo qual o abstrato ganha forma e se torna concreto a partir das imagens e idéias. “Une a idéia de não familiaridade com a de realidade, torna-se a verdadeira essência da realidade” (MOSCOVICI, 2003, p. 71).

Muitos avanços foram alcançados por pesquisas que tinham como critérios identificar como as representações se organizam, se apresentam e se modificam (WACHELKE; CAMARGO, 2007).

A estrutura de uma representação se organiza por dois sistemas de cognição: sistema central e sistema periférico.

O sistema central apresenta cognições que determina identidade a representação, dá estabilidade e organiza seus elementos.

Segundo Abric (2003), o núcleo central contém elementos mais estáveis e resistentes a mudanças ligados a sistemas geralmente abstratos e de valores. Já os elementos do sistema periféricos são mais concretos de natureza funcional, prática e descreve ações. Estes são elementos mais instáveis que se modificam mais facilmente de acordo com a realidade prática e das alterações do contexto de algum grupo sobre um objeto social.

Os elementos periféricos, assim, agem como protetor do sistema central uma vez que suas mudanças devido novas práticas sociais não ameaçam a representação, uma vez que o seu núcleo central permanece intocado. Ocorrendo uma mudança no núcleo central poderá ocorrer uma transformação na representação social (ABRIC, 2003).

Contudo, os elementos mais concretos ou periféricos em ligação com os elementos mais abstratos ou centrais garantem que a representação social seja um “guia de leitura para a realidade, que se relaciona com o cotidiano do atores sociais” (CAMPOS, 2003; WACHELKE; CAMARGO, 2007 p. 383).

4 METODOLOGIA

4.1 Referencial Teórico-Metodológico

A metodologia proposta para o estudo fundamenta-se nos princípios da pesquisa qualitativa, desenvolvida de acordo com o referencial teórico-metodológico da Teoria do Núcleo Central, ou abordagem estrutural das representações, elaborada por Jean-Claude Abric em 1976. Definida como abordagem complementar das proposições originais básicas das Representações Sociais, chamada “grande teoria”, cunhada em 1961 por Serge Moscovici, defende a necessidade de trabalhar a ideia de centralidade na organização da representação social.

Como complementação da “grande teoria”, como discorre Sá (1998), a Teoria do Núcleo Central ocupa-se mais especificamente do conteúdo cognitivo das representações, mas de forma organizada, estruturada e não como uma simples coleção de ideias e valores, organizando em um sistema central e um periférico com características e funções distintas.

A teoria do núcleo central e os pesquisadores ligados a ela não estão interessados em apenas conhecer o conteúdo da representação, mas também sua estrutura.

Segundo Sá (1998), referindo-se à teoria de Abric, diz que o mesmo

atribui aos elementos cognitivos do núcleo central as características de estabilidade / rigidez / consensualidade e aos elementos periféricos um caráter mutável / flexível / individualizado, de modo que o primeiro proporciona o significado global da representação e organiza os segundos, os quais, por seu turno, asseguram a interface com as situações e práticas concretas da população. Com isso, a teoria foi capaz de conciliar aquelas aparentes contradições em um todo estruturado e dinâmico (SÁ, 1998, p. 77).

Abric defende a ideia de que a representação social organiza-se em torno do seu núcleo central, sendo este formado por elementos ligados à história e à memória do grupo social, que apresentam resistência às mudanças e conferem às representações identidade e estabilidade. Ao redor desse núcleo, o autor refere-se à existência de um sistema periférico, formado por elementos que realizam a conexão do sistema central e a realidade cotidiana. São eles que dão mobilidade e flexibilidade às representações sociais, regulando e adaptando o núcleo central às necessidades dos indivíduos e grupos sociais. Atuam também na defesa do sistema central que, se for transformado, provoca uma alteração completa na representação (ABRIC, 1997; SÁ, 2002).

Em complemento a este núcleo, o sistema periférico, é responsável pela elasticidade e pela flexibilidade das representações sociais, suportando a heterogeneidade do grupo e suas contradições (ABRIC, 2000).

4.2 Cenário do Estudo

A pesquisa de campo foi realizada com docentes de Enfermagem de três cursos de graduação em Enfermagem de Instituições de Educação Superior Privada da região metropolitana de Belo Horizonte.

A definição dos cursos e respectivas instituições ocorreu considerando instituições privadas da região metropolitana de Belo Horizonte – MG mas com características diferentes, sendo uma filantrópica ligada a Igreja Católica, outra também filantrópica ligada a Igreja Metodista e uma de direito privado.

Os três cursos de Enfermagem que foram cenários deste estudo inserem-se em instituições com mais de trinta e cinco anos de existência e com formação no ensino superior há mais de vinte e oito anos. Entretanto, os cursos de enfermagem nestas instituições, surgiram somente após a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) de 1996 e mais especificamente após o ano 2000.

Os três cursos foram identificados em ordem numérica, mantendo-se, assim, o anonimato dos mesmos e dos seus docentes participantes. A seguir descrevem-se cada uma das instituições e seus respectivos cursos:

Instituição/Curso 1 (IES1):

Este curso de Enfermagem insere-se em uma universidade privada, porém filantrópica ligada à Igreja Católica. O curso forma o enfermeiro generalista e a formação dos enfermeiros acontece em quatro anos e meio distribuídos em nove períodos. O conteúdo é dividido em disciplinas, porém, ao contrário dos outros dois cursos que fazem parte deste estudo, este currículo aborda o conteúdo mais integrado e rompe com o modelo ciclo básico e ciclo profissional na formação do enfermeiro.

Nos cursos tradicionais, a formação do aluno se dá pela divisão de conteúdos em disciplinas e estas são divididas no ciclo básico com as disciplinas da área de Ciências Humanas e da Saúde como Filosofia, Sociologia, Anatomia e Bioquímica, por exemplo, nos primeiros períodos do curso e posteriormente as disciplinas “técnicas” chamadas de Ciências

da Enfermagem como Saúde da Mulher, Atendimento Pré-hospitalar, Fundamentos de Enfermagem, entre outras.

No curso em questão como já foi referido anteriormente, as disciplinas do ciclo básico e ciclo profissional se “misturam” ao longo dos períodos.

Este curso também faz parte do Pólo de Educação Permanente para o SUS e também participa do Projeto Pró-saúde, fruto da parceria entre os Ministérios da Saúde e da Educação, que viabiliza iniciativas de escolas integradas ao SUS.

Instituição/Curso 2 (IES2):

Este curso de Enfermagem insere-se em um centro universitário privado, porém filantrópico ligado à Igreja Metodista. A proposta pedagógica de formação do enfermeiro se dá em quatro anos divididos em oito períodos e os conteúdos são divididos por disciplinas com os campos do conhecimento ligados às Ciências da Saúde ou Biológicas, Ciências Sociais e Humanas nos primeiros períodos e posteriormente as disciplinas das Ciências da Enfermagem. Portanto, há divisão entre os chamados ciclos básico e profissional.

Instituição/Curso 3 (IES3):

O curso de Enfermagem insere-se em uma Instituição Privada não filantrópica.

A formação do enfermeiro ocorre em quatro anos divididos em oito períodos. Os conteúdos são divididos em disciplinas e separados por campos de conhecimentos, sendo nos primeiros períodos do curso as disciplinas ligadas às Ciências Biológicas, Sociais e Humanas e posteriormente as disciplinas das Ciências da Enfermagem, ocorrendo também a divisão ciclo básico *versus* ciclo profissional.

A relação docente/instituição com as Instituições/Cursos se dá da seguinte forma:

Instituição/Curso 1:

Os docentes são horistas, havendo docentes que fazem parte do quadro permanente e docentes com contratos temporários de no máximo doze meses.

Entre os docentes do quadro permanente alguns se inserem em programas de extensão e pesquisa com uma carga horária maior e não somente em sala de aula.

Instituição/Curso 2:

Os docentes são horistas com carga horária mínima de doze horas e obrigatoriamente com disponibilidade para aumentar a carga horária para vinte horas. Há um

estímulo e incentivo para docentes com dedicação de tempo integral (quarenta horas semanais) com inserção no colegiado do curso, projetos de extensão e pesquisa.

Instituição/Curso 3:

Os docentes são horistas, inserindo-se apenas em sala de aula, relacionando-se apenas com a instituição nos momentos das aulas e não há estímulo, incentivos e esforços para projetos de extensão e pesquisa. Os docentes não podem ter mais de vinte horas semanais de contrato.

4.3 População e Amostra

Para participar do estudo foram convidados docentes dos cursos de graduação em Enfermagem das três IES.

Na época da realização da pesquisa essas instituições tinham um total de 180 docentes.

Os critérios de seleção dos sujeitos da pesquisa foram os docentes serem dos cursos de graduação em Enfermagem das três IES em estudo, independente das disciplinas ou conteúdos em que trabalhavam e da formação dos mesmos. Portanto, para participar do estudo bastava ser professor do curso de Enfermagem de cada IES.

A participação deles na pesquisa foi voluntária, tendo ocorrido após a apresentação do pesquisador e exposição do propósito do estudo aos docentes de Enfermagem de cada IES. A apresentação se deu nos momentos de reunião de professores, no início de semestre letivo, e de reunião de períodos de curso. Os docentes também foram abordados nas salas dos professores, nos intervalos das aulas, não sendo procurados fora das instituições de ensino ou através de outros meios como correspondência ou correio eletrônico.

Dessa forma, em um universo de 180 docentes, 124 aceitaram participar do estudo e fizeram parte deste, perfazendo um total de 68,88% dos docentes. Em relação à IES1 fizeram parte deste estudo 34 docentes, de um total de 52 (65,38%). Na IES2, 40 docentes participaram de um total de 60 (66,66%) e na IES3, entre os 68 docentes da instituição, 50 fizeram parte do estudo (73,53%).

4.4 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada após avaliação e aprovação do projeto pela Câmara do Departamento de Enfermagem Aplicada da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (ANEXO C) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (ANEXO D) conforme recomenda a Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

Todos os sujeitos da pesquisa aceitaram participar por meio de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO B).

Primariamente, os coordenadores de curso de Enfermagem das IES deram sua anuência para a realização da pesquisa nas respectivas instituições (ANEXO A).

Para o levantamento dos dados foram realizadas coletas de evocações livres sob a forma de questionário (APÊNDICE A). Esse questionário continha, em sua primeira parte, espaço para registro de informações de identificação como sexo, formação, tempo de graduação, entre outros, e que foram utilizados nas variáveis do estudo.

As variáveis de identificação justificam-se pelo fato de serem relevantes para a caracterização de subgrupos, devido às diferentes representações (OLIVEIRA *et al.*, 2003).

A técnica de evocação livre, também chamada de associação livre, é um teste que propicia apreender a percepção de determinado objeto na realidade de um grupo social.

A técnica de associação permite, através da evocação de palavras e expressões, uma apreensão de forma rápida e objetiva das representações, reduzindo as dificuldades existentes nas produções discursivas e nas tradicionais técnicas de coleta de dados, como a entrevista e o questionário.

O caráter espontâneo, portanto menos controlado, aliado à dimensão projetiva desta produção, deveria permitir o alcance, mais fácil e rapidamente do que numa entrevista, dos elementos que constituem o universo semântico do termo ou do objeto estudado. A livre associação permite a atualização de elementos implícitos ou latentes, que seriam suplantados ou mascarados nas produções discursivas. (OLIVEIRA *et al.*, 2003, p. 3).

Foi utilizado um questionário com espaços para serem registradas as palavras ou expressões por ordem de evocação e também por ordem de importância.

Foi solicitado aos sujeitos da pesquisa que escrevessem rapidamente 5 (cinco) palavras ou expressões que lhes vinham imediatamente à lembrança a partir do estímulo visual do termo indutor “Promoção da Saúde”.

Logo após, foi solicitado aos sujeitos que enumerassem as evocações por ordem de importância, com o objetivo de identificar aquelas que julgassem possuir maior significado em relação ao termo indutor.

Esta técnica de entrevista foi validada com uma pequena amostra para possíveis adequações e observações como, por exemplo, a quantidade de palavras e/ou expressões evocadas.

A quantidade de palavras ou expressões é importante no sentido de manter a espontaneidade das evocações livres, como afirma Oliveira *et al.*, segundo a qual o número de palavras não deve exceder a seis, já que “a prática tem mostrado que a partir de sete palavras evocadas há um declínio na rapidez das respostas, evidenciando um trabalho mental lógico para as produções subsequentes, descaracterizando o caráter natural e espontâneo das evocações livres” (OLIVEIRA *et al.*, 2003. p. 5)

Porém, essa autora diz que é preciso considerar que quando se solicita um número menor que cinco, corre-se o risco de obter uma quantidade insuficiente de dados, levando a um viés e comprometendo o resultado final.

A técnica de evocação livre para a coleta de dados considera as propriedades qualitativas e quantitativas no levantamento dos possíveis elementos centrais e periféricos de uma representação social. O método da evocação ou associação livre propicia colocar em evidência o universo semântico do objeto estudado, assim como a sua dimensão imagética, de forma mais rápida e dinâmica que outros métodos com igual objetivo, como a entrevista.

4.5 Tratamento dos dados

Para a construção do *corpus* de análise para o Software EVOC 2003 foram seguidos os seguintes passos desde as coletas das evocações.

Primeiramente criou-se uma planilha para o termo indutor de evocação (“promoção da saúde”) no Programa Microsoft Office Excel 2003 (Excel). Cada linha equivale a uma pessoa, e as colunas foram divididas em identificação, sexo, idade e demais variáveis; numeração em ordem evocada e palavra evocada após cada numeração correspondente, conforme FIG. 1 e FIG. 2. As evocações foram digitadas conforme escrito pelos sujeitos, mantendo a originalidade.

Identific.	Variáv. A	Variáv. B	Variáv. C	Variáv. D	Variáv. E	Variáv. F	Variáv. G	Variáv. H	Variáv. I	Variáv. J	Variáv. K	Variáv. L	Variáv. M	Variáv. N	Variáv. O	Variáv. P	Variáv. Q	Variáv. R	Variáv. S	Variáv. T	Variáv. U	Variáv. V	Variáv. W	Variáv. X	Variáv. Y	Variáv. Z
1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
4	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
5	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
6	5	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
7	6	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
8	7	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
9	8	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
10	9	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
11	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
12	11	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
13	12	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
14	13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
15	14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
16	15	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
17	16	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
18	17	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
19	18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
20	19	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
21	20	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
22	21	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
23	22	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
24	23	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
25	24	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2

FIGURA 1 - Recorte parcial da planilha *corpus* de análise com identificação, variáveis, e ordem das duas primeiras evocações do termo indutor “promoção da saúde”

Fonte: Elaborado para fins deste estudo.

X	Y	Z	AA	AE	AF	AG	AH	AI	AJ	AK	AL	AM	AN	AO
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
4	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
5	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
6	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
7	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
8	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
9	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
10	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
11	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
12	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
13	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
14	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
15	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
16	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
17	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
18	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
19	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
20	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
21	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
22	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
23	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
24	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
25	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
26	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
27	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
28	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
29	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
30	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
31	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
32	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
33	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
34	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
35	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
36	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
37	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

FIGURA 2 - Recorte parcial da planilha *corpus* de análise com identificação da ordem das evocações do termo indutor “promoção da saúde”

Fonte: Elaborado para fins deste estudo.

Como segunda etapa criou-se uma coluna no Excel com todas as palavras do termo evocado separadamente e organizadas em ordem alfabética (FIG. 3). Posteriormente, para homogeneizar o conteúdo semântico, visando uma análise mais consistente, procedeu-se a uma padronização das palavras e termos evocados agrupando-se as palavras por proximidade semântica (FIG. 4).

Em uma quarta planilha criou-se o dicionário de palavras com todas as palavras, termos ou expressões evocados junto às palavras padronizadas. Na primeira coluna da planilha foram colocadas as palavras padronizadas e na segunda coluna foram digitadas todas as palavras que foram evocadas e classificadas nessa padronização, ou seja, palavras relacionadas sob a mesma designação, garantindo que o sentido expresso por elas ficasse contemplado e também fosse processado pelo Software como sinônimo (FIG. 5).

Esses passos estão contemplados nas FIG. 3, 4 e 5 abaixo.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
1	abordagem coletiva												
2	acesso												
3	acesso												
4	acesso												
5	acesso												
6	acesso irrestrito da população												
7	ações												
8	ações												
9	acolhimento												
10	acolhimento												
11	acolhimento												
12	adequação												
13	adesão												
14	adesão da população												
15	agilidade												
16	ajudar												
17	alegria												
18	alegria												
19	alimentação												
20	alimentação												
21	alimentação												
22	alimentação												
23	alimentação												
24	alimentação												
25	alimentação												
26	alimentação												
27	alimentação saudável												
28	ambiente social e ecológico												
29	amor												
30	amor												
31	aplicabilidade prática												
32	apoio												
33	aprendizagem												
34	aprendizagem												
35	artes cênicas pedagógicas												
36	assistência												

FIGURA 3 - Recorte parcial da planilha com todas as evocações em ordem alfabética do termo indutor “promoção da saúde”

Fonte: Elaborado para fins deste estudo.

	A	B
1	abordagem coletiva	abordagem-coletiva
2	acesso	acesso
3	acesso	acesso
4	acesso	acesso
5	acesso	acesso
6	acesso irrestrito da população	acesso
7	ações	ação
8	ações	ação
9	acolhimento	acesso
10	acolhimento	acesso
11	acolhimento	acesso
12	adequação	adequação
13	adesão	envolvimento
14	adesão da população	envolvimento
15	agilidade	ação
16	ajudar	ajuda
17	alegria	sentimento
18	alegria	sentimento
19	alimentação	alimentação
20	alimentação	alimentação
21	alimentação	alimentação
22	alimentação	alimentação
23	alimentação	alimentação
24	alimentação	alimentação
25	alimentação	alimentação
26	alimentação	alimentação
27	alimentação saudável	alimentação
28	ambiente social e ecológico	determinantes
29	amor	sentimento
30	amor	sentimento
31	aplicabilidade prática	ação
32	apoio	ajuda
33	aprendizagem	educação
34	aprendizagem	educação
35	artes cênicas pedagógicas	educação
36	assistência	assistência

FIGURA 4 - Recorte parcial da planilha com todas as evocações em ordem alfabética do termo indutor “promoção da saúde” e sua respectiva padronização

Fonte: Elaborado para fins deste estudo.

	A	B
1	Palavra Padronizada	Todas as palavras que foram evocadas e classificadas nesta padronização.
2	acesso	acesso; acesso irrestrito da população; acolhimento;
3	ação	ações; agilidade; aplicabilidade prática; atitude; atitude de todos; busca; construção; importante colocar em prática; proporcionar; querer realiz
4	adequação	adequação;
5	envolvimento	adesão; adesão da população; criatividade; desejo; dedicação; empenho; envolvimento; esforço; esforços;
6	ajuda	ajudar; apoio; cooperação da população; doação;
7	sentimento	alegria; amor; felicidade;
8	alimentação	alimentação; alimentação saudável; boa alimentação; comer bem; melhoria alimentação; nutrição;
9	determinantes	ambiente social e ecológico; ausência de risco; biodiversidade; boas condições de moradia; clima; contexto social; cultura; ecologia; lazer/cul
10	educação	aprendizagem; artes cênicas pedagógicas; campanhas educativas; capacitação; educação; educação continuada; educação e mudança; edu
11	assistência	assistência; atendimento; atuação do enfermeiro; enfermagem; profissionais da área atuarem melhor; profissional da saúde; profis
12	atenção-básica	assistência básica; atenção básica; atenção primária; básica; diagnósticos de base; posto de saúde; programa saúde da família; psf; psf (sau
13	princípios-sus	assistência integral; controle social; dever; dever de todos; dever do governo; dever do profissional da saúde; diretriz; descentralização; equid
14	prevenção	assistência prévia; campanha; campanha sanitária; campanhas; campanhas preventivas; check up; controle endêmico; controle vacinal; cons
15	atenção	atenção;
16	atividade-física	atividade física; caminhada; exercício; exercício físico; exercícios; exercícios físicos; esporte; lazer/esportes; prática do exercício físico;
17	individualidade	atividades individuais; empregabilidade; gente; particularidades; singular;
18	cuidado	auto cuidado; autocuidado; cuidado; cuidado de enfermagem; cuidados; cuidar;
19	bem-estar	auto-estima; bem estar; bem estar geral; música; prazer; promoção da auto estima; qualidade; satisfação profissional e pessoal;
20	caminho	caminho;
21	política	carta de otawa; democratização; depende da instituição; depende do governo; descaso do governo; leis; organizações das instituições de sa
22	cidadania	cidadania; responsabilidade social;
23	conhecimento	competência; conhecimento; conhecimento técnico/científico; enfermagem capacitada; habilidade; sabedoria; saber;
24	comunicação	comunicação; linguagem; meios de comunicação; reflexão;
25	participação	comunidade (participação); participação; participação coletiva;
26	conceito	conceito; conceitos; formas de encarar a vida; teoria;
27	conscientização	conscientizar; consciencia; conscientização;
28	condição	condição econômica; condição social; condições;
29	recursos	conforto; custo; desenvolvimento; dinheiro; dinheiro para estruturação; distribuição de renda; maior investimento; sustentabilidade; verbas par
30	conquista	conquista; persistência;
31	continuidade	constante; continuidade;
32	interdisciplinariedade	cooperação interdisciplinar; depende da ação conjunta dos profissionais envolvidos; interdisciplinar; interdisciplinaridade; interdisciplinariedade
33	falta-negativo	corrupção; doença; falta de compromisso de todo indivíduo com sua saúde e o sistema; falta de ética dos profissionais da saúde; morte; nece
34	tratamento	cura; hidratação; medicamentos; remédio; tratamento; tratamento igualitário;
35	epidemiologia	dados epidemiológicos;
36	territorialização	definição da área de atuação; população alvo;

FIGURA 5 - Recorte parcial da planilha dicionário de palavras com todas as palavras, termos ou expressões evocados junto às palavras padronizadas

Fonte: Elaborado para fins deste estudo.

Como quinta etapa, na planilha *corpus* original do Excel (FIG. 1 e 2), as palavras evocadas em suas formas originais foram substituídas pelas palavras padronizadas, uma de cada vez, a partir do dicionário de palavras do termo indutor. Após a substituição, essa planilha foi salva no Programa Microsoft Office Word 2003 (Word) e posteriormente no Programa Bloco de Notas (FIG. 6) que consiste no formato lido pelo EVOC.

O material foi, então, tratado pelo Software EVOC 2003, que calculou para cada *corpus* do termo indutor “promoção da saúde”, a frequência simples de cada palavra evocada, as ordens médias de cada palavra e a média das ordens médias de evocação e, ao final, gerou as informações dos quadrantes que foram montados pelo pesquisador no quadro de quatro casas. Todos os passos do início do tratamento dos dados até a construção do quadro de quatro casas estão discriminados no ANEXO C.



FIGURA 6 - Recorte parcial da planilha *corpus* final no Bloco de notas no formato lido pelo EVOC 2003

Fonte: Elaborado para fins deste estudo.

4.6 Análise dos dados

A análise do material, coletado através da evocação livre, foi feita pela técnica do quadro de quatro casas, criado por Pierre Vergès e o tratamento dos dados coletados foi realizado através do *software* EVOC, versão 2003 (VERGÈS).¹

A técnica de Vergès, integrada à tecnologia da informática, mostra-se como um importante instrumento facilitador para a análise da estrutura e organização de uma representação social. Esse *software* constitui-se um importante instrumento de organização e tratamento de dados textuais, tornando a análise qualitativa mais sistemática.

A partir de um dicionário de palavras produzidas pela população de sujeitos, para cada termo indutor, o *software* calcula e informa a frequência simples de ocorrência de cada palavra evocada, a média ponderada de ocorrência de cada palavra em função da ordem de evocação e a média das ordens médias ponderadas do conjunto dos termos evocados (OLIVEIRA *et al.*, 2003. p. 8).

A análise com a construção do quadro de quatro casas ou distribuição de quatro quadrantes permite visualização rápida e simples à hierarquia existente na cognição de dado grupo social através do qual, segundo Oliveira *et al.*:

se discriminam o núcleo central, os elementos intermediários (ou 1ª periferia e elementos de contraste) e os elementos periféricos da representação (ou 2ª periferia). [...] são dois os critérios de importância adotados para a distribuição dos termos nos quatro quadrantes: frequência média de ocorrência das palavras, e média das ordens médias de evocação das palavras (OLIVEIRA, 2003. p. 8).

Após distribuição nos quadrantes segue para a interpretação dos mesmos, sendo que as palavras que se situam no quadrante superior esquerdo são provavelmente elementos do núcleo central e aquelas situadas no quadrante superior direito são elementos da 1ª periferia. Aquelas situadas no quadrante inferior esquerdo são elementos de contraste e as localizadas no quadrante inferior direito são elementos mais claramente periféricos ou da 2ª periferia (ABRIC, 2003, 2004; OLIVEIRA, 1996; SÁ, 1996; VERGÈS, 1992, 1994 *apud* OLIVEIRA *et al.*, 2003).

¹ VERGÈS, P. **Ensemble de programmes permettant l'analyse des evocations**: manuel version 2. Aix-en-Provence: LAMES, 2000.

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 Caracterização dos sujeitos da pesquisa

Entre os 124 docentes participantes, apenas 25 são do sexo masculino e 99 do sexo feminino em um total de 87 docentes enfermeiros e 37 não enfermeiros, reafirmando a hegemonia feminina na docência em Enfermagem, que caracteriza a profissão.

TABELA 1
Distribuição dos docentes dos Cursos de Enfermagem
de IES, segundo formação e sexo. Belo Horizonte, 2008

Docentes Sexo	Enfermeiros	Não Enfermeiros	Total
Masculino	13	12	25
Feminino	74	25	99
Total	87	37	124

Fonte: Dados primários levantados por meio do questionário aplicado aos sujeitos do estudo.

Em relação aos 37 docentes que não tem formação em Enfermagem, observa-se um variado número de profissões que inclui 12 docentes com formação em Ciências Biológicas, 11 docentes nas demais áreas da Saúde, dentre elas Farmácia e Bioquímica, Medicina Veterinária, Nutrição e Odontologia, 14 docentes com formação na área de Humanas, Gerenciais e Exatas, dentre elas Administração, Biblioteconomia, Ciências Agrárias, Comunicação, Direito, Geologia, Letras, Pedagogia e Psicologia.

A faixa etária dos docentes varia de 26 a 57 anos, com uma média de 36,6 anos.

Ao observar se os docentes têm outro vínculo empregatício que não seja na educação, verifica-se que 66 atuam em outras áreas como a Assistência em Saúde e 58 dedicam exclusivamente à Educação.

A formação do profissional enfermeiro, de acordo com as Diretrizes Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, deve contemplar os conteúdos de Ciências da Saúde (Ciências Biológicas e da Saúde, Ciências Humanas e Sociais), e Ciências da Enfermagem, sendo esta última dividida em Fundamentos de Enfermagem, Assistência de Enfermagem, Administração de Enfermagem e Ensino de Enfermagem (BRASIL, 2001).

Como relatado anteriormente, os cursos referidos neste trabalho incluem o ciclo biológico que compreende os primeiros períodos do curso, e aborda os conteúdos das

Ciências Biológicas e da Saúde, Ciências Humanas e Sociais, e o ciclo profissional que envolve os últimos períodos com os conteúdos das Ciências da Enfermagem.

Como variáveis deste estudo, optou-se por relacionar os docentes que trabalham disciplinas ou conteúdos referentes às Ciências Biológicas, Humanas e Sociais e os que trabalham as disciplinas de Ciências da Enfermagem. Estes por sua vez foram ainda divididos entre os que abordam no trabalho docente conteúdos relacionados ao nível primário em saúde e os que abordam conteúdos relacionados aos níveis secundários e terciários em saúde.

A partir dessa divisão obteve-se que entre os 124 docentes, 34 trabalham com as disciplinas do chamado ciclo básico ligado às Ciências Biológicas e Humanas, 27 ao nível primário em Saúde e 63 docentes lecionam conteúdos relacionados aos níveis secundários e terciários.

TABELA 2
Distribuição dos docentes dos Cursos de Enfermagem de IES,
segundo área de atuação e IES que lecionam. Belo Horizonte, 2008

Docentes IES	Ciclo Básico	Atenção Primária	Atenção Secundária e Terciária	Total
IES 1	08	13	13	34
IES 2	14	03	23	40
IES 3	12	11	27	50
Total	34	27	63	124

Fonte: Dados primários levantados por meio do questionário aplicado aos sujeitos do estudo.

Com relação à formação profissional relevante na estruturação da representação social, observou-se que entre os docentes participantes há uma igualdade numérica quanto à instituição em que se graduou, revelando que 63 são egressos de IES públicas e 61 de IES privadas.

Quanto ao tempo de graduação, observou-se docentes graduados desde 1972 até recém-graduados no ano de 2005, com uma média de 6,5 anos de graduação.

Esta diferença é identificada também em relação ao tempo de docência, que varia de 35 anos de serviço a profissionais recém-contratados com menos de 1 ano de docência, tendo também uma média de 6,5 anos de experiência na docência entre os sujeitos do estudo.

5.2 Estruturas das representações sociais dos docentes de enfermagem por meio do método de evocação livre

Para a análise das representações sociais de docentes sobre promoção à saúde, foram coletadas evocações a partir do termo indutor “promoção à saúde”. O produto das evocações foi organizado como já descrito anteriormente, compondo-se o *corpus* para análise a partir do termo.

O material foi, então, tratado pelo software EVOC 2003, que calculou para o *corpus*, a frequência média, a ordem média de evocações de cada palavra e a média das ordens médias de evocação no conjunto do *corpus*, e, ao final, gerou os quadros de quatro casas.

5.2.1 Representação social de Promoção da Saúde do conjunto dos docentes

O conjunto das evocações dos docentes a partir do termo indutor “promoção da saúde” constituiu-se num *corpus* de análise (dicionário de palavras) com total de 619 palavras ou expressões (referências), pois foram 124 sujeitos (docentes) evocando 5 referências cada um, com exceção de um docente que evocou apenas 4 referências.

Entre as 619 referências evocadas formou-se o dicionário de palavras, padronizando-as, incluindo palavras cognatas ou expressões de mesmo sentido das quais 69 foram diferentes (padronizadas).

Dentre as 69 palavras padronizadas, entraram nos quadrantes de todo estudo 16 palavras, incluindo os quadrantes do conjunto dos docentes e os quadrantes das variáveis. Entre os 16 termos que aparecem nos quadrantes de todo estudo, 8 estão presentes no quadro de quatro casas do conjunto dos docentes.

Para o conjunto dos docentes, a média das ordens médias de evocação (rang)² foi igual a 3, ao passo que a frequência mínima foi 17, ou seja, foram desprezadas as evocações com frequência menor que 17, tendo sido calculado, então, a frequência média de evocação que ficou situada em 31,³ gerando a construção do quadro de quatro casas, dando origem a 8 categorias que compõem o conteúdo das representações sociais dos participantes acerca do objeto pesquisado e evidenciando a seguinte distribuição (QUADRO 1).

² Segundo Marques *et al.*, “quanto menor for o *rang* de cada palavra, mais prontamente ela foi evocada, e, quanto maior o *rang*, isso significa que foi evocada mais tardiamente” (MARQUES *et al.*, 2004, p. 96).

³ Ver processo de definição sobre frequência mínima e cálculo da frequência média nas “Regras para Construção do *Corpus* de Análise para o Software EVOC 2003” no ANEXO C.

QUADRO 1

Análise das Evocações do Termo Indutor “Promoção da Saúde” do Conjunto dos Docentes. Belo Horizonte, 2008.

O.M.E. <3,0		≥ 3,0				
Freq. Méd.	Termo Evocado <i>Elementos centrais</i>	Freq.	OME	Termo Evocado <i>Elementos intermediários ou 1ª periferia</i>	Freq.	OME
≥ 31	Abordagem-coletiva	31	2,935			
	Educação	56	2,750			
	Prevenção	66	2,712			
< 31	<i>Elementos intermediários ou de contraste</i>			<i>Elementos periféricos ou 2ª periferia</i>		
	Cuidado	19	2,526	Assistência	18	3,389
	Política	25	2,640	Determinantes	21	3,476
	Qualidade-vida	17	2,000			

Fonte: Dados primários levantados por meio do questionário aplicado aos sujeitos do estudo.

Nota: Frequência mínima: 17; Frequência média: 31; OME (Ordem Média de Evocações): 3; Número de docentes: 124.

Observa-se que no quadrante superior esquerdo, que diz respeito aos elementos que provavelmente fazem parte do núcleo central, aparecem como fortes candidatos os termos **prevenção** e **educação**, pois são mais frequentes que todas as evocações e mais importantes por terem sido evocados mais rapidamente, seguidos pelo termo **abordagem-coletiva**.

Para Abric, núcleo central é “todo elemento que desempenha um papel privilegiado na representação, no sentido que os outros elementos dependem dele diretamente porque é em relação a ele que se definem seu peso e seu valor para o sujeito” (ABRIC, 2000, p. 31). O núcleo central é o elemento mais estável e resistente a mudanças, pois caracteriza uma representação em si, conferindo a ela estabilidade e identidade. Com isso qualquer alteração no núcleo central da representação acarreta mudança em toda a representação (MARQUES; OLIVEIRA; GOEMS, 2004).

Além de serem termos frequentemente evocados, são também prontamente lembrados, pois apresentam OME mais próximo de 1, ou seja, referem-se às palavras cuja frequência e ordem prioritária de evocação tiveram maior importância no esquema cognitivo dos sujeitos.

O termo **abordagem-coletiva** presente no núcleo central possui grande tendência de incorporação aos elementos intermediários ou periféricos, mais especificamente na 1ª periferia, pois tem uma frequência de 31 e no núcleo central e 1ª periferia a frequência mínima é maior e igual a 31 e também tem um *rang* de 2,935, estando este muito próximo de 3, o que o determinaria como da 1ª periferia e, como afirma Abric (2003), nem tudo que está

presente no núcleo central pode ser considerado central, apesar do núcleo central estar nesta casa.

No quadrante superior direito, que representa os elementos intermediários ou 1ª periferia, onde são encontrados os elementos periféricos mais importantes (OLIVEIRA *et al.* 2005), chama a atenção a ausência de elementos, o que parece indicar uma representação mais consolidada em seu núcleo central.

O sistema periférico fornece coerência ao fato de as representações sociais serem ao mesmo tempo rígidas e flexíveis, estáveis e móveis, estando ao redor do núcleo central. São os elementos da periferia que dão mobilidade e flexibilidade ao sistema representacional, fazendo conexão entre o sistema central e a realidade e, assim, regulam e adaptam o sistema central aos constrangimentos e às necessidades cotidianas do indivíduo e/ou grupo (MARQUES; OLIVEIRA; GOEMS, 2004).

Observa-se no quadrante inferior esquerdo a presença dos elementos **política** e **qualidade-vida** que apresentam respectivamente a maior frequência e maior importância em função da ordem de evocações, sendo este último com o menor *rang* (2,0) de todo o quadro de quatro casas. Nesse quadrante ainda aparece o termo **cuidado** que tem uma frequência pequena, porém com a segunda menor ordem média de evocação de todos os quadrantes, revelando uma grande importância pela rapidez de evocação.

Esse quadrante, chamado de zona de contraste, constitui-se com elementos que apresentam baixa frequência, mas são considerados importantes pelos sujeitos pela ordem de evocação e pode revelar elementos que reforçam as noções presentes na 1ª periferia ou existência de um subgrupo minoritário portador de uma representação social diferente (OLIVEIRA *et al.*, 2005).

Dentre os elementos da 2ª periferia da representação, que se situam no quadrante inferior direito, e constituem-se nos menos frequentes e menos importantes de toda a representação pela ordem média de evocações (OLIVEIRA *et al.*, 2005), encontram-se os termos **assistência** e **determinantes**, sendo este último com o maior *rang* (3,476) entre os quadrantes, constituindo assim os quatro quadrantes.

Observa-se na estrutura representacional uma relação muito forte entre promoção da saúde e **prevenção**, termo mais lembrado de todo o estudo e seguido de **educação**.

Com relação à categoria **prevenção**, observa-se no pensamento dos professores uma dicotomia entre assistência individual expressa pelos termos *assistência prévia; check up; consultas preventivas com frequência; exames preventivos; prevenção com vacinas, etc; profilaxia; tratamento preventivo* e uma abordagem coletiva representada pelas expressões

campanha; campanha sanitária; campanhas preventivas; controle endêmico; gerenciamento de doenças; prevenção de riscos ambientais; controle vacinal que se relacionam com as ações coletivas e de políticas públicas de saúde.

Prevenção é reforçada pelos atributos **política** e **assistência**, presentes na zona de contraste e 2ª periferia respectivamente. Em relação à **assistência** percebem-se elementos que reforçam as noções presentes no termo **prevenção** do núcleo central e que contradizem o ideário da promoção da saúde a partir do reforço ao atendimento dos profissionais da saúde como único caminho para a promoção à saúde. Isso pode ser observado pelos termos: *assistência; atendimento; atuação do enfermeiro; profissionais da área atuarem melhor; profissional da saúde; serviço; serviço da enfermeira(o)*.

O outro elemento que ao reforçar o termo **prevenção** distancia da promoção da saúde é o termo **política** representado por vocábulos que remetem à ideia de transferência de responsabilidade da saúde para o governo e suas ações, excluindo a responsabilidade social e cultural dos cidadãos. Isso se apresenta nos termos: *depende da instituição; depende do governo; organizações das instituições de saúde; vontade e vontade política*, além de uma noção negativa como: *descaso do governo*.

A associação entre promoção e prevenção estabelecida pelos docentes pode ser explicada pelo fato de que o conceito de promoção à saúde, relacionado com emancipação e autonomia dos cidadãos, só começou a ser mais utilizado a partir da década de 1980, quando em 1984, no Congresso Canadense de Saúde Pública, com o nome “Para Além da Assistência a Saúde”, definiu-se os princípios para aquilo que se estava sendo compreendido por Promoção da Saúde (WESTPHAL, 2006).

O conceito de promoção foi igualmente rediscutido a partir da Carta de Ottawa na Primeira Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde no Canadá, em 1986 (BRASIL, 2002). Essa conferência foi “o marco de referência principal da promoção da saúde [...] que foi ampliando com novos elementos”, tais como: uma política com ênfase na saúde da mulher, alimentação e nutrição, álcool e tabaco e a criação de ambientes saudáveis; desenvolvimento sustentável com foco na equidade e superação da pobreza; respeito à biodiversidade e ampliação dos determinantes da saúde; promoção da responsabilidade social com o “empoderamento” da população e reforço comunitário para o autocuidado e atuação na área da saúde, entre outros elementos que vêm se desenvolvendo (FERREIRA; BUSS, 2002, p. 25).

Outra possível explicação para a compreensão de promoção à saúde como prevenção de doenças é a influência do modelo da “tríade ecológica”, proposto por Leavell e

Clark. Esses sanitaristas desenvolveram em 1965 o modelo explicativo “história natural da doença” que abrange a “tríade ecológica” para explicar a causalidade do adoecimento. Esse modelo foi um avanço em relação aos anteriores que relacionavam prevenção somente à questão biológica, pois os autores propuseram medidas de intervenção em três níveis de prevenção.

No nível de prevenção primária houve a inclusão da promoção da saúde como proteção específica. Como proteção específica os autores chamaram o momento em que a doença não está instalada e deve-se agir de maneira que se resista às agressões dos agentes como, por exemplo, *prevenção com vacinas; profilaxia*, e outros como comportamentos alimentares e uso de “camisinhas” (*proteção*).

Assim, promoção à saúde estabeleceu-se como prevenção primária e passa a ser entendida como um subconjunto da prevenção ou como um nível mais básico e inespecífico de prevenção e que envolve condutas individuais, portanto se confunde com prevenção (CZERESNIA, 2003; LEAVELL; CLARK, 1965; LEFREVE; LEFREVE, 2004; WESTPHAL, 2006).

Daí, então, uma das possíveis razões para a relação estabelecida entre promoção à saúde e prevenção de doenças pelos docentes de Enfermagem, pois a “tríade ecológica” de Leavell e Clark influencia e muito as ações e a compreensão do processo saúde-doença, sendo que “até hoje, muitos profissionais de saúde entendem a Prevenção das Doenças e a Promoção da Saúde da forma proposta por estes autores” (WESTPHAL, 2006, p. 642).

O paradigma da saúde e promoção da saúde representa transformações importantes nos pressupostos, diretrizes, políticas, concepções e práticas em Saúde Pública/Coletiva, com repercussões na formação e nos papéis sociais dos profissionais da saúde. [...] prevalecem dúvidas e confusões na compreensão do conceito de Promoção da Saúde, ainda entendido como parte do modelo de prevenção proposto por Leavell e Clark (1976) (PENTEADO; SERVILHA, 2004, p. 107).

Uma terceira explicação para a promoção encontrar-se fortemente marcada pelo atributo **prevenção** está na origem da educação sanitária no Brasil, no modelo denominado sanitarista campanhista e ao longo das políticas públicas de saúde do Brasil, a partir da década de 20 até os anos 80 do século XX, juntamente com a separação entre as ações individuais e coletivas.

A partir do início do século XX, no que diz respeito às ações de saúde pública e privada, havia uma separação entre as abordagens de saúde individual e coletiva. As ações individuais estavam relacionadas ao atendimento médico particular e/ou conveniados ao

sistema previdenciário; já as ações coletivas, às políticas públicas de controle de endemias e às campanhas sanitárias com foco na prevenção de doenças.

Tanto para a coletividade quanto para o indivíduo, nas primeiras décadas do século XX, a educação sanitária objetivava a prevenção de doenças efetivada por meio da transmissão de informações relativas aos hábitos de vida saudáveis e à higiene pessoal. Menciona-se também que estilos de vida individuais seriam os grandes responsáveis pelas doenças, decorrendo daí a ideia da falta de saúde como uma falha pessoal, e o discurso de culpabilização do indivíduo pela sua doença.

Além da educação sanitária que possuía grande influência no indivíduo pautada em fatores ou comportamentos de risco que são passíveis de correção, havia também as práticas coletivas de obrigatoriedade de vacinação em massa, controle de endemias e o saneamento dos espaços públicos.

Isso pode ser evidenciado pelos termos evocados pelos docentes: *profilaxia; gerenciamento de doenças; controle endêmico; controle vacinal; campanha sanitária; campanhas preventivas e minimizar riscos* reforçados por **educação** (*campanhas educativas e educação para*).

As ações coletivas no modelo sanitarista campanhista, também conhecido de campanhismo policial (RIZZOTTO, 1999), ficaram conhecidas pelo caráter intervencionista do Estado que, além de prescrever normas gerais de higiene e profilaxia, exercia controle sobre as pessoas e domicílios por meio de campanhas obrigatórias de vacinação contra endemias e epidemias.

Os ideais preventivistas e de ações do modelo sanitarista assumem, com o passar dos anos, além dos hábitos higiênicos saudáveis, a idealização do agir antecipadamente como consumo de medicamentos e vitaminas, exames e consultas médicas presente nos termos relacionado à **prevenção** (APÊNDICE B), resultando assim numa melhor saúde ou ausência de doença. Esta relação entre ter saúde e atendimento médico e de profissionais de saúde também é reforçada pelo termo **assistência** presente na 2ª periferia através dos vocábulos *assistência; atendimento; profissional da saúde; serviço; profissionais da área atuarem melhor*.

O aspecto histórico que relaciona as ações de prevenir que a doença chegue até a pessoa e não em erradicação da mesma, processo este, que levaria a relacionar a doença em uma grande rede de causalidades e de reformas profundas no pensar e agir, torna as ações de prevenção e seu conceito muito mais simples que relacionar a doença em uma rede de determinantes. Assim, exige apenas uma ação antecipada e voltada para evitar o surgimento

de doenças específicas com base no conhecimento científico e epidemiológico, com o objetivo do controle da transmissão de doenças infecciosas e a redução de risco e de doenças degenerativas.

Esta via de interpretação que atesta a influência das ações de prevenção do modelo sanitarista sobre os modos de pensamento dos docentes reforça as características atribuídas por Abric (2000) ao núcleo central, formado eminentemente por elementos ligados à história e à memória do grupo social.

Entretanto, nos dias de hoje e principalmente a partir da década de 1980 houve um avanço no conceito de saúde e sua relação com os determinantes sociais do processo saúde-doença.

A constatação de que a relação saúde / doença está intimamente ligada a vários determinantes já se encontra presente nas reflexões teóricas que ocorrem sob a égide da promoção à saúde. Porém, na prática, o olhar para a saúde quase sempre se deu em relação ao seu contrário, a doença e sua relação biológica estando afinados com o modelo de prevenção de doenças.

O termo “prevenir” tem o significado de chegar antes de; tomar medidas com antecipação; preparar; avisar; aconselhar antecipadamente; preparar-se com antecedência; precaver-se; acautelar-se; dispor de maneira que evite (dano, mal); impedir que se realize (FERREIRA, 1986; LUFT, 1987).

A partir do conceito de prevenção e do avanço da ciência e da tecnologia, do avanço na confecção de aparelhos médico-hospitalares, de produtos, de medicamentos e insumos na área da saúde, cria-se um entendimento de que para se manter saudável faz-se necessária a aquisição destes produtos e serviços, excluindo-se os determinantes patológicos.

A exclusão de determinantes sociais e a culpabilização das pessoas pelo seu adoecimento, além de estarem historicamente ligados ao modelo sanitarista e ao modelo médico assistencial privatista do século XX, apresentam um grande reforço com o aumento da industrialização e da ciência e tecnologia (CARVALHO, 2004; CZERESNIA, 2003; LEFREVE; LEVREVE, 2004). Esses são fatores que possivelmente exercem forte influência na relação estabelecida pelos docentes entre prevenção de doenças e promoção da saúde.

Assim, na atualidade, se prevenir é agir com antecipação antes que o mal aconteça e saúde passa a se expressar como consumo de produtos, as ações de prevenção se traduzem em divulgação de inovações técnicas e científicas e de normas de mudanças de hábitos (CZERESNIA, 2003). Essas ações de divulgações de informações lembram ações de prescrição de hábitos de vida ou estilos de vida considerados saudáveis. Adoecer, então,

continua a se relacionar com a culpabilização das pessoas pelo não cumprimento das prescrições médico-científicas.

Lefreve e Lefreve (2004) reforçam que, para a maioria das pessoas que precisam obter ou reobter saúde, o caminho é através de um tratamento, seja ele medicamentoso, cirúrgico ou de reabilitação psicológica e fisioterápica.

Nesse sentido, ganha-se saúde ao ingerir vitaminas e alguns produtos especiais para a nutrição e/ou relacionados com a estética, melhorando inclusive o lado intelectual, atlético e sexual. Igualmente, as comunidades acreditam que serão protegidas a partir de ações governamentais como prevenção por vacinas, visitas domiciliares para detecção de focos de mosquitos “causadores” de doenças, entre outros.

Para Lefreve e Lefreve (2004), o modelo de prevenção apoia-se na ciência e na tecnologia como principal caminho ou cultura para atacar as doenças, sendo que saúde não pode ser responsabilidade apenas da ciência, da tecnologia e do consumo oriundo destas.

Isto pode significar que a simples *ausência* ou retirada da doença de uma pessoa ou coletividade, como efeito do consumo de medicamentos, por exemplo, conduta largamente hegemônica na área da saúde, não implica necessariamente a *presença* da saúde porque a doença pode voltar, uma vez que a ação que provocou a retirada não consistiu numa interferência nas chamadas causas básicas ou determinantes das doenças – que são largamente extra-sanitárias – mas apenas em seus efeitos mais imediatos. Ou pode significar que a saúde tem menos a ver com o *campo regional da saúde* e mais a ver com o *campo global da sociedade*, onde deve, sobretudo, ser buscada (LEFREVE; LEFREVE, 2004, p. 28-29).

A forte influência histórica e sociocultural responsável pela associação entre prevenção, doença e prescrição de hábitos se contradiz ao ideário do SUS. Isto por ser o SUS uma expressão de um projeto democrático e popular que preconiza um Estado ativo, provedor de serviços sanitários de qualidade, alinhado com a proposta da Promoção da Saúde como a reorientação dos serviços, desenvolvimento de habilidades, conhecimentos e atitudes, juntamente com a promoção de espaços saudáveis.

Por fim, toda esta reflexão a partir do termo **prevenção** parece apontar a representação do conjunto do grupo estudado (núcleo central), de um modo geral, dentro de um contexto ainda hegemônico. Esse contexto hegemônico tem como finalidade analisar apenas o contexto biológico e transmitir informação sobre prevenção e controle de doenças (LEFREVE; LEFREVE, 2004; REIS, 2006; WESTPHAL, 2006).

O núcleo central, portanto, a partir do termo **prevenção**, parece evidenciar fortemente uma representação social ainda marcada pelo modelo tradicional em saúde e biomédico.

Entretanto, percebe-se que há a presença, no próprio núcleo central, de uma aproximação da representação social do conceito ampliado de saúde e do ideário promocional, constituído pelos termos **abordagem-coletiva** e **educação**, reforçados por **cuidado** e **qualidade-vida** na zona de contraste e **determinantes** na 2ª periferia.

Porém, os termos **abordagem-coletiva** e principalmente **educação**, representados pelos termos padronizados no dicionário de palavras (APÊNDICE B), evidenciam uma dualidade que ora se aproxima do modelo tradicional e ainda hegemônico e ora do conceito amplo de saúde.

Os elementos dos termos **qualidade-vida** (*qualidade ambiental; qualidade de vida; tranquilidade; velhice feliz; vida com qualidade*) e **cuidado** (*autocuidado; cuidado; cuidado de enfermagem; cuidar*) parecem apontar para um direcionamento das ações em saúde focadas na promoção da saúde e permeadas por uma concepção ampla dos **determinantes** de saúde, que vão desde o cuidado com o corpo e com o autocuidado até o cuidado coletivo dos processos de saúde e de doença e a visão de saúde associada à qualidade de vida.

O termo **determinantes** apresenta elementos (*ambiente social e ecológico; biodiversidade; boas condições de moradia; clima; contexto social; cultura; ecologia; lazer/cultura; meio; meio ambiente; meio socioeconômico; moradia; moradia segura; população com melhores condições*) que remetem aos termos **educação** e **abordagem-coletiva** do possível núcleo central que não deixam de ser também um tipo de determinante em saúde.

Percebe-se também pelas evocações padronizadas como **determinantes** uma relação muito grande de promoção da saúde com o meio ambiente.

Então, em contrapartida ao pensamento dominante, pode-se evidenciar possivelmente o termo **abordagem-coletiva** no núcleo central reforçado pelos termos **cuidado** que remete à complexidade do termo, referindo-se tanto ao cuidado direto (*cuidado de enfermagem; cuidados*) quanto ao indireto, na dimensão da integralidade do cuidado (*autocuidado; cuidar*) e **qualidade-vida** que sinaliza uma aproximação do conceito ampliado de saúde com as questões subjetivas e do cotidiano (*vida com qualidade; qualidade de vida; tranquilidade; velhice feliz*) que devem ser observadas nas abordagens de saúde. Esses termos encontram-se na zona de contraste e há também um reforço de **determinantes** (*ambiente social e ecológico; contexto social; meio socioeconômico*) presente na área mais periférica que remete à determinação social do processo saúde-doença e a uma rede complexa de

relações que se direcionam à saúde, incluindo também o cuidado em saúde e a qualidade de vida.

O relacionamento com a rede de causalidades está presente no paradigma da promoção da saúde, aproximando assim a estrutura representacional dos docentes com o ideário da promoção, cuja ênfase situa-se no fortalecimento das populações para o autocuidado e para a tomada de decisões relacionada a estilos de vida.

Este ideal está expresso nos termos evocados: *assistência à família; ganho coletivo; grupo operativo; grupos interativos; movimento social; partilha e sujeito social*, que traduzem uma abordagem coletiva em saúde e que pode sinalizar para uma troca entre o saber técnico/científico e o do senso comum.

A troca e fortalecimento do senso comum que pode ocorrer nos encontros entre profissionais e usuários estão centrados na busca e na construção de uma prática compartilhada. Esta é uma forma de procurar sair da impessoalidade e da situação de superioridade e *status* do profissional em relação ao usuário.

A construção dessa prática compartilhada é uma complexidade da saúde que exige uma superação conjunta da ideia do conhecimento técnico-científico como único e legítimo caminho para a educação e o cuidado diário, em que se vê na figura do profissional como único detentor do saber e responsável pela cura. Tanto se faz necessário o profissional sair deste patamar de superioridade e impessoalidade nas relações quanto dos usuários se sentirem responsáveis pela sua saúde e manutenção da mesma.

Esta troca entre ciência e fortalecimento do senso comum deve-se a um trabalho conjunto de cooperação, de valorização e crescimento mútuo que vai além de educar e aproxima-se de **cuidar**. Educar/cuidar nesse sentido relaciona-se com divisão de responsabilidades e com a luta coletiva por melhor saúde e **qualidade-vida**, visando à busca de novos caminhos e resoluções para os problemas vivenciados.

Permeando tudo isto está a questão subjetiva e do cotidiano: a **qualidade-vida**, que é um determinante social do processo saúde-doença e por isto sua relação com o termo **determinantes** na área mais periférica da representação, ou seja, aquela que se relaciona com o cotidiano representados pelos termos: *ambiente social e ecológico; ausência de risco; biodiversidade; boas condições de moradia; clima; contexto social; lazer/cultura; meio socioeconômico*.

A determinação social da doença remete ao conceito ampliado de saúde ligado com a promoção da saúde, superando a questão biomédica de culpabilização individual por causação social do processo saúde-doença.

Então, saúde é o resultado, além de vários fatores determinantes e condicionantes, da expressão da organização social e econômica de um determinado lugar, estando intimamente ligada às políticas públicas saudáveis, refletindo as ações do Estado e a organização popular como o controle social.

A partir do momento que se põe em ação esse conceito, poder-se-ia dizer então que essa ação é o que se chama de promoção à saúde.

Promover tem o significado de “favorecer a realização ou o progresso de; fomentar; trabalhar a favor de; dar impulso a; originar; gerar; causar; motivar; elevar” (LUFT, 1987, p. 454; FERREIRA, 1986, p. 463).

Portanto, como se observa e de acordo com Buss (2003), promoção da saúde, tradicionalmente, define-se de forma bem mais ampla que prevenção por se dirigir não a uma doença específica e sim a aumentar a saúde, enfatizando a transformação das condições de vida e de todas as estruturas subjacentes aos problemas de saúde, demandando uma abordagem intersetorial.

Grande parte da confusão entre promoção e prevenção tem relação com o enorme direcionamento das modificações de comportamento individual com foco na diminuição dos riscos de adoecimento, presentes em alguns programas que são chamados de promoção da saúde. Com isso o indivíduo e seu comportamento são vistos como únicos responsáveis pela manutenção do seu estado de saúde. Este foco no indivíduo tem origem na tradição da intervenção clínica e no paradigma biomédico (BUSS, 2003).

Diferente disto seria a não culpabilização do indivíduo pelo seu infortúnio, a relação dos problemas de saúde com toda uma cadeia de relações e o reforço e respeito da técnica junto ao saber popular como promoção, proteção e restabelecimento dos problemas de saúde.

Neste caminho, **abordagem-coletiva** está intimamente ligado ao termo **educação** do núcleo central.

Este enfoque representacional de promoção e sua relação com o conceito ampliado de saúde devem ser analisados considerando-se toda a estrutura representacional e especificamente o termo **educação** que também aparece no quadrante superior esquerdo do quadro de quatro casas (QUADRO 1).

O atributo **educação** evidencia uma dualidade no pensamento dos docentes, pois para esta palavra, segunda mais evocada pelos docentes de enfermagem, foram padronizados diferentes termos (APÊNDICE B), sendo que a maioria refere-se especificamente a uma educação voltada quase que exclusivamente para a formação profissional e evidenciados pelos

termos *ensino; ensino/estudo/universidade; formação de profissionais qualificado; qualificação dos profissionais* e por capacitação presente nos termos *capacitação; educação continuada; seminários; treinamento*. Porém há também **educação** com foco na comunidade, na coletividade, que pode ser encontrada nos termos *artes cênicas pedagógicas; campanhas educativas; educação em saúde*.

Os termos *artes cênicas pedagógicas, educação em saúde e educação e mudança* podem estar também presentes tanto na educação para os profissionais quanto para a comunidade.

Sendo assim, verifica-se que há dois olhares sobre **educação** nos termos expressos pelos docentes. De um lado a ênfase em uma educação voltada para os profissionais de saúde e do outro a ênfase em educação dirigida para a comunidade.

Nas evocações dos docentes observa-se uma maior tendência para associar a educação à formação e capacitação profissional considerando a variedade de termos que remete a este sentido. Isto pode ser explicado talvez pelo fato dos docentes sentirem uma necessidade de capacitação e melhor formação nos cursos de Enfermagem, expressos nos termos *capacitação; seminário; treinamento; educação continuada; formação de profissionais qualificados; qualificação dos profissionais; ensino/estudo/universidade*.

A necessidade de uma melhor formação e capacitação dos profissionais é reforçada pelo atributo **assistência** presente na 2ª periferia: *assistência; atendimento; atuação do(a) enfermeiro(a); profissionais da área atuarem melhor; profissional da saúde; serviço; serviço da enfermeira(o)*.

Assim, educação em promoção à saúde parece apontar para a necessidade de uma capacitação continuada dos profissionais de saúde e uma melhor formação dos mesmos que refletiria em uma melhor assistência à saúde. Com isso promoção da saúde seria o reflexo da assistência à saúde a partir daqueles que detêm o conhecimento científico, revestidos de grande responsabilidade.

Porém, mesmo com a presença de vários elementos que direcionam a análise para a educação profissional, verificou-se também que entre a frequência de evocações padronizadas como educação, grande parte delas foi evocada com a palavra “educação” propriamente dita.

O vocábulo **educação**, puro e simplesmente, não pode determinar se esta é uma ação educativa pautada na transmissão de informações ou na construção do conhecimento.

Quando se relaciona a palavra **educação** com os demais termos do quadrante superior direito (**prevenção** e **abordagem-coletiva**) percebe-se de um lado uma educação

pautada na transmissão de informações, não permanente e possivelmente limitada e específica a um problema de doença que remete à ideia prescritiva de hábitos considerados cientificamente corretos. Relação esta com o termo **prevenção**.

Por outro lado tem-se uma aproximação de uma educação pautada na construção do conhecimento ligada à ação comunitária, evidente no atributo **abordagem-coletiva** (*grupos interativos; partilha; sujeito social*).

Na educação pautada na transmissão (cognitivista), o conhecimento é concebido como algo que provém do exterior e que deve ser transmitido pelo educador e assimilado pelas pessoas. A construção do ser social, feita principalmente pela educação, se dá através da assimilação pelo indivíduo de uma série de normas e princípios, que norteiam sua conduta num grupo social.

As práticas educativas que se identificam com as pedagogias diretivas ou tradicionais de educação, de prescrição e de intervenção das práticas educativas se estabelecem na prática, compreendendo que ensinar é apresentar ou explicar o conteúdo numa exposição, transmissão de informação, e o professor/profissional de saúde fica como fonte de saber e portador da verdade (ANASTASIOU; ALVES, 2005).

Esta prática, na saúde, aproxima-se da persuasão dos indivíduos para a adoção de modos de vida ou comportamentos considerados corretos do ponto de vista do saber dos profissionais de saúde e se torna legitimada principalmente com a valorização do saber técnico-científico em detrimento do saber popular.

Nesse sentido é fácil perceber um poderoso conflito na medida em que, sendo a saúde e a doença entendidas, de acordo com a representação social dominante na época atual, como um assunto técnico-científico, a fala profissional é uma fala legal, socialmente autorizada, porque vinda de um espaço técnico-científico (Santos, 1996), enquanto a fala do indivíduo comum é leiga, desautorizada, prosaica, ilegal, deseducada, porque proveniente de um espaço vivencial, da cotidianidade (LEFREVE; LEFREVE, 2004, p. 55).

A interação como construção do conhecimento enfatiza o papel do social sobre outros fatores da aprendizagem, traduzindo num ensino a partir das relações socioculturais, que pode estar presente nos atributos **educação** e **abordagem-coletiva**.

Os termos **educação** e **abordagem-coletiva**, direcionados para a valorização do saber popular e da participação social, são um dos aspectos de formulação conceitual da promoção da saúde em relação à educação em saúde.

A Carta de Ottawa (1986) expõe como uma das definições de Promoção à Saúde “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde incluindo uma maior participação no controle deste processo” (BRASIL, 2002 p. 22).

Essa Carta preconiza ainda campos para a promoção relacionada à educação como reforço da ação comunitária (*empowerment*) e o desenvolvimento de habilidades pessoais.

[...] uma noção básica na Promoção de Saúde é a de *empowerment*, ou seja, fortalecimento das populações. Ora, quando se trata da dimensão socializadora da Promoção, este *empowerment* implica em municiar as populações de informações significativas para elas e que possam ser vistas, sentidas e utilizadas como insumos para a tomada autônoma de decisões (LEFREVE; LEFREVE, 2004, p. 60).

Educação em saúde, então, seria uma relação de saberes, populares e científicos, pautada por uma pedagogia interacionista destinada a capacitar indivíduos e grupos a se auto-organizarem para desenvolver ações de promoção da saúde a partir das suas próprias prioridades.

Na representação dos docentes esta relação representada pelo termo **educação** tem dois aspectos dificultadores a serem considerados.

O primeiro aspecto relaciona-se às condições de trabalho (materiais, físicas e humanas) dos profissionais de saúde.

O segundo aspecto relaciona-se à necessidade de capacitação profissional para o exercício da prática educativa e sua relação com o aspecto curativo.

Em relação ao primeiro aspecto, observa-se que a troca e a interação entre ciência e senso comum podem se tornar uma mera reprodução de dominação ao se considerar as estruturas físicas dos serviços de saúde que são planejadas especificamente para o atendimento dos problemas de saúde.

É necessário que as unidades sejam planejadas para além do atendimento de demandas médicas, considerando-se espaços de reuniões, convivência e trabalho educativo.

Precisa-se também ampliar o seu foco para além do setor saúde, considerando-se a possibilidade da unidade de saúde contribuir, juntamente com a comunidade, nas áreas de saneamento básico, moradia, educação, entre outras. Isso pode ser efetivado com uma participação direta dos profissionais nas associações locais ou nos conselhos e até através de estímulo à participação da população nesses espaços.

Para se avançar neste pensamento, torna-se necessária uma nova concepção de saúde para os gestores, trabalhadores e usuários dos serviços de saúde.

A compreensão desse novo conceito ampliado de saúde e do proposto diálogo educativo, que resulte em uma melhoria dos espaços de promoção da saúde, deve vir acompanhado de um movimento de fortalecimento (*empowerment*) econômico, político, social e cultural dos indivíduos e grupos.

Um primeiro passo para esse fortalecimento seria a superação das defasagens na formação dos profissionais/educadores em saúde.

Como superação desses limites exige-se estratégias focadas na população alvo e ações compostas por recursos diversos, facilitadores do processo ensino-aprendizagem como afirma Villa:

Se por um lado existem limitações institucionais, por outro, lembramos que sucumbir aos limites é negar-se à reflexão das possíveis estratégias político-administrativas que possibilitam transformar o trabalho fatigante e sem sentido numa proposta desafiadora, com novo sentido. Uma forma de renovar a potência para agir e deixar de reagir. Nas palavras de Freire, mesmo sabendo que as condições materiais, econômicas, sociais, culturais geram quase sempre barreiras de difícil superação para o cumprimento de nossa tarefa, devemos saber também que os obstáculos não se eternizam (VILLA, 2006, p. 46).

Além das limitações das condições de trabalho, físicas e materiais, a **política** (*organizações das instituições de saúde*) surge também como um grande dificultador para a **educação e abordagem-coletiva**. Isso pode ser superado por uma maior participação popular e pelas “atitudes criadoras que, muitas vezes, alavancam o processo de ensino por meio da participação ativa dos usuários envolvidos nas diferentes atividades improvisadas” (VILLA, 2006, p. 46).

Fala-se nesse momento já do segundo aspecto dificultador que considera também a falta de capacitação profissional.

Villa (2006) refere quanto a esse aspecto que vários autores destacam a necessidade de capacitação dos profissionais da saúde para o processo educativo. Afirma que, não questionando a base científica da saúde, a formação do profissional da saúde relaciona-se com os fundamentos da ciência médica, fragmentada e relacionada ao tratamento de doenças.

Nesse contexto há a segmentação dos conteúdos, fragmentação do sujeito e do cuidado que passa a ser visto sob a ótica biologicista, individualista e voltado ao aspecto curativo, desvinculado do aspecto educativo.

Contudo, se não houver uma preparação e uma reflexão técnica e política para as ações de promoção da saúde, corre-se o risco de direcionar a abordagem coletiva para o caminho da prescrição de comportamentos enunciados no imperativo.

Esses imperativos comportamentais afastam-se da **abordagem-coletiva** e **educação** como cooperação e construção da autonomia de cada um dos sujeitos, revelando o caráter do profissional da saúde como autoridade sanitária.

A relação desta abordagem biomédica com a não capacitação profissional pode levar a uma “nova roupagem para as velhas abordagens”. Assim os profissionais/educadores em saúde continuam a reproduzir uma educação tradicional, pautada na transmissão de conhecimento da pedagogia diretiva, porém com nomenclaturas de oficinas, grupos operativos e interativos, mas que não se estabelecem na prática.

Com isso nomeiam-se as **abordagens-coletivas** de grupos educativos, mas com abordagens de divulgação de condutas como é mostrado no estudo de Carvalho *et al.* (2006) que refere que todos os profissionais entrevistados não conheciam a Teoria de Grupo Operativo de Enrique Pichon-Rivière, porém denominando-os de grupo operativo, mas executando ações tradicionais de educação.

Os autores referem também que os grupos hoje existentes nas Unidades de Saúde da Família do município de estudo são chamados de grupos educativos, mas são simplesmente agrupamento de pessoas para esclarecer, informar e sensibilizar sobre a patologia, verificar uso correto de medicação, monitorar níveis pressóricos e de glicose, afastando-se completamente do ideário da promoção da saúde.

O estudo de Schwingel e Cavedon (2004) demonstra que, em lugar de se configurarem como espaço de troca e de compartilhamento de saberes, os grupos, também chamados de oficinas, tornam-se estratégias coletivas para transmissão de conhecimento, distanciando ainda mais do conceito de grupo operativo.

Então, a categoria **educação** e **abordagem-coletiva**, presente no núcleo central, tanto pode ser analisada como uma ação de partilha de saberes como mais um momento de reprodução do modelo biomédico. Este último sendo reforçado pelo termo **prevenção** que, como já referido, tem a maior frequência de evocações, sendo, portanto, lembrado por um maior número de docentes, e com grande importância.

Por fim, no conjunto dos docentes percebe-se uma grande influência histórica e política dos ideais preventivistas ainda muito forte no núcleo central, expresso pelo termo **prevenção** e reforçado por **política** e **assistência**.

Por outro lado há evidências da presença na estrutura representacional dos docentes, já a partir do núcleo central através do termo **abordagem-coletiva** reforçado por **cuidado**, **qualidade-vida** e **determinantes**, de ideais da promoção da saúde.

Já o termo **educação**, presente no núcleo central, ora revela uma aproximação com o termo **prevenção** e ora com o termo **abordagem-coletiva**.

Essas são algumas das estruturas representacionais de promoção da saúde nos discursos do conjunto de sujeitos deste estudo. Como se trata de um campo representacional socialmente estruturado, fez-se necessário compreendê-lo segundo algumas categorias ou variáveis (sexo, formação docente, área de atuação na docência e local de trabalho) sujeitas a influências de diferenças representacionais sobre o contexto histórico-social a que pertencem.

5.3 Representação social de Promoção da Saúde segundo categorias definidas

Considerando-se que as representações sociais de promoção à saúde dos docentes de Enfermagem das instituições estudadas possuem algumas particularidades, na medida em que podem sofrer interferências por algumas variáveis sociais, econômicas e culturais, segue-se adiante a apresentação e discussão dos resultados do estudo segundo as categorias sexo, formação docente, área de atuação na docência e local de trabalho.

- **Sexo**

Em relação ao *corpus* formado pelas evocações dos docentes do sexo masculino, foram evocados 125 vocábulos, dos quais 43 foram diferentes. A média das ordens médias de evocação (*rang*) foi igual a 3, numa escala de 1 a 5 (APÊNDICE E), ao passo que a frequência média ficou situada em 11 e a mínima em 6 (QUADRO 2).

QUADRO 2

Análise das Evocações do Termo Indutor “Promoção da Saúde”
em Docentes do Sexo Masculino. Belo Horizonte, 2008.

O.M.E.	< 3			≥ 3		
Freq. Méd.	Termo Evocado <i>Elementos centrais</i>	Freq.	OME	Termo Evocado <i>Elementos intermediários ou 1ª periferia</i>	Freq.	OME
≥ 11	Prevenção	20	2,600			
< 11	<i>Elementos intermediários ou de contraste</i>			<i>Elementos periféricos ou 2ª periferia</i>		
	Abordagem-coletiva	6	2,667			
	Educação	8	2,875			

Fonte: Dados primários levantados por meio do questionário aplicado aos sujeitos do estudo.

Nota: Frequência mínima: 6; Frequência média: 11; OME (Ordem Média de Evocações): 3; Número de docentes: 25.

O QUADRO 2 apresenta a seguinte distribuição das palavras: no quadrante superior esquerdo aparece apenas o termo **prevenção**, sendo esse o possível elemento central da representação; no quadrante superior direito não aparece nenhum termo; no quadrante inferior esquerdo, chamado de elemento de contraste, aparecem os termos **abordagem-coletiva** e **educação**; e na 2ª periferia no quadrante inferior direito também não aparece nenhum termo.

Já em relação ao *corpus* formado pelas evocações dos docentes do sexo feminino foram evocadas 495 palavras, das quais 72 foram diferentes. A média das ordens médias de evocação foi igual a 2,9 (*rang*), numa escala de 1 a 5 (APÊNDICE F), ao passo que a frequência média ficou situada em 19 e a mínima em 10 (QUADRO 3).

QUADRO 3

Análise das Evocações do Termo Indutor “Promoção da Saúde”
em Docentes do Sexo Feminino. Belo Horizonte, 2008.

O.M.E.	< 2,99			≥ 2,99		
Freq. Méd.	Termo Evocado	Freq.	OME	Termo Evocado	Freq.	OME
	<i>Elementos centrais</i>			<i>Elementos intermediários ou 1ª periferia</i>		
≥ 19	Educação	48	2,729	Abordagem-coletiva	25	3,000
	Política	21	2,571			
	Prevenção	46	2,761			
< 19	<i>Elementos intermediários ou de contraste</i>			<i>Elementos periféricos ou 2ª periferia</i>		
	Ação	12	2,833	Alimentação	11	3,000
	Cuidado	16	2,625	Assistência	15	3,333
	Falta-negativo	13	2,615	Atenção-básica	12	3,083
	Qualidade-vida	14	2,071	Atividade-física	11	3,182
				Determinantes	16	3,250
				Envolvimento	10	3,300

Fonte: Dados primários levantados por meio do questionário aplicado aos sujeitos do estudo.

Nota: Frequência mínima: 10; Frequência média: 19; OME (Ordem Média de Evocações): 2,9; Número de docentes: 99.

No QUADRO 3 está evidenciada a seguinte distribuição das palavras: no quadrante superior esquerdo aparecem os termos **educação**, **política**, e **prevenção**, sendo esses os possíveis elementos centrais da representação; no quadrante superior direito aparece o termo **abordagem-coletiva** como 1ª periferia; entre os elementos de contraste aparecem **ação**, **cuidado**, **falta-negativo** e **qualidade-vida**; e os elementos periféricos estão representados pelos vocábulos **alimentação**, **assistência**, **atenção-básica**, **atividade-física**, **determinantes** e **envolvimento**, localizados no quadrante inferior direito.

Em relação à análise da variável sexo, observa-se, referente ao sexo masculino, que no núcleo central permanece apenas o termo **prevenção**, saindo os termos **educação** e **abordagem-coletiva**, sendo estes os únicos termos presentes nos quadrantes, já que os demais que estavam presentes no *corpus* constituído pelas evocações de todos os docentes aqui desapareceram.

Com a variável “sexo feminino” também permanece em seu núcleo central o termo **prevenção**, porém ao contrário do conjunto dos docentes este termo é superado pelo termo **educação**, no que se refere ao número de evocações, e com um *rang* muito próximo entre elas.

Ainda com a variável “sexo feminino” observa-se a incorporação do termo **política** no lugar do termo **abordagem-coletiva** que se desloca para a 1ª periferia, mas com tendência a permanecer no núcleo central devido ao *rang* igual a 3,0.

Nessa variável constata-se uma diferença considerável em relação aos gêneros, já que para o sexo masculino foi evocado o menor número de termos de todo estudo, e para o feminino aparece o maior número de termos de todo estudo, além de termos diferentes como **ação** na zona de contraste e **atividade-física** e **envolvimento** na 2ª periferia. Esses três termos dão uma noção de movimento, de promoção da saúde como antônimo do sedentarismo e como uma ideia ativa de busca pela saúde e não da medicalização e da passividade.

Toda esta mobilidade da periferia da representação de promoção à saúde, reforça o termo **política** do núcleo central que tem um *rang* de 2,571, que foi mais prontamente evocado. São elementos representantes do termo **política**: *democratização; políticas de saúde; políticas públicas; programa de saúde e vontade política.*

O termo **política**, para o sexo feminino, possivelmente faz parte do núcleo central da representação, e aparece com bastante evidência na zona de contraste da representação do conjunto dos docentes (QUADRO 1).

Como na representação do conjunto dos docentes o termo **política** pode estar tanto reforçando os elementos do núcleo central como revelando a existência de um pequeno grupo portador de uma representação social diferente e este termo aparecer na representação do sexo feminino no núcleo central, observa-se a possibilidade desse pequeno grupo não ser tão minoritário entre as mulheres.

Entretanto, para o sexo masculino, os termos **abordagem-coletiva** e **educação** que na representação do conjunto dos docentes aparecem no núcleo central, entre os homens já aparecem na zona de contraste, evidenciando um pequeno grupo com uma representação

diferente e mais próxima dos ideais da promoção à saúde. Entre as mulheres parece mais próximo da promoção à saúde.

Esta representação diferenciada entre os sexos poderia ser justificada pelas diferentes formações entre os docentes do sexo masculino e os docentes do sexo feminino.

Entre os homens, 52% são enfermeiros e os outros 48% não são, e com uma formação fora da área da saúde em sua maioria, perfazendo as áreas de Administração, Geologia, Pedagogia, Comunicação, Ciências Agrárias, Ciências Biológicas e Nutrição.

Já entre as mulheres, 74,7% são enfermeiras e 25,3% não são, e destas a maioria possui formação na área da saúde, contemplando as áreas de Odontologia, Medicina Veterinária, Farmácia, Nutrição, Psicologia, Ciências Biológicas, Direito, Letras e Biblioteconomia.

Para verificar esta possível justificativa compararam-se as estruturas representacionais em função da formação dos docentes.

- **Formação docente**

Em relação ao *corpus* formado pelas evocações dos docentes de enfermagem com graduação em Enfermagem a partir do termo indutor “promoção da saúde”, foram evocados 435 vocábulos, sendo que destes 71 foram diferentes e a média das ordens médias de evocação (*rang*) foi igual a 2,9 (APÊNDICE G). Considerando-se que foram desprezadas as evocações cuja frequência foi menor que 14, encontrou-se a frequência média de evocação igual a 27 (QUADRO 4).

QUADRO 4

Análise das Evocações do Termo Indutor “Promoção da Saúde” dos Docentes com Graduação em Enfermagem. Belo Horizonte, 2008.

O.M.E. < 2,9		≥ 2,9				
Freq. Méd.	Termo Evocado <i>Elementos centrais</i>	Freq.	OME	Termo Evocado <i>Elementos intermediários ou 1ª periferia</i>	Freq.	OME
≥ 27	Abordagem-coletiva	28	2,893			
	Educação	40	2,675			
	Prevenção	48	2,646			
< 27	<i>Elementos intermediários ou de contraste</i>			<i>Elementos periféricos ou 2ª periferia</i>		
	Cuidado	15	2,733	Determinantes	14	3,500
	Política	17	2,706			

Fonte: Dados primários levantados por meio do questionário aplicado aos sujeitos do estudo.

Nota: Frequência mínima: 14; Frequência média: 27; OME (Ordem Média de Evocações): 2,9; Número de docentes: 87.

O QUADRO 4 retrata a seguinte distribuição das palavras: no quadrante superior esquerdo aparecem os termos **abordagem-coletiva**, **educação** e **prevenção**, sendo esses os possíveis elementos centrais da representação; no quadrante superior direito observa-se a ausência de termos; entre os elementos de contraste aparecem **cuidado** e **política** no quadrante inferior esquerdo; e o elemento periférico está representado pelo vocábulo **determinantes** localizado no quadrante inferior direito.

Quanto ao *corpus* formado pelas evocações dos docentes de enfermagem que não têm graduação em Enfermagem, a partir do termo indutor “promoção à saúde”, foram evocados 185 vocábulos, sendo que destes 52 eram diferentes e a média das ordens médias de evocação foi igual a 3 (APÊNDICE H). A frequência média ficou situada em 11 e a mínima em 7 (QUADRO 5).

QUADRO 5

Análise das Evocações do Termo Indutor “Promoção da Saúde” dos Docentes não Graduados em Enfermagem. Belo Horizonte, 2008.

O.M.E.	< 3			≥ 3		
Freq. Méd.	Termo Evocado <i>Elementos centrais</i>	Freq.	OME	Termo Evocado <i>Elementos intermediários ou 1ª periferia</i>	Freq.	OME
≥ 11	Educação Prevenção	16 18	2,938 2,889			
< 11	<i>Elementos intermediários ou de contraste</i> Investimento Política	8 8	2,938 2,500	<i>Elementos periféricos ou 2ª periferia</i> Determinantes	7	3,429

Fonte: Dados primários levantados por meio do questionário aplicado aos sujeitos do estudo.

Nota: Frequência mínima: 7; Frequência média: 11; OME (Ordem Média de Evocações): 3; Número de docentes: 37.

O QUADRO 5 permite evidenciar a seguinte distribuição das palavras: no quadrante superior esquerdo aparecem os termos **educação** e **prevenção**, sendo esses os possíveis elementos centrais da representação; no quadrante superior direito observa-se a ausência de termos; entre os elementos de contraste aparecem **investimento** e **política** no quadrante inferior esquerdo; e o elemento periférico está representado pelo vocábulo **determinantes** localizado no quadrante inferior direito.

Analisando-se a representação de promoção da saúde de acordo com a variável “formação”, ou seja, entre os docentes dos cursos de Enfermagem que são enfermeiros e os docentes destes cursos que não são enfermeiros, observa-se que há diferenças, mas não diferenças marcantes quanto aos possíveis elementos constituintes do núcleo central entre os

grupos, nem mesmo em relação ao quadro da representação do conjunto dos docentes (QUADRO 1), mantendo-se a grande importância atribuída pelos sujeitos ao termo **prevenção** (QUADRO 4 e 5). Clarifica-se, mais uma vez, a promoção à saúde orientada por um discurso biologicista que reduz a determinação social do processo saúde-doença à dimensão individual.

Para os docentes enfermeiros, em relação ao conjunto dos docentes, as diferenças são ainda menores, permanecendo idêntico o núcleo central e também com uma representação mais consolidada pela ausência de termos na 1ª periferia. Na zona de contraste desaparece o termo **qualidade-vida** e na 2ª periferia, o termo **assistência**.

Já entre os docentes não enfermeiros, em relação ao conjunto dos docentes, evidencia-se uma diferença um pouco maior, pois o termo **abordagem-coletiva** não entra no núcleo central e desaparece de todos os quadrantes.

Essa ausência do termo **abordagem-coletiva**, representada pelos elementos *assistência à família; atividades grupais; coletividade; comunidade; ganho coletivo; grupo operativo; movimento social; partilha; sujeito social*, reforça mais uma vez a representação de promoção à saúde em uma dimensão individualista, descontextualizada das questões sociais, comunitárias e familiares.

Entre estes docentes observa-se também a saída definitiva dos termos **cuidado** e **qualidade-vida** na zona de contraste e a inclusão do termo **investimento** que só aparece aqui (QUADRO 5) entre todos os quadrantes do conjunto dos docentes e demais variáveis.

Percebe-se que a dimensão do cuidado como promoção da saúde está mais fortemente marcada na estrutura representacional dos docentes enfermeiros, desaparecendo nos quadrantes dos docentes não enfermeiros.

Como referido anteriormente, sobre a possibilidade da existência de um subgrupo, principalmente a partir dos termos **qualidade-vida** e **cuidado** na zona de contraste, reforçando o termo **abordagem-coletiva** no núcleo central dos quadrantes do conjunto dos docentes e analisando a estrutura representacional desta variável de formação, percebe-se que há uma possibilidade deste pequeno grupo estar presente entre os docentes enfermeiros. Isso fica claro quando se observa a saída dos termos **cuidado** e **abordagem-coletiva** respectivamente da zona de contraste e do núcleo central do quadro de quatro casas dos docentes não enfermeiros.

Esta diferença representacional na formação dos docentes reforça também a diferença representacional da variável “sexo”, pois entre os docentes do sexo masculino há quase a metade de docentes não enfermeiros.

- **Área de atuação na docência**

De acordo com o *corpus* formado pelas evocações de docentes de Enfermagem que lecionam conteúdos e acompanham estágios específicos da área de atenção básica dos serviços de saúde diante do termo indutor “promoção da saúde”, foram evocadas 135 palavras e destas 48 eram diferentes. A média das ordens médias de evocação foi igual a 3 (APÊNDICE I), sendo desprezadas as evocações cuja frequência foi menor que 6 e encontrando-se a frequência média de evocação igual a 9 (QUADRO 6).

QUADRO 6

Análise das Evocações do Termo Indutor “Promoção da Saúde” dos Docentes que Atuam na Docência na Atenção Básica em Saúde. Belo Horizonte, 2008.

O.M.E. < 3				≥ 3		
Freq. Méd.	Termo Evocado <i>Elementos centrais</i>	Freq.	OME	Termo Evocado <i>Elementos intermediários ou 1ª periferia</i>	Freq.	OME
≥ 9	Abordagem-coletiva	12	2,333			
	Educação	11	2,909			
< 9	<i>Elementos intermediários ou de contraste</i>			<i>Elementos periféricos ou 2ª periferia</i>		
	Prevenção	8	2,000	Determinantes	6	3,500

Fonte: Dados primários levantados por meio do questionário aplicado aos sujeitos do estudo.

Nota: Frequência mínima: 6; Frequência média: 9; OME (Ordem Média de Evocações): 3; Número de docentes: 27.

No QUADRO 6, observa-se que o núcleo central é formado pelas palavras **abordagem-coletiva** e **educação**; na 1ª periferia não há a presença de termos; o elemento de contraste está representado pelo termo **prevenção**; e o da 2ª periferia pelo termo **determinantes**.

Por sua vez as evocações de docentes de Enfermagem que lecionam conteúdos ou acompanham estágios nas áreas assistenciais, chamadas de atenção secundária e terciária, como ambulatórios de urgência e emergência e atenção hospitalar, o programa apontou 315 evocações, das quais 67 foram diferentes com uma média das ordens médias de evocação igual a 2,9 (APÊNDICE J). A frequência média de evocação foi de 21 e a mínima igual a 10, gerando o quadro de quatro casas a seguir (QUADRO 7).

QUADRO 7

Análise das Evocações do Termo Indutor “Promoção da Saúde” dos Docentes que Atuam na Docência na Atenção Secundária e Terciária. Belo Horizonte, 2008.

O.M.E. < 2,9		≥ 2,9				
Freq. Méd.	Termo Evocado <i>Elementos centrais</i>	Freq.	OME	Termo Evocado <i>Elementos intermediários ou 1ª periferia</i>	Freq.	OME
≥ 21	Educação	31	2,581			
	Prevenção	41	2,732			
< 21	<i>Elementos intermediários ou de contraste</i>			<i>Elementos periféricos ou 2ª periferia</i>		
	Cuidado	13	2,385	Abordagem-coletiva	16	2,385
	Política	15	2,533	Assistência	10	2,533

Fonte: Dados primários levantados por meio do questionário aplicado aos sujeitos do estudo.

Nota: Frequência mínima: 10; Frequência média: 21; OME (Ordem Média de Evocações): 2,9; Número de docentes: 63.

No QUADRO 7 as palavras **educação** e **prevenção** configuram-se como elementos centrais e a 1ª periferia continua com ausência de termos. Por sua vez, os elementos de contraste são representados pelas palavras **cuidado** e **política** e os da 2ª periferia, pelas palavras **abordagem-coletiva** e **assistência**.

A terceira categoria desta variável é composta pelos docentes de Enfermagem que lecionam conteúdos do chamado ciclo básico, ou seja, conteúdos das áreas de Ciências Biológicas e da Saúde e Ciências Humanas e Sociais.

O *corpus* formado por estes docentes formou um conjunto de evocação de 170 vocábulos e destes 49 eram diferentes com uma média das ordens médias de evocação igual a 3 (APÊNDICE K). Considerando-se que foram desprezadas as evocações com frequência menor que 8, encontrou-se a frequência média de evocação igual a 13, gerando o quadro de quatro casas (QUADRO 8).

QUADRO 8

Análise das Evocações do Termo Indutor “Promoção da Saúde” dos Docentes que Atuam no Ciclo Básico/Ciências Biológicas e da Saúde, e Ciências Humanas e Sociais. Belo Horizonte, 2008.

O.M.E. < 3		≥ 3				
Freq. Méd.	Termo Evocado <i>Elementos centrais</i>	Freq.	OME	Termo Evocado <i>Elementos intermediários ou 1ª periferia</i>	Freq.	OME
≥ 13				Educação	14	3,000
				Prevenção	17	3,000
	<i>Elementos intermediários</i>			<i>Elementos periféricos ou 2ª</i>		

	<i>ou de contraste</i>			<i>periferia</i>		
< 13	Política	8	2,500			

Fonte: Dados primários levantados por meio do questionário aplicado aos sujeitos do estudo.

Nota: Frequência mínima: 8; Frequência média: 13; OME – Ordem Média de Evocações: 3; Número de docentes: 34.

No QUADRO 8, observa-se pela primeira vez a ausência de termos no quadrante superior esquerdo, no núcleo central da representação e o aparecimento dos termos **educação** e **prevenção** na 1ª periferia no quadrante superior direito. A zona de contraste no quadrante inferior esquerdo está representada pela palavra **política** e verifica-se também a ausência de termos na 2ª periferia no quadrante inferior direito.

A variável “área de atuação na docência” foi dividida em três categorias baseando-se nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem (BRASIL, 2001) e nas estruturas curriculares dos cursos que fazem parte do estudo e da formação profissional.

De acordo com as Diretrizes em seu Artigo 6º, os conteúdos devem contemplar as áreas de Ciências Biológicas e da Saúde; Ciências Humanas e Sociais, e Ciências da Enfermagem, sendo esta última dividida em quatro subáreas: Fundamentos de Enfermagem; Assistência de Enfermagem; Administração de Enfermagem e Ensino de Enfermagem (BRASIL, 2001).

O Artigo 7º refere-se ao estágio supervisionado. Os cursos ficam obrigados, além dos conteúdos teóricos e práticos ao longo do curso, de incluir estágio supervisionado em hospitais, ambulatórios e na rede básica de serviços de saúde e comunidades nos dois últimos semestres.

A estrutura curricular tradicional e hegemônica na formação do enfermeiro está presente também nos cursos deste estudo.

Tradicionalmente os conteúdos das áreas de Ciências Biológicas e da Saúde, e Ciências Humanas e Sociais são ministrados nos primeiros períodos do curso chamado de ciclo básico.

A maior parte dos docentes que ministram estes conteúdos não são enfermeiros e alguns não têm formação na área de Saúde, sendo isso evidente nestes três cursos.

Após o ciclo básico são apresentados os conteúdos da área de Ciências da Enfermagem, com conteúdos geralmente ministrados por enfermeiros. O mesmo acontece no final do curso nos estágios supervisionados. Esta parte é chamada de ciclo profissional e isto é confirmado nestes cursos em que os docentes foram os sujeitos.

Entre os docentes enfermeiros que atuam na área de Ciências da Enfermagem e nos estágios há tradicionalmente duas subdivisões, abrangendo aqueles que atuam na área de hospitais gerais e especializados, ambulatorios de urgência e emergência, e aqueles que atuam na rede básica de serviços de saúde como Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família.

Estes docentes quase sempre estão na assistência nas respectivas áreas e/ou têm experiências e especializações nas mesmas.

Tudo isto também pôde ser observado entre os docentes e os cursos deste estudo.

A única diferença do tradicional foi observada no Curso 1 (IES1) em que as disciplinas do chamado ciclo básico e profissional se misturam nos períodos ao longo do curso.

Portanto, por serem as representações sujeitas a se expressarem de acordo com o vivido, compartilhado e por algumas variáveis socioeconômicas e culturais, pretendeu se analisar na área de atuação docente aqueles que atuam na atenção básica de saúde, os que atuam na atenção hospitalar e ambulatorial de urgência e os que atuam no chamado ciclo básico do curso.

Por serem docentes com vivências e formação diferenciadas podem apresentar representações diferentes e por ser a representação socialmente compartilhada e que orienta as relações do sujeito e suas condutas, podem contribuir com a formação do discente de enfermagem mais próxima ou distante do ideário de promoção à saúde.

Então, em relação à análise da área de atuação dos docentes observam-se diferenças marcantes.

Em relação aos docentes que atuam na Atenção Básica em Saúde (ABS), pela primeira vez verifica-se a ausência do termo **prevenção** no núcleo central, que deixa de ser também o termo mais lembrado ocupando a terceira posição em quantidade de evocações, porém quando o termo foi induzido, foi lembrado prontamente de acordo com o *rang* igual a 2, em uma escala de 1 a 5.

Para os docentes que atuam na atenção básica o possível núcleo central da representação se apresenta com o termo **abordagem-coletiva**, sendo mais evocado e com uma OME igual a 2,333 (*rang*), o que significa que foi evocado mais rapidamente.

Os termos **cuidado**, **política** e **qualidade-vida** da zona de contraste do conjunto de docentes aqui desaparecem (QUADRO 6), aparecendo, como já dito, o termo **prevenção**, demonstrando que entre os docentes da ABS também há um subgrupo. Porém, ao contrário do

geral, os docentes da ABS têm possivelmente uma representação social afinada com os preceitos da promoção à saúde, e ainda um possível pequeno subgrupo que foge a esta regra.

No que diz respeito aos docentes que atuam na “área hospitalar”, não se observa a incorporação de termos nos quadrantes e sim a saída definitiva dos termos **qualidade-vida** e **determinantes** (QUADRO 7) quando comparado ao conjunto dos docentes. Esses termos, representados pelos elementos *qualidade ambiental, tranquilidade e ambiente social e ecológico, boas condições de moradia, contexto social, lazer/cultura, meio socioeconômico, população com melhores condições*, demonstram, respectivamente, os determinantes sociais presentes no conceito ampliado de saúde entendido pelo SUS e também presente na Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990).

A supressão desses dois termos (**qualidade-vida** e **determinantes**) mais a saída do termo **abordagem-coletiva** do núcleo central e sua incorporação na 2º periferia pode representar um distanciamento desses docentes com a promoção à saúde e os ideais de vigilância da saúde que aparecem entre os docentes da ABS.

Com relação aos docentes do chamado ciclo básico, as diferenças são mais marcantes entre as variáveis e em relação ao quadro global, pois se observa a ausência de termos no núcleo central e a incorporação dos termos **educação** e **prevenção** na 1ª periferia. O termo **política** permanece na zona de contraste e os demais termos desaparecem dos quadrantes, ficando também a 2ª periferia com ausência de termo (QUADRO 8).

Pela ausência de termo no núcleo central, pode-se dizer que muito provavelmente o termo indutor “promoção da saúde” não é objeto de representação dos docentes que atuam no chamado ciclo básico, já que o núcleo central é todo elemento que tem função privilegiada na representação e os outros elementos dependem dele, já que é em função do núcleo central que se define a importância do termo para o sujeito e é o núcleo central que caracteriza uma representação propriamente dita e que lhe dá estabilidade (função organizadora) e identidade (função geradora) (ABRIC, 2000; SÁ, 2002).

Como funções, o núcleo central possui basicamente duas: a geradora, fornecendo valor e sentido aos outros elementos da representação, e a organizadora, que une e estabiliza os elementos da representação (ABRIC, 2000). Contudo, Abric (2001) ainda descreve duas outras funções, quais sejam, a funcional, ou função operatória e prática, e a normativa, que se concretiza, por exemplo, por meio de uma norma, estereótipo ou atitude. Dessa forma, o núcleo central concede estabilidade, coerência, continuidade e consensualidade às representações (MARQUES; OLIVEIRA; GOEMS, 2004, p. 93).

Diante disso, a análise das representações sociais dos docentes de Enfermagem do chamado ciclo básico, ou seja, que ministram aulas nos primeiros períodos do Curso de Graduação em Enfermagem e/ou conteúdos que contemplam as Ciências Biológicas e da Saúde, e as Ciências Humanas e Sociais, demonstra que, para esses docentes, o termo indutor “promoção à saúde” provavelmente não tem uma representação social propriamente dita pela ausência de termos em seu núcleo central.

Evidencia-se também a presença apenas dos termos que aparentemente se contrapõem aos preceitos da promoção à saúde, analisados a partir dos vocábulos padronizados, representados pelos termos **prevenção, educação e política**.

- **Local de trabalho**

Esta variável foi dividida em três categorias entre as três IES que fizeram parte deste estudo.

Com relação ao *corpus* formado pelas evocações de docentes de enfermagem da Instituição/Curso I, foram evocadas 170 palavras, das quais 49 foram diferentes. A média das ordens médias de evocação foi igual a 3 (APÊNDICE L), ao passo que a frequência média de evocação ficou situada em 14 e a mínima em 8. (QUADRO 9).

QUADRO 9

Análise das Evocações do Termo Indutor “Promoção da Saúde” dos Docentes que trabalham na Instituição/Curso 1. Belo Horizonte, 2008.

O.M.E.	< 3			≥ 3		
Freq. Méd.	Termo Evocado <i>Elementos centrais</i>	Freq.	OME	Termo Evocado <i>Elementos intermediários ou 1ª periferia</i>	Freq.	OME
≥ 14				Abordagem-coletiva	16	3,250
				Educação	18	3,222
< 14	<i>Elementos intermediários ou de contraste</i>			<i>Elementos periféricos ou 2ª periferia</i>		
	Política	8	2,375			
	Prevenção	13	2,308			

Fonte: Dados primários levantados por meio do questionário aplicado aos sujeitos do estudo.

Nota: Frequência mínima: 8; Frequência média: 14; OME (Ordem Média de Evocações): 3; Número de docentes: 34.

O QUADRO 9 demonstra a ausência de elementos no quadrante superior esquerdo que provavelmente fariam parte do núcleo central da representação, enquanto que no

quadrante superior direito aparecem os termos **abordagem-coletiva** e **educação** como elementos da 1ª periferia. As palavras **política** e **prevenção** aparecem na zona de contraste, sendo que no quadrante inferior direito, de elementos mais periféricos, há a ausência de vocábulos.

Entretanto, em relação aos docentes de Enfermagem da Instituição/Curso 2, o *corpus* das evocações se constituem em 200 palavras, das quais 52 são diferentes em um *rang* igual a 3 (APÊNDICE M). Foram desprezadas as evocações cuja frequência foi menor que 14 e encontrou-se a frequência mínima de 9, como foi apresentado no quadro de quatro casas (QUADRO 10).

QUADRO 10

Análise das Evocações do Termo Indutor “Promoção da Saúde” de Docentes que trabalham na Instituição/Curso 2. Belo Horizonte, 2008.

O.M.E.	< 3			≥ 3		
Freq. Méd.	Termo Evocado <i>Elementos centrais</i>	Freq.	OME	Termo Evocado <i>Elementos intermediários ou 1ª periferia</i>	Freq.	OME
≥ 14	Educação Prevenção	17 22	2,353 2,455			
< 14	<i>Elementos intermediários ou de contraste</i> Princípio-SUS	9	2,444	<i>Elementos periféricos ou 2ª periferia</i> Assistência Determinantes	11 10	3,545 3,900

Fonte: Dados primários levantados por meio do questionário aplicado aos sujeitos do estudo.

Nota: Frequência mínima: 9; Frequência média: 14; OME (Ordem Média de Evocações): 3; Número de docentes: 40.

Para o QUADRO 10 verifica-se a presença dos termos **educação** e **prevenção** como possíveis elementos do núcleo central, com ausência de elementos na 1ª periferia. Na zona de contraste destaca-se o termo **princípio-SUS** como único elemento do quadrante inferior esquerdo e na 2ª periferia os termos **assistência** e **determinantes** no quadrante inferior direito.

Por fim, para o *corpus* das evocações de docentes de Enfermagem da Instituição/Curso 3 foram evocados 250 vocábulos, sendo 64 diferentes com um *rang* de 2,9 (APÊNDICE N). A frequência média de evocações foi igual 19 e desprezadas as frequências menores que 10, sendo esta a frequência mínima, constituindo-se no QUADRO 11.

QUADRO 11

Análise das Evocações do Termo Indutor “Promoção da Saúde” de Docentes que trabalham na Instituição/Curso 3. Belo Horizonte, 2008.

O.M.E. < 2,9		≥ 2,9				
Freq. Méd.	Termo Evocado <i>Elementos centrais</i>	Freq.	OME	Termo Evocado <i>Elementos intermediários ou 1ª periferia</i>	Freq.	OME
≥ 19	Educação	21	2,667	Prevenção	31	3,065
< 19	<i>Elementos intermediários ou de contraste</i> Abordagem-coletiva	10	1,900	<i>Elementos periféricos ou 2ª periferia</i> Política	14	3,000

Fonte: Dados primários levantados por meio do questionário aplicado aos sujeitos do estudo.

Nota: Frequência mínima: 10; Frequência média: 19; OME – Ordem Média de Evocações: 2,9; Número de docentes: 50.

No QUADRO 11 tem-se no quadrante superior esquerdo unicamente o termo **educação** aparecendo a palavra **prevenção** na 1ª periferia. No quadrante inferior esquerdo aparece o termo **abordagem-coletiva** como elemento de contraste e no quadrante inferior direito o termo **política** como 2ª periferia.

Observa-se, em relação a esta categoria, que houve diferenças entre as três instituições, ficando fortemente evidenciada a ausência de elementos no quadrante superior esquerdo da IES 1, o que poderia dizer da ausência de representação destes docentes sobre promoção da saúde. Porém, verifica-se a presença dos termos **abordagem-coletiva** e **educação** no quadrante superior direito onde estariam situados elementos periféricos mais importantes. Assim, há também a possibilidade de uma existência de promoção da saúde menos consolidada em seu núcleo central ou este estar mais relacionado com a realidade.

Diferentemente do quadrante do conjunto dos docentes, neste campo representacional são deslocadas questões ligadas à prevenção de doenças e também o foco biológico para a zona de contraste.

Para os docentes que trabalham na IES 2, verifica-se pouca diferença em relação ao conjunto dos docentes, destacando-se a inclusão do termo **princípio-SUS** que passa a ser o único elemento da zona de contraste. Para esses docentes a promoção à saúde está relacionada aos princípios da reforma sanitária do Brasil, principalmente o controle social, evidentes nos termos *controle social; participação popular; participação social; população – participação* e reforçado por uma assistência integral, sem perda dos direitos universais e dever do Estado

como nos termos: *assistência integral; dever de todos; dever do profissional da saúde; equidade; igualdade; integralidade.*

Por fim, para os docentes da IES 3, verifica-se a saída dos termos **prevenção** e **abordagem-coletiva** do núcleo central e a inclusão deles respectivamente na 1ª periferia e na zona de contraste. O termo **educação**, apesar de ser menos lembrado que **prevenção**, apresenta um *rang* menor, de 2,667, contra 3,065 referente ao segundo termo, permanecendo como possível elemento central. O termo de maior importância neste quadro (QUADRO 11) é **abordagem-coletiva** por ter um *rang* igual a 1,9, sendo o mais prontamente lembrado entre todos os termos de todos os quadrantes deste estudo.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desafio de analisar as representações sociais de docentes de Enfermagem sobre promoção da saúde, proposto por este trabalho, implicou a investigação das aproximações deste determinado grupo social com o paradigma da promoção à saúde e sua relação com o modelo de saúde tradicional e fragmentado ou com o modelo integral, plural e ampliado de saúde.

Para analisar essas aproximações partiu-se do pressuposto de que nem sempre o saber científico é o único presente nas relações de aprendizagem e que os docentes estão sujeitos, em suas ações educativas, a trabalhar constantemente com o saber formal e o informal. Esses saberes, que também influenciam seus valores e crenças, podem se estabelecer em suas ações de ensino, pois o saber informal é resultado do cotidiano de vivências e acaba sendo compartilhado tanto em sala de aula como no grupo social ao qual pertencem, tendo um papel preponderante no modo de agir das pessoas.

Esse modo de agir pode contribuir efetivamente com a formação dos futuros enfermeiros e na manutenção do modelo biomédico ou no avanço da teoria da epidemiologia social ou determinação social do processo saúde-doença.

Optou-se pelo estudo das representações sociais como referencial teórico-metodológico por compreender a importância desta investigação e que a representação social, também chamada de saber do senso comum, natural, que se distingue do conhecimento científico, é tida, porém, como objeto de estudo igualmente legítimo.

Os resultados deste estudo, embora não permitam generalizar por se tratar de uma realidade específica, trouxeram informações úteis sobre as representações sociais de docentes de Enfermagem de IES privadas da região metropolitana de Belo Horizonte – MG sobre promoção à saúde.

Para analisar as estruturas presentes nas representações buscou-se ainda explicitar como a promoção da saúde se insere na evolução histórica e prática do trabalho na saúde, das políticas públicas e de alguns modelos pedagógicos em saúde. Empreendeu-se, ainda, a caracterização dos docentes e de algumas variáveis que podem revelar a relação dos grupos com o objeto de estudo.

As representações sociais de promoção à saúde para o conjunto dos sujeitos do estudo têm provável núcleo central alicerçado na **prevenção**. Esse núcleo central parece estar

mais consolidado devido à ausência de elementos na 1ª periferia, apesar de haver uma tendência de deslocamento para a mesma do termo **abordagem-coletiva**.

Entre os elementos de contraste destacaram-se **política, cuidado e qualidade-vida** e por sua vez a 2ª periferia, pelos termos **assistência e determinantes**.

Constatou-se, assim, que prevenção/educação representa aquilo que é consensual no grupo, pela homogeneidade das evocações e pela forte presença no quadrante superior esquerdo do conjunto dos docentes e nas variáveis. Entre estes se destaca o termo **prevenção**.

As dimensões empíricas constituídas pelos docentes parecem apontar uma relação mais próxima do modelo biomédico. Na maioria dos professores, a representação social organiza-se em torno de um possível núcleo central cujo enfoque recai na perspectiva do modelo curativista e do modelo pedagógico diretivo voltado para a prevenção de doenças.

Essa ideia, presente nos elementos **prevenção** reforçada pelos termos **política e assistência**, se ancoram nos pressupostos do sanitarismo campanhista, modelo predominante no início do século XX. Esse modelo ficou conhecido pelo seu caráter de intervenção nas práticas educativas em saúde. Com este olhar, a promoção à saúde continua objetivando a prevenção da doença através da transmissão de informações relativas à higiene e a hábitos considerados saudáveis e sob influência do saber técnico-científico.

Ainda entre os possíveis elementos centrais há a presença de uma maior valorização do conhecimento científico do profissional representado pelos elementos padronizados como **educação** que parece ancorar-se no modelo médico-assistencial privatista que prioriza uma assistência em saúde especializada, individual, curativa, sem participação social nas definições das políticas de saúde.

Isso reforça características e elementos ligados à história e à memória do grupo, como foi referido por Abric (2000) em relação ao núcleo central.

Entretanto, o núcleo central também demonstra, a partir dos termos **abordagem-coletiva e educação**, uma possível representação aproximada do ideário da promoção da saúde. Esses dois termos, a partir do dicionário de palavras, remetem a elementos que tanto aproximam da promoção da saúde quanto também se relacionam com o modelo tradicional e biomédico, principalmente a partir do termo **educação**.

Porém, há na zona de contraste termos como **cuidado e qualidade-vida** que podem até reforçar o sentido do núcleo central, mas apontam mais diretamente para um sentido diferente e mais próximo com os ideais da promoção da saúde. Esse novo sentido que demonstra essa aproximação ao paradigma da promoção à saúde relaciona com os termos **abordagem-coletiva e educação** no núcleo central reforçado por **determinantes** na 2ª

periferia, evidenciando um possível pequeno grupo de docentes com uma representação diferente dos demais. Este subgrupo fica mais evidente quando se analisa a representação a partir das variáveis.

Em relação às variáveis do estudo observam-se algumas alterações significativas. Em relação ao sexo destaca-se a inclusão do termo **política** no possível núcleo central entre as mulheres e o aparecimento de novos elementos como **ação** e **falta-negativo** na zona de contraste e dos termos **alimentação**, **atenção-básica**, **atividade-física** e **envolvimento** na 2ª periferia. Observa-se uma promoção à saúde ligada ao movimento, à ação e às políticas públicas de saúde para dos docentes do sexo feminino enquanto para o sexo masculino não há sinalização de mudanças significativas em relação ao conjunto dos docentes. Há apenas uma evidência do termo **prevenção** no núcleo central.

Uma das possíveis relações da representação de promoção à saúde com perspectivas mais próximas de seu ideário foi observada no campo representacional dos docentes que atuam na área da atenção básica dos serviços de saúde. Na estrutura representacional desses professores há a exclusão do termo **prevenção** no núcleo central e sua inclusão na zona de contraste. Permanecem os termos **educação** e **abordagem-coletiva** no possível núcleo central, porém pela primeira vez em todo estudo, o termo **abordagem-coletiva** é o mais lembrado e com grande importância. Os termos da zona de contraste **cuidado**, **política** e **qualidade-vida** saem do campo representacional assim como o termo **assistência** da 2ª periferia, permanecendo apenas **determinantes**.

Ao contrário disto, nesta categoria (área de atuação na docência), há um grande destaque para os docentes que atuam no ciclo básico com conteúdos ligados às Ciências Biológicas, pois em seu campo representacional há apenas os termos **prevenção** e **educação** na 1ª periferia e o termo **política** na zona de contraste. Verifica-se a ausência de elementos no núcleo central, o que provavelmente indica que para esses docentes o termo indutor “promoção da saúde” não é objeto de representação social. O mesmo acontece com os docentes que atuam na IES 1.

Analisando-se, portanto, as variáveis deste estudo poderiam verificar a possibilidade da existência de um grupo menor de docentes com uma representação diferente do conjunto. Esse possível subgrupo compreenderia os docentes enfermeiros e que atuam na docência na área de atenção básica dos serviços de saúde. Esse grupo aproxima-se da perspectiva da promoção da saúde como um conceito ampliado que extrapola o setor saúde e ancora-se nos ideais da vigilância da saúde relacionada com o contexto histórico, econômico, social e cultural das pessoas em um dado tempo e um determinado espaço geográfico.

Cabe ressaltar que identificar determinadas relações de promoção à saúde não permite inferir que o mesmo ocorra com as práticas docentes, pois assim estaria relacionando a possível representação numa relação de determinação íntima e linear com a prática.

Entretanto, não se pode separar o pensamento e a ação em termos de representação, sendo assim poder-se-ia relacionar as representações como uma condição das práticas e as práticas como uma ação de transformação das representações.

Isto instiga a necessidade de investigação das práticas docentes dentro da proposta de promoção e o estímulo à ação como mudança na formação profissional em Enfermagem e não apenas nas concepções teóricas dos Projetos Políticos Pedagógicos dos cursos.

Em síntese, as representações sociais de docentes de Enfermagem sobre promoção da saúde estão ligadas à memória social do grupo a que pertencem e à história que remete ao modelo sanitarista campanhista e ao modelo médico assistencial privatista. Apresenta-se como possível núcleo central elementos que aproximam a promoção da saúde da prevenção de doenças e do modelo biomédico com uma maior valorização do saber científico e de uma educação voltada para a qualificação profissional.

Entretanto, parece apontar na periferia da estrutura representacional uma representação diferente, mais próxima do conceito amplo de saúde, que valoriza o saber popular e uma educação interacionista e que considera os determinantes sociais. Essa representação diferente fica mais evidente quando se analisa as variáveis do estudo, principalmente em relação a alguns grupos como o de docentes da área básica dos serviços de saúde. Observa-se a possível presença de um pequeno grupo com essa representação diferenciada.

Esclarece-se, por fim, que a partir desses resultados, constata-se que as representações de docentes de Enfermagem sobre promoção à saúde, apesar de intimamente relacionada à história e à memória social, vêm sofrendo alterações ao longo do tempo mesmo que de forma lenta. Verifica-se uma maior aproximação do ideário da promoção à saúde nas periferias da estrutura representacional, evidenciando que o processo de mudança está ocorrendo e é lento, que primeiramente são transformados os elementos periféricos e que as representações se transformam mais lentamente que as realidades práticas.

Acredita-se que o produto deste estudo apresenta elementos para subsidiar discussões e reflexões acerca da construção de projetos pedagógicos de Enfermagem relacionados não apenas com as questões de mercado e sim com as necessidades sociais individuais e coletivas e que se estabeleçam na prática a partir de uma recontextualização

docente e que se aproxime da promoção da saúde em contraposição única e exclusivamente da prevenção de doenças e de ações curativas.

REFERÊNCIAS

ABRIC, J. C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Orgs.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. 2. ed. Goiânia: AB, 2000. p. 27-38.

_____. Les représentations sociales: aspects théoriques. In: _____. **Pratiques sociales et représentations**. 2. ed. Paris: Presses Universitaires de France, 1997. p. 59-82.

_____. **Méthodes d'Etudes des Représentations Sociales**. Ramonville Saint-Agne, 2003.

ANASTASIOU, L. G. C.; ALVES, L. P. Processos de ensinagem na universidade: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula. 5. ed. Joinville: Univille, 2005. 144 p.

ANDRADE, L. O. M. **A Saúde e o Dilema da Intersetorialidade**. São Paulo: Hucitec, 2006. 288 p.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C. Promoção da saúde e cidades/municípios saudáveis: propostas de articulação entre saúde e ambiente. In: MINAYO, M. C. S.; MIRANDA, A. C. **Saúde e Ambiente sustentáveis: estreitando nós**. Rio de Janeiro: Abrasco-Fiocruz, 2001. p. 148-205.

ARRUDA, A. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. Rio de Janeiro: **Cadernos de Pesquisa**. no.117 São Paulo Nov. 2002.

BARATA, R. C. B. **A historicidade do processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: Abrasco, 1985.

BOMFIM, M. I. R. M. **Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área da Saúde: enfermagem**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde 2003. Coletânea. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde, módulo 6).

BRASIL. Ministério da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: MS, 2002. Disponível em: <www.saude.gov.br/bvs/conf_tratados.html>. Acesso em: 27 maio 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/sgtes>>. Acesso em: 27 set. 2007.

_____. Ministério da Educação e do Desporto. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Resolução CNE/CES n. 3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. **Diário Oficial da União**. Brasília, 9 nov. 2001. Seção 1. p. 37.

_____. Ministério da Educação e do Desporto. Lei n. 9394 de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 23 dez. 1996a. p. 27833.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Informe epidemiológico do SUS**, Brasília, ano V, n. 2, Abr./Jun. 1996b. Suplemento 3.

_____. Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1. p. 18055.

BUSS, P. M. Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. de (Org.). **Promoção da Saúde: Conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. 176 p.

_____. **Promoção da Saúde e Saúde Pública: contribuição para o debate entre as escolas de saúde pública da América Latina**. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz, jul. 1998. Mimeo.

BYDLOWSKI, C. R. *et al.* Promoção da Saúde. Porque sim e porque ainda não!. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 14-24, jan./abr. 2004.

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da Reforma: repensando a saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006. 3. ed. 220 p.

CAMPOS, P. H. F. A abordagem estrutural e o estudo das relações entre práticas e representações sociais. In: CAMPOS; P. H. F.; LOUREIRO, M. C. da S. (orgs.). **Representações Sociais e Práticas Educativas**. Goiânia: UCG, p. 22-36, 2003.

CARTA DE OTTAWA. In: **Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde**. Ottawa: 1986. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>>. Acesso em: 23 maio 2008.

CARVALHO, S. R. **Saúde Coletiva e Promoção da Saúde: sujeito e mudança**. São Paulo: Hucitec, 2005. 183 p.

_____. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, jul./set. 2004.

CARVALHO, E. C. *et al.* **Visão do Enfermeiro sobre grupo operativo e sua relação com a teoria do processo grupal de Enrique Pichon-Rivière**. 2006. 45f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade José do Rosário Vellano, UNIFENAS, Belo Horizonte, 2006.

CASTRO, A.; MALO, M. **SUS: Ressignificando a promoção da saúde**. São Paulo: Hucitec/OPAS, 2006. 222 p.

CZERESNIA, D. O Conceito de Saúde e a Diferença entre Prevenção e Promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. de (Org.). **Promoção da Saúde: Conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. 176 p.

FERREIRA, J. R.; BUSS, P. M. Atenção Primária e Promoção da Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: MS, 2002.

FIOCRUZ (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ). Caderno do Especializando. Brasília/Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde/FIOCRUZ, 2005. 114 p.

FREIRE, P. Como Trabalhar com o Povo. In: MEKSENAS, P.; PENTEADO, N. L. **Pastoral da Juventude**. Setor Pastoral Vila Prudente. São Paulo: [s. n.], 1982.

GUTIERREZ, P. R.; OBERDIEK, H. Concepções Sobre a Saúde e a Doença. In: ANDRADE, Selma M.; SOARES, Darli A.; CORDINI, Luiz (Orgs.). **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: UEL/Abrasco, 2001. 268 p.

HOCHMAN, G. **A Era do Saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2006. 261 p.

INEP/MEC. **A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991-2004**. Brasília, 2006.

JODELET, D. Representações Sociais: Um Domínio em Expansão. In: _____ (Org.). **As Representações Sociais**. Rio de Janeiro: UERJ, 2001. p. 17-44.

LEAVELL, H.; CLARK, E. G. **Preventive Medicine for de Doctor in his Community**. Nova Iorque: McGraw-Hill, 1965.

LEFREVE, F.; LEFREVE, A. M. C. **Promoção de Saúde: a negação da negação**. Rio de Janeiro: Vieira e Lent, 2004. 166 p.

LOPES, A. R. C. **Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área da Saúde: enfermagem**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Coletânea. (Série F, Comunicação e Educação em Saúde, módulo 7).

MARQUES, S. C.; OLIVEIRA, D. C.; GOEMS, A. M. T. AIDS e representações sociais: uma análise comparativa entre subgrupos de trabalhadores. **Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v. 6, n. especial. p. 91-96, 2004.

MERHY, E. E. **A Saúde Pública como Política: um estudo de formuladores de políticas**. São Paulo: Hucitec, 1992.

MOSCOVICI, Serge. **Representações Sociais: investigação em psicologia social**. Editado em inglês por Gerard Duveen. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003. 404 p.

OLIVEIRA, D. C.; SÁ, C. P. Representações Sociais da Saúde e Doença e Implicações para o Cuidar em Enfermagem: Uma análise estrutural. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 54, n. 4, p. 608-622, 2001.

OLIVEIRA, D. C. de *et al.* Análise Estrutural das Representações Sociais através da Técnica de Evocações Livres. In: PAREDES, A. S.; JESUINO, J. C. **Métodos em Representações Sociais**. João Pessoa, Lisboa: Editora UBPB/Livros Horizonte, 2003.

_____. Análise das Evocações Livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P. *et al.* (Org.). **Perspectivas Teórico-Methodológicas em Representações Sociais**. 1. ed. João Pessoa: Editora Universitária UFPB, 2005. v. 1, p. 573-603.

PENTEADO R. Z.; SERVILHA, E. A. M. Fonoaudiologia em saúde pública/coletiva: compreendendo prevenção e o paradigma da promoção da saúde. **Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 107-116, abr. 2004.

PREVENIR. In: FERREIRA, A. B. H. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986. p. 454.

PREVENIR. In: LUFT, C. P. **Pequeno Dicionário da Língua Portuguesa**. 6. ed. Porto Alegre: Scipione, 1987. p. 583.

PROMOVER. In: FERREIRA, A. B. H. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986. p. 454.

PROMOVER. In: LUFT, C. P. **Pequeno Dicionário da Língua Portuguesa**. 6. ed. Porto Alegre: Scipione, 1987. p. 583.

REIS, D. C. Pedagogia das Representações Sociais. In: GAZZINELLI, M. F. C.; REIS, D. C.; MARQUES, R. C. (orgs.). **Educação em Saúde: teoria, método e imaginação**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2006. 167 p.

_____. Educação em saúde e representações sociais: uma experiência no controle da leishmaniose tegumentar em área endêmica de Minas Gerais, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, 2004.

RIZZOTTO, M. A. F. **História da Enfermagem e Sua Relação com a Saúde Pública**. Goiânia: AB, 1999. 112 p.

SÁ, C. P. **A Construção do Objeto de Pesquisa em Representações Sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998. 110 p.

_____. **Núcleo Central das Representações Sociais**. 2 ed. rev. Petrópolis: Vozes, 2002. 189 p.

SANTOS, J. L. F. WESTPHAL, M. F. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. **Estudos Avançados**, v. 13, n. 35, p. 71-88, 1999.

SCHWINGEL, B.; CAVEDON, N. R. As representações sociais dos médicos, enfermeiros, e cirurgiões dentistas de equipes de saúde da família sobre educação em saúde. In: MISOCZKY, M. C.; BORDIN, R. (Org.). **Gestão local em saúde: práticas e reflexões**. 1. ed. Porto Alegre: DACASA, 2004, v. 1 p. 1-236.

SINGER, P. *et al.* **Prevenir e Curar: o controle social através dos serviços sociais**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1981.

TORREZ, Milta N. F. B. *et al.* **Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área da Saúde: enfermagem**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Coletânea. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde, módulo 10).

VILLA, E. Educação em Saúde: a prática educativa no cotidiano do trabalho de profissional. In: GAZZINELLI, M. F. C.; REIS, D. C.; MARQUES, R. C. (Orgs.). **Educação em Saúde: teoria, método e imaginação**. Belo Horizonte: UFMG, 2006. p. 43-51.

WACHELKE, J. F. R.; CAMARGO, B. V. Representações Sociais, Representações Individuais e Comportamento. **Revista Interamericana de Psicologia**, vol. 41, n. 3 p. 379-390, 2007.

WESTPHAL, M. F. Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006, p. 635-667.

ANEXO A – Termo de aprovação do projeto de pesquisa pela Câmara do Departamento de Enfermagem Aplicada da UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
 ESCOLA DE ENFERMAGEM
 DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM APLICADA

Parecer n.: 32/2007

Interessado: Enilmar da Cunha de Carvalho

Orientadora: Maria Flávia Gazzinelli

Relatora: Rita de Cássia Marques

Histórico:

Recebi em 01 de novembro 2007 o projeto intitulado “*Representações Sociais de Docentes de Enfermagem de Instituições de Educação Superior sobre Saúde e Promoção da Saúde*”

Mérito

O projeto de pesquisa está bem fundamentado e justificado. Observa-se a crescente referência à idéia de promoção da saúde no discurso contemporâneo nos campos da saúde coletiva e da Educação, o que mostra que a temática é atual e relevante. Como o discurso da promoção em saúde não é homogêneo, representando, portanto, diferentes interesses, cabe estudar como os profissionais de saúde, especificamente os enfermeiros, vem se apropriando destes conceitos. Neste contexto, insere-se este estudo com o objetivo de analisar as representações sociais sobre Promoção da Saúde de docentes de Instituições de Educação Superior Privada da região metropolitana de Belo Horizonte. A metodologia da Teoria das Representações Sociais, e a estratégia da evocação livre são coerentes com o objetivo e natureza do estudo.

Conclusão

Pelo exposto sou favorável à aprovação do Projeto “*Representações Sociais de Docentes de Enfermagem de Instituições de Educação Superior sobre Saúde e Promoção da Saúde*”

Belo Horizonte, 06 de novembro de 2007

Rita de Cássia Marques


 Profª Drª Carla Aparecida Spagnol
 Chefe do Deptº de Enfermagem Aplicada
 Escola de Enfermagem da UFMG

Aprovado em reunião de Câmara do
 Departamento de Enfermagem Apli-
 cada/ENA em 08/11/07.



ANEXO B – Parecer de aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Parecer nº. ETIC 585/07

**Interessado(a): Profa. Maria Flávia Carvalho Gazzinelli
Departamento de Enfermagem Aplicada
Escola de Enfermagem-UFMG**

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 04 de janeiro de 2008, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado "**Representações sociais de docentes de enfermagem de Instituições de Educação Superior sobre Saúde e Promoção à Saúde**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'M. T. Marques Amaral', is written over a horizontal line.

**Prof. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG**

ANEXO C – Regras para Construção do *Corpus* de Análise para o Software EVOC 2003

1ª ETAPA

Programa: Excel

Criar uma planilha para cada termo de evocação. Cada linha equivale á uma pessoa, e as colunas devem ser divididas em Identificação, Sexo - 1 = masculino e 2 = feminino, Idade – será dividida em dois grupos, Numeração em ordem evocada, e por último a Palavra evocada. (Quando as pessoas falarem uma frase, colocar em **negrito** o que estiver em foco, e em **vermelho** o que forem classificadas como negativo.).

OBS: Entre as variáveis do corpus não deve existir uma classificação com o número zero.

2ª ETAPA

Programa: Excel

Criar uma coluna no Excel, com todas as palavras de cada termo evocado separadamente e classifica-los em ordem alfabética.

3ª ETAPA

Programa: Excel

Criar uma nova pasta para Padronização das palavras.

Palavra Evocada	Padronização

Durante a padronização marcar em azul cada palavra padronizada.

4ª ETAPA

Criar um dicionário com as palavras padronizadas.

Palavra Padronizada	Todas as palavras que foram evocadas e classificadas nesta padronização.
---------------------	--

5ª ETAPA

Na planilha original do Excel, substituir pelas palavras padronizadas, não substituído todas de uma só vez, e sim localizando uma á cada vez, para não haver problemas futuros. (Sempre para cada termo de evocação).

6ª ETAPA

Conferir se todas as substituições foram feitas corretamente. Para isso deve-se copiar todas as palavras da tabela no Excel e passa-las para o Word e conferir com o dicionário feito.

7ª ETAPA

Ainda no Excel; Salvar como → Classificar-CSV (separado por vírgula) → Salvar → Volte em salvar como → Clique no documento com o botão direito do mouse → propriedades → alterar colocando no Word.

8ª ETAPA

Programa: Word

Substituir “;” por “um espaço”. As palavras evocadas aparecem numeradas, quando não evocadas os números continuam a aparecer, estes devem ser apagados assim como os espaços no final de cada linha. “As variáveis importantes para a pesquisa devem permanecer na frente das evocações separadas por “;”, conforme exemplo:

001;2;3;4;3;3;2;5; 1 alimentação 2 atividade-fisica 3 psicologico 4 infraestrutura 5 infraestrutura
 002;2;4;2;2;1;2;3; 1 cuidado 2 habitos 3 tratamento 4 bem-estar 5 bem-estar
 003;1;4;2;2;1;2;1; 1 boa 2 felicidade 3 precaria 4 essencial 5 essencial
 004;1;2;4;3;3;3;5; 1 essencial 2 essencial 3 plano-saude 4 alimentação 5 alimentação
 006;2;4;4;3;3;2;5; 1 equilibrio 2 bem-estar 3 cuidado 4 hospital 5 hospital
 007;2;4;4;3;3;3;5; 1 vida 2 vida 3 felicidade 4 ausencia-problema 5 ausencia-problema

9ª ETAPA

Salvar no bloco de notas

Com o botão direito do mouse → Propriedades → Alterar → Bloco de notas.

NO PROGRAMA EVOC

1ª ETAPA

Clicar em “Ouvrir fichier” → Abrir o arquivo salvo no bloco de notas que deseja analisar → Clique duas vezes no arquivo → O nome do arquivo deve aparecer na tabela do programa.

OBS: Criar uma pasta somente para a análise de evocações para conter as tabelas feitas pelo programa. Esta pasta deve ser de fácil acesso (ex: meus documentos → pasta “análise EVOC”) para facilitar a leitura do software. O nome do arquivo deve ser mudado para uma sigla ou nome menor, também para facilitar a análise.

2ª ETAPA

Clicar em “Lexique” → Confirmar o número da coluna de identificação (geralmente é a coluna 1) → OK → Se o programa ler corretamente “Lexique” ira aparecer contornado de amarelo → Clicar em Executer. → OK

3ª ETAPA

Clicar em “Trievoc” → “Trievoc” contornado de amarelo → Clicar em “Executer” → OK

OBS: A tecla “Nettoie” serve para reparar possíveis erros da tabela, porém como a tabela já foi conferida, ela não precisa ser usada.

4ª ETAPA

Clicar em “Rangmot” → Escolher a frequência para as palavras evocadas (10, 5 ou 1) → OK → “Executer” → OK

OBS: A frequência escolhida deve ser de acordo com o número de indivíduos entrevistados

- Amostra > que 100 = 10
- Amostra entre 50 e 100 = 5
- Amostra < 50 = 1

5ª ETAPA

Clicar com o lado direito do mouse em “Rangmot” → Clicar em “Visualiser” → Colocar o nome da tabela em negrito e fonte 14 na parte de cima do texto e em cima de “moyenne generale” → Clicar em Arquivo → Salvar como → mudar o tipo de texto para o formato rich text (RTF) → salvar o arquivo com o nome de “rangmot” + nome da tabela → Salvar

6ª ETAPA

Tecla “Selevoc”: essa tecla serve para a separação do corpus pelas variáveis selecionadas. → Escolher o número da coluna da variável escolhida em “colume excel de l’identifiant” (ex: desejo separar as tabelas para analise das evocações entre 1-masculino e 2-feminino que se encontra na coluna 2 do bloco de notas → colocar o número 2) → Definir o número que define a variável em “quels sont les codes qui definissent” (ex: se deseja analisar o corpus masculino colocar o número 1). → Definir o parâmetro que define a tabela (a sigla) em “entre le nom du noveate ” (ex: M definindo a tabela de masculino) → Valider → Executer → OK

OBS: Essa etapa deve ser feita com todas as variáveis que se deseja analisar.

7ª ETAPA

Criar uma pasta para cada tabela separada pelo “selevoc”

8ª ETAPA

Para cada tabela criada no “selevoc” retornar a etapa 1 e realizar ate a etapa 5 a construção do arquivo “rangmot” de cada uma → selecionar a parte do arquivo a partir do título e moyenne generale → imprimir a parte selecionada

9ª ETAPA

Depois de imprimir todas as tabelas “rangmot” deve-se tomar as decisões necessárias

Ex:

SAG171						
moyenne generale : 2.90						
DISTRIBUTION DES FREQUENCES						
freq. inverse	* nb. mots	* Cumul evocations et cumul				
1 *	24	24	2.3 %	1031	100.0 %	
2 *	18	60	5.8 %	1007	97.7 %	
3 *	10	90	8.7 %	971	94.2 %	
4 *	8	122	11.8 %	941	91.3 %	
5 *	13	187	18.1 %	909	88.2 %	
6 *	2	199	19.3 %	844	81.9 %	
7 *	3	220	21.3 %	832	80.7 %	
8 *	5	260	25.2 %	811	78.7 %	
9 *	3	287	27.8 %	771	74.8 %	
11 *	1	298	28.9 %	744	72.2 %	
12 *	1	310	30.1 %	733	71.1 %	
13 *	1	323	31.3 %	721	69.9 %	
14 *	2	351	34.0 %	708	68.7 %	
15 *	3	396	38.4 %	680	66.0 %	
16 *	2	428	41.5 %	635	61.6 %	
17 *	3	479	46.5 %	603	58.5 %	
19 *	1	498	48.3 %	552	53.5 %	
20 *	3	558	54.1 %	533	51.7 %	
21 *	1	579	56.2 %	473	45.9 %	
23 *	2	625	60.6 %	452	43.8 %	
28 *	1	653	63.3 %	406	39.4 %	
32 *	1	685	66.4 %	378	36.7 %	
36 *	1	721	69.9 %	346	33.6 %	
37 *	1	758	73.5 %	310	30.1 %	
43 *	2	844	81.9 %	273	26.5 %	
44 *	1	888	86.1 %	187	18.1 %	
48 *	1	936	90.8 %	143	13.9 %	
95 *	1	1031	100.0 %	95	9.2 %	

Esta linha indica a frequência mínima que no caso é o número 21. Observe que depois dessa linha, não se repete o número 3. Daí a decisão de ser esta a frequência mínima.

OBS: Os números de amarelo constituem a frequência acumulativa. Estes números não são usados.

- freq.: significa frequência evocada
- Mb. Mots: palavras evocadas

```
freq. * nb. mots * Cumul evocations et cumul inverse
1 * 24 24 2.3 % 1031 100.0 %
```

OBS: A leitura feita é 24 palavras foram evocadas 1 vez

Inicialmente deve-se escolher a frequência mínima. Esta escolha pode ser feita de 3 formas:

- 1ª: é feita através do nb. Mots. Quando este atingir uma frequência lógica (não repetir mais um número).
- 2ª: feita através da frequência cumulativa inversa (ultima coluna), que deve se aproximar de 50%.
- 3ª: Pelo nb de mots, que deve variar entre 12 a 20.

Depois de decidido a FM (frequência mínima) → Calcular a FI (frequência intermediária). → O cálculo é feito pela divisão no número das evocações acumulativas inversas na linha da frequência mínima (número verde) pelo somatório do nb. mots após a linha de frequência mínima (números rosas) .

$$FI = \frac{473}{12} = 39,4 = 39$$

OBS: As decisões devem-se ser tomadas em todas as tabelas “rangmot”. Atentar para a frequência acumulativa inversa que pode variar, porém deve seguir um parâmetro entre a tabela geral e as variáveis (estatisticamente as populações devem ser iguais).

10ª ETAPA

Depois de tomada as decisões e feito os cálculos → Abrir a tabela desejada como explicado na etapa 1 → ir direto para “rangfrq” → acrescentar a frequência mínima, frequência intermediária e rang (OME). → Clicar “Editer” → Irá abrir um arquivo no bloco de notas → colocar a sigla no texto e salvar em formato rich text (RFT). → Imprimir.

SAG171

Les 3 colonnes correspondent respectivement :
 au Mot
 à sa Fréquence
 à son Rang Moyen

Le Fréquence minimale des mots est 21

Cas ou la Fréquence ≥ 39
 et
 le Rang Moyen $< 2,9$

alimentação	43	2,581
bem-estar	95	1,832
essencial	44	2,159

Cas ou la Fréquence ≥ 39
 et
 le Rang Moyen $\geq 2,9$

atividade-fisica	43	3,605
felicidade	48	3,250

Cas ou la Fréquence < 39
 et
 le Rang Moyen $< 2,9$

doença	21	2,619
qualidade-vida	28	2,429
vida	36	2,500

Cas ou la Fréquence < 39
 et
 le Rang Moyen $\geq 2,9$

lazer	32	2,969
prevencao	37	3,189
psicologico	23	3,043
tratamento	23	2,957

- Amarelo: núcleo central
- Vermelho: 1^a periferia
- Verde: Elementos de contrastes
- Rosa: 2^a periferia

11ª ETAPA

Montar os quadrantes

FIG. 1 - ANÁLISE DAS EVOCAÇÕES DO TERMO INDUTOR “SAÚDE” DE 223 FUNCIONARIOS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS.

Termo indutor: Saúde

Número de Sujeitos: 223

Grupo: Servidores das diferentes áreas da UFMG

Frequência mínima: 21

Frequência média: 39

Ordem média de evocação: 2.90

O.M.E. < 2,9				≥ 2,9				
Freq. Med.	Termo evocado	Freq.	O.M.E.	Atitude	Termo evocado	Freq.	O.M.E.	Atitude
≥ 39	Bem estar	95	1,832		Atividade-fisica	48	3,250	
	Essencial	44	2,159		Felicidade	43	3,605	
	Alimentação	43	2,581					
< 39	Doença	36	2,500		Lazer	37	3,189	
	Qualidade-vida	28	2,429		Prevenção	32	2,969	
	Vida	21	2,619		Psicologico	23	3,043	
					Tratamento	23	2,957	

APÊNDICE A – Termo de Anuência dos Coordenadores de Cursos de Graduação em Enfermagem participantes do estudo

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezada Coordenadora de Enfermagem da Instituição: _____

Os Docentes do curso de enfermagem da referida escola estão sendo convidados a participarem de uma pesquisa intitulada: “Representações Sociais de Docentes de Enfermagem de Instituições de Educação Superior sobre Saúde e Promoção da Saúde”, desenvolvida no programa de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFMG, como parte integrante das exigências para aquisição do grau de Mestre em Enfermagem. A referida pesquisa, de autoria de Enilmar da Cunha de Carvalho, orientado pela Prof^ª. Dr^ª. Maria Flávia Carvalho Gazzinelli.

Ressalta-se que a participação dos docentes é voluntária e consiste em participar respondendo questionário a ser realizado em local, data e horário previamente acordado. Serão garantidos o anonimato e o sigilo das informações e os resultados serão utilizados exclusivamente para fins científicos.

Atenciosamente,

Enilmar da Cunha de Carvalho
Aluno da Pós-graduação da Escola de Enfermagem da UFMG
End.: Rua Porto Velho, 41 Ipanema BH – MG
Fone: 31- 34641238 e 31- 87395954

Como responsável pela instituição, afirmo que fui devidamente orientado sobre a finalidade da pesquisa bem como sobre o caráter da utilização das informações fornecidas pelos discentes.

Assim sendo, autorizo a realização da coleta de dados, bem como sua utilização na pesquisa.

Belo Horizonte, ____/____/_____.

Assinatura: _____.

Responsável pela Instituição

Maria Flávia Carvalho Gazzinelli
Escola de Enfermagem – UFMG – Tel: 3241-9181. Avenida Alfredo Balena, 190, 5º andar, sala 508, Santa Efigênia. BH – MG.

Comitê de Ética em Pesquisa – UFMG – tel: 34994592
Unidade Administrativa II (prédio da Fundep), Avenida Antônio Carlos, 6627, 2º andar, sala 2005, Campus Pampulha.

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apresentado aos docentes participantes do estudo

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Senhor(a) _____

Estamos desenvolvendo uma pesquisa intitulada “Representações Sociais de Docentes de Enfermagem de Instituições de Educação Superior sobre Saúde e Promoção da Saúde” desenvolvida no programa de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFMG, como parte integrante das exigências para aquisição do grau de Mestre em Enfermagem. A referida pesquisa é de autoria de Enilmar da Cunha de Carvalho, orientado pela Prof^a. Dr^a. Maria Flávia Carvalho Gazzinelli. Para tanto, estamos realizando a aplicação de questionário. Sua participação é de fundamental importância para a realização desse estudo.

Não haverá riscos, nem desconfortos, nem gastos de qualquer natureza. Você poderá solicitar qualquer esclarecimento quando sentir necessidade e poderá interromper sua participação em qualquer momento, sem ônus, de qualquer natureza. Asseguramos que o que for dito, registrado e escrito será respeitosamente utilizado, e que serão mantidos o sigilo e anonimato das informações aqui contidas. Desde já agradecemos a sua colaboração.

Atenciosamente,

Enilmar da Cunha de Carvalho
Aluno da Pós-graduação da Escola de Enfermagem da UFMG
End.: Rua Porto Velho, 41 Ipanema BH – MG
Fone: 31- 34641238 e 31- 87395954

Eu, _____, concordo em participar da pesquisa referida acima e autorizo o registro das informações fornecidas por mim, através de questionário, para serem utilizadas integralmente ou em partes, sem restrições de prazos ou citações, desde a presente data. Seu controle e guarda ficará em poder de Enilmar da Cunha de Carvalho, mestrando de enfermagem pela Escola de Enfermagem da UFMG, com o objetivo de realizar sua pesquisa intitulada “Representações Sociais de Docentes de Enfermagem de Instituições de Educação Superior Privada sobre Saúde e Promoção da Saúde”.

BH, ____/____/____. Assinatura: _____.

Maria Flávia Carvalho Gazzinelli
Escola de Enfermagem – UFMG – Tel: 3241-9181. Avenida Alfredo Balena, 190, 5º andar, sala 508, Santa Efigênia. BH – MG.

Comitê de Ética em Pesquisa – UFMG – tel: 34994592
Unidade Administrativa II (prédio da Fundep), Avenida Antônio Carlos, 6627, 2º andar, sala 2005, Campus Pampulha.

APÊNDICE C – Questionário para coleta de evocações livres

Questionário

Nome: _____ Idade: _____

Área e curso de formação: _____

Área de atuação: - Na docência _____
- Na assistência _____

Local (is) de trabalho: _____

Instituição que se graduou: _____

Data que se graduou: _____ Tempo de docência: _____

Questões:

1- Cite cinco palavras e/ou expressões que lhe vêm imediatamente à lembrança em relação à “Saúde”.

()

()

()

()

()

2- Cite cinco palavras e/ou expressões que lhe vêm imediatamente à lembrança em relação à “Promoção à Saúde”.

()

()

()

()

()

APÊNDICE D – Dicionário de Padronização das Evocações relativas ao Termo Indutor “Promoção da Saúde”

PADRONIZAÇÃO	CORPUS
acesso	acesso; acesso irrestrito da população; acolhimento;
ação	ações; agilidade; aplicabilidade prática; atitude; atitude de todos; busca; construção; importante colocar em prática; proporcionar; querer realizar; realização; realizações
adequação	adequação;
envolvimento	adesão; adesão da população; criatividade; desejo; dedicação; empenho; envolvimento; esforço; esforços;
ajuda	ajudar; apoio; cooperação da população; doação;
sentimento	alegria; amor; felicidade;
alimentação	alimentação; alimentação saudável; boa alimentação; comer bem; melhoria alimentação; nutrição;
determinantes	ambiente social e ecológico; ausência de risco; biodiversidade; boas condições de moradia; clima; contexto social; cultura; ecologia; lazer/cultura; meio; meio ambiente; meio socio-econômico; moradia; moradia segura; população com melhores condições;
educação	aprendizagem; artes cênicas pedagógicas; campanhas educativas; capacitação; educação; educação continuada; educação e mudança; educação em saúde; educação para; ensino; ensino/estudo/universidade; formação de profissionais qualificados; pedagógico; qualificação dos profissionais; seminários; treinamento;
assistência	assistência; assistência; atendimento; atuação do enfermeiro; enfermagem; profissionais da área atuarem melhor; profissional da saúde; profissional de saúde; serviço; serviço da enfermeira(o);
atenção-básica	assistência básica; atenção básica; atenção primária; básica; diagnósticos de base; posto de saúde; programa saúde da família; psf; psf (saúde pública); unidade básica
princípios-sus	assistência integral; controle social; dever; dever de todos; dever do governo; dever do profissional da saúde; diretriz; descentralização; equidade; igualdade; integralidade; participação popular; participação social; população - participação;
prevenção	assistência prévia; campanha; campanha sanitária; campanhas; campanhas preventivas; check up; controle endêmico; controle vacinal; consultas preventivas com frequência; exames preventivos; gerenciamento de doenças; minimizar riscos; prevenção; prevenção a doenças; prevenção com vacinas etc; prevenção de doenças; prevenção de doenças físicas; prevenção de doenças laborativas; prevenção de doenças psicológicas; prevenção de riscos ambientais; preventiva; profilaxia; proteção; tratamento preventivo; vacina; vacinação; vacinas;
atenção	atenção;
atividade-física	atividade física; caminhada; exercício; exercício físico; exercícios; exercícios físicos; esporte; lazer/esportes; prática do exercício físico;
individualidade	atividades individuais; empregabilidade; gente;

	particularidades; singular;
cuidado	auto cuidado; autocuidado; cuidado; cuidado de enfermagem; cuidados; cuidar;
bem-estar	auto-estima; bem estar; bem estar geral; musica; prazer; promoção da auto estima; qualidade; satisfação profissional e pessoal;
caminho	caminho;
politica	carta de otawa; democratização; depende da instituição; depende do governo; descaso do governo; leis; organizações das instituições de saúde; politica; politicas de saúde; politicas publicas; programas de saúde; programas; programas específicos; vontade; vontade politica
cidadania	cidadania; responsabilidade social;
conhecimento	competencia; conhecimento; conhecimento tecnico/cientifico; enfermagem capacitada; habilidade; sabedoria; saber;
comunicação	comunicação; linguagem; meios de comunicação; reflexao;
participação	comunidade (participação); participação; participação coletiva;
conceito	conceito; conceitos; formas de encarar a vida; teoria;
conscientização	conscientizar; consciencia; conscientização;
condição	condição economica; condição social; condicoes;
recursos	conforto; custo; desenvolvimento; dinheiro; dinheiro para estruturação; distribuição de renda; maior investimento; sustentabilidade; verbas para educação
conquista	conquista; persistencia;
continuidade	constante; continuidade;
interdisciplinariedade	cooperação interdisciplinar; depende da ação conjunta dos profissionais envolvidos; interdisciplinar; interdisciplinaridade; interdisciplinariedade; trabalho em equipe;
falta-negativo	corrupção; doença; falta de compromisso de todo individuo com sua saúde e o sistema; falta de etica dos profissionais da saúde; morte; necessidade; pouca informação; precaria; propaganda enganosa; recebida por poucos; sem participação efetiva da mídia; sistema falho;
tratamento	cura; hidratação; medicamentos; remedio; tratamento; tratamento igualitário;
epidemiologia	dados epidemiologicos;
territorialização	definição da area de atuação; população alvo;
direito	direito; direito a saúde; direito de todos;
saúde	disposição; saúde;
informação	divulgação; folder; informação; palestras;
estilo-vida	dormir bem; estilo de vida; habito saudaveis; higiene; manejo do stress; sedentarismo;
empoderamento	empoderamento; empowerment; poder;
vida-idade	envelhecimento; idade; longevidade; redução da mortalidade; sobrevivencia
multiprofissional	equipe; equipe de saúde; equipe multi profissional; equipe multiprofissional; multiprofissionais; multiprofissional; participação dos profissionais da educação também e necessaria
orientação	esclarecimento; esclarecimento a população; orientação;
abstração	espiritualidade;

primicia	essencia do ser como vida; essencial; fundamental; ideal; importancia; primicia; primordial
filosofia-etica	etica; filosofia
investimento	incentivo; incentivos governamentais; investimento; investimentos financeiros; financiamento/verba; melhorias; necessita de mais investimentos;
humanização	humanização; humanização do sus; humanização;
inclusão	inclusão; integração; integração no individuo na comunidade;
influencia	influencia
intersetorialidade	intersetorialidade; intersetorial; intersetorialidade; parceria; parcerias; trabalho intersetorial;
liderança	liderança;
lucro	lucro;
mudança	mudança; mudança de comportamento; mudança de comportamento; mudança de habito; mudanças; mudar muitos conceitos;
planejamento	planejamento; planejamento das acoes;
prioridade	prioridade; priorização;
qualidade-vida	qualidade ambiental; qualidade de vida; tranquilidade; velhice feliz; vida com qualidade
realidade	realidade
respeito	respeito
responsabilidade	responsabilidade
saneamento	saneamento; saneamento basico;
saude-coletiva	saude coletiva; saude publica
simplicidade	simplicidade
sucesso	sucesso
abordagem-coletiva	abordagem coletiva; assistencia a familia; associação; atividades grupais; coletividade; coletivo; comunidade; ganho coletivo; grupo; grupo de hipertensos; grupo operativo; grupos; grupo operativo; grupos interativos; movimento social; partilha; pessoas; população; relacionamento; sociabilidade; sociedade; sujeito social; uniao;
sus	sus; vigilancia epidemiologica; vigilancia sanitaria
trabalho	trabalho
valorização	valorização a cultura; valorização dos profissionais
progresso	progresso

APÊNDICE E – Corpus formado por Evocações Padronizadas relativas ao Termo Indutor “Promoção da Saúde”

- 1;2;2;2;2;3;3;1;1;2; 1 cuidado 2 filosofia-etica 3 responsabilidade 4 vida-idade 5 sentimento
 2;2;1;1;1;1;3;1;2;1; 1 acesso 2 atenção 3 informação 4 educação 5 cuidado
 3;2;1;1;1;2;3;1;1;1; 1 saude 2 qualidade-vida 3 assistencia 4 humanização 5 conscientização
 4;2;1;1;2;2;3;2;1;1; 1 educação 2 abordagem-coletiva 3 informação 4 atenção-basica 5 sus
 5;2;1;1;1;2;3;2;1;1; 1 orientação 2 mudança 3 atividade-fisica 4 prevenção 5 saude
 6;2;1;1;1;2;3;2;1;1; 1 prevenção 2 estilo-vida 3 prevenção 4 alimentação 5 atividade-fisica
 7;2;1;1;1;2;3;1;2;1; 1 saneamento 2 abordagem coletiva 3 estilo-vida 4 atividade-fisica
 8;2;1;1;1;2;3;2;1;1; 1 prevenção 2 abordagem-coletiva 3 determinantes 4 educação 5 individualidade
 9;1;2;1;1;2;3;2;1;2; 1 sucesso 2 prevenção 3 orientação 4 conquista 5 envolvimento
 10;1;1;1;1;2;3;2;1;1; 1 saude-coletiva 2 abordagem-coletiva 3 prevenção 4 prevenção 5 prevenção
 11;2;1;1;1;2;3;2;1;2; 1 educação 2 educação 3 informação 4 orientação 5 multiprofissional
 12;2;2;1;2;2;3;2;1;1; 1 cuidado 2 cuidado 3 qualidade-vida 4 alimentação 5 estilo-vida
 13;1;1;1;2;1;3;1;1;1; 1 abordagem-coletiva 2 individualidade 3 qualidade-vida 4 politica 5 intersetorialidade
 14;1;1;1;1;2;3;1;1;1; 1 abordagem-coletiva 2 informação 3 educação 4 saude-coletiva 5 politica
 15;2;1;1;2;1;3;1;1;1; 1 prevenção 2 primicia 3 mudança 4 bem-estar 5 envolvimento
 16;2;2;2;2;3;3;2;1;1; 1 determinantes 2 bem-estar 3 educação 4 alimentação 5 estilo-vida
 17;2;1;2;2;3;3;1;2;1; 1 educação 2 assistencia 3 cuidado 4 orientação 5 trabalho
 18;1;1;1;1;1;3;1;1;2; 1 prevenção 2 ação 3 epidemiologia 4 assistencia 5 planejamento
 19;1;1;2;2;3;3;2;1;1; 1 cuidado 2 prevenção 3 tratamento 4 humanização 5 conhecimento
 20;2;1;2;2;3;3;2;1;1; 1 conscientização 2 educação 3 atividade-fisica 4 comunicação 5 investimento
 21;2;1;2;2;3;3;2;1;1; 1 politica 2 investimento 3 condição 4 respeito 5 atenção
 22;2;1;2;2;3;3;2;1;1; 1 informação 2 politica 3 investimento 4 ação 5 respeito
 23;2;1;2;2;3;3;2;1;2; 1 educação 2 determinantes 3 mudança 4 saneamento 5 prevenção
 24;1;2;2;3;3;3;1;1;2; 1 informação 2 prevenção 3 tratamento 4 educação 5 estilo-vida
 25;2;1;2;2;3;3;1;1;1; 1 investimento 2 valorização 3 qualidade-vida 4 interdisciplinarietà 5 multiprofissional
 26;2;2;1;1;2;3;1;1;1; 1 assistencia 2 ação 3 falta-negativo 4 mudança 5 concientização
 27;2;2;1;1;1;3;2;2;1; 1 falta-negativo 2 falta-negativo 3 tratamento 4 prevenção 5 comunicação
 28;1;2;1;1;2;3;2;1;2; 1 alimentação 2 tratamento 3 estilo-vida 4 prevenção 5 atividade-fisica
 29;2;1;1;1;2;3;1;2;1; 1 cuidado 2 lucro 3 qualidade-vida 4 informação 5 educação
 30;2;2;2;2;3;3;1;1;2; 1 planejamento 2 abordagem-coletiva 3 territorialização 4 prevenção 5 educação
 31;2;1;1;1;2;3;1;2;1; 1 orientação 2 acesso 3 atividade-grupo 4 educação 5 saude
 32;2;2;1;1;2;3;2;1;1; 1 educação 2 politica 3 atenção-basica 4 prevenção 5 saneamento
 33;2;1;1;1;2;3;2;1;1; 1 prevenção 2 abordagem-coletiva 3 politica 4 politica 5 ajuda
 34;2;2;1;1;2;3;1;2;1; 1 prevenção 2 alimentação 3 prevenção 4 estilo-vida 5 prevenção
 35;2;1;1;1;2;3;2;1;1; 1 determinantes 2 educação 3 politica 4 empoderamento 5 politica
 36;1;2;2;2;3;3;1;2;1; 1 atividade-fisica 2 atividade-fisica 3 tratamento 4 alimentação 5 prevenção
 37;2;1;1;1;1;3;2;1;1; 1 abordagem-coletiva 2 prevenção 3 multiprofissional 4 politica 5 envolvimento
 38;2;1;1;1;2;3;2;1;1; 1 alimentação 2 cuidado 3 conhecimento 4 prevenção 5 atenção
 39;2;2;1;1;2;3;1;1;1; 1 falta-negativo 2 falta-negativo 3 conceito 4 envolvimento 5 tratamento
 40;2;1;1;1;2;3;1;2;1; 1 educação 2 prevenção 3 politica 4 recursos 5 envolvimento
 41;2;2;1;1;2;3;2;1;2; 1 educação 2 politica 3 principios-sus 4 conscientização 5 cidadania
 42;2;2;1;1;2;3;2;1;1; 1 prevenção 2 educação 3 condição 4 prevenção 5 prevenção
 43;2;1;1;1;2;3;2;1;1; 1 conquista 2 adequação 3 territorialização 4 individualidade 5 conscientização
 44;2;2;1;2;1;3;2;1;1; 1 qualidade-vida 2 principios-sus 3 humanização 4 interdisciplinarietà 5 educação
 45;2;1;1;1;1;3;1;1;1; 1 multiprofissional 2 conscientização 3 interdisciplinarietà 4 orientação 5 trabalho
 46;2;2;1;2;2;3;2;1;2; 1 politica 2 conscientização 3 politica 4 educação 5 prevenção
 47;2;1;1;1;2;3;1;2;1; 1 qualidade-vida 2 vida-idade 3 sentimento 4 saude 5 prevenção

48;2;1;1;1;3;2;2;1; 1 mudança 2 influencia 3 conceito 4 atenção-basica 5 atenção
49;1;1;1;1;3;2;1; 1 atenção-basica 2 prevenção 3 abordagem-coletiva 4 acesso 5 atenção-basica
50;2;1;1;1;3;2;2;1; 1 alimentação 2 atividade-fisica 3 abordagem-coletiva 4 ação 5 abstração
51;2;1;1;1;2;2;2;1;1; 1 educação 2 prevenção 3 responsabilidade 4 realidade 5 recursos
52;2;1;1;1;2;2;1;1;1; 1 educação 2 prevenção 3 prevenção 4 abordagem-coletiva 5 vida-idade
53;1;1;1;1;2;2;1;1;1; 1 prevenção 2 prevenção 3 educação 4 assistencia 5 ajuda
54;2;1;2;2;3;2;2;1;1; 1 educação 2 prevenção 3 tratamento 4 assistencia 5 tratamento
55;1;1;1;2;2;2;1;2;1; 1 recursos 2 ajuda 3 cuidado 4 determinantes 5 ação
56;2;2;1;1;2;2;2;1;1; 1 qualidade-vida 2 prevenção 3 atenção-basica 4 conceito 5 determinantes
57;2;2;1;1;2;2;1;1;2; 1 educação 2 educação 3 abordagem-coletiva 4 assistencia 5 orientação
58;2;2;1;1;2;2;2;1;2; 1 prevenção 2 atividade-fisica 3 atividade-fisica 4 assistencia 5 abordagem-coletiva
59;2;1;2;2;3;2;1;1;1; 1 prevenção 2 atividade-fisica 3 qualidade-vida 4 alimentação 5 prevenção
60;2;2;2;2;3;2;2;1;2; 1 investimento 2 atenção-basica 3 acesso 4 humanização 5 falta-negativo
61;2;1;1;1;2;2;2;2;1; 1 falta-negativo 2 recursos 3 bem-estar 4 prevenção 5 abordagem-coletiva
62;1;1;2;1;1;2;1;1;1; 1 principios-sus 2 primicia 3 principios-sus 4 filosofia-etica 5 continuidade
63;2;1;1;1;2;2;1;1;2; 1 ajuda 2 orientação 3 humanização 4 educação 5 educação
64;1;1;1;2;2;2;2;1;2; 1 principios-sus 2 principios-sus 3 saude-coletiva 4 participação 5 interdisciplinarietàde
65;2;1;1;1;2;2;2;1;1; 1 simplicidade 2 população 3 interdisciplinarietàde 4 educação 5 investimento
66;1;2;2;2;3;2;1;1;2; 1 politica 2 participação 3 prevenção 4 prevenção 5 acesso
67;2;2;1;1;2;2;2;1;2; 1 qualidade-vida 2 saude 3 cuidado 4 assistencia 5 humanização
68;2;1;1;1;2;2;1;1;1; 1 cuidado 2 estilo-vida 3 prevenção 4 alimentação 5 atividade-fisica
69;2;1;1;1;2;2;1;2;1; 1 prevenção 2 educação 3 assistencia 4 cuidado 5 falta-negativo
70;2;2;1;1;2;2;2;1;1; 1 educação 2 política 3 interdisciplinarietàde 4 interdisciplinarietàde 5 principios-sus
71;2;2;1;1;2;2;2;1;1; 1 educação 2 conhecimento 3 conhecimento 4 conceito 5 planejamento
72;2;1;1;2;2;2;1;1;1; 1 saude 2 primicia 3 primicia 4 caminho 5 determinantes
73;2;2;1;1;2;2;2;1;2; 1 comunicação 2 politica 3 humanização 4 investimento 5 prioridade
74;2;1;1;2;2;2;1;1;1; 1 atenção-basica 2 atenção-basica 3 abordagem-coletiva 4 cuidado 5 atenção-basica
75;1;2;2;2;3;2;1;1;2; 1 investimento 2 prevenção 3 assistencia 4 educação 5 interdisciplinarietàde
76;2;1;2;2;3;2;1;1;2; 1 conhecimento 2 informação 3 orientação 4 acesso 5 assistencia
77;2;1;1;1;2;2;1;1;1; 1 envolvimento 2 envolvimento 3 liderança 4 sentimento 5 bem-estar
78;2;2;2;2;3;2;1;1;2; 1 educação 2 recursos 3 saneamento 4 conhecimento 5 conhecimento
79;2;1;2;2;3;2;1;1;1; 1 sus 2 atenção-basica 3 assistencia 4 assistencia 5 educação
80;1;2;2;2;3;2;1;1;2; 1 sus 2 prevenção 3 saneamento 4 tratamento 5 determinantes
81;2;1;1;1;2;2;1;2;1; 1 orientação 2 inclusao 3 cidadania 4 principios-sus 5 multiprofissional
82;1;2;2;2;3;2;1;1;2; 1 qualidade-vida 2 prevenção 3 saneamento 4 determinantes 5 determinantes
83;2;2;1;2;1;2;2;1;1; 1 qualidade-vida 2 sentimento 3 determinantes 4 condição 5 condição
84;1;2;2;2;3;2;2;1;2; 1 qualidade-vida 2 interdisciplinarietàde 3 determinantes 4 recursos 5 bem-estar
85;2;1;1;2;2;2;2;1;1; 1 assistencia 2 cuidado 3 saude 4 prevenção 5 humanização
86;1;1;1;1;1;2;1;2;1; 1 prevenção 2 principios-sus 3 educação 4 participação 5 acesso
87;2;1;1;2;2;2;1;1;2; 1 determinantes 2 sentimento 3 ação 4 trabalho 5 alimentação
88;2;1;2;2;3;2;2;2;1; 1 principios-sus 2 ação 3 principios-sus 4 determinantes 5 bem-estar
89;2;2;2;2;3;2;2;1;2; 1 atividade-fisica 2 alimentação 3 prevenção 4 prevenção 5 estilo-vida
90;1;2;2;2;3;2;1;1;2; 1 educação 2 saneamento 3 alimentação 4 informação 5 sus
91;2;2;1;2;2;1;1;1;2; 1 prevenção 2 informação 3 abordagem-coletiva 4 abordagem-coletiva 5 inclusao
92;1;2;2;2;1;1;1;1;2; 1 educação 2 cuidado 3 empoderamento 4 informação 5 direito
93;2;1;2;2;3;1;2;1;2; 1 vida-idade 2 primicia 3 politica 4 abordagem-coletiva 5 qualidade-vida
94;2;1;2;2;3;1;1;2;1; 1 trabalho 2 envolvimento 3 multiprofissional 4 investimento 5 responsabilidade
95;2;2;1;1;2;1;2;1;1; 1 politica 2 ação 3 conquista 4 trabalho 5 ação
96;2;2;1;2;1;1;1;1;2; 1 abordagem-coletiva 2 participação 3 ação 4 mudança 5 atenção-basica
97;1;1;2;2;3;1;1;1;1; 1 prevenção 2 alimentação 3 atividade-fisica 4 prevenção 5 orientação
98;2;2;1;2;1;1;1;1;2; 1 recursos 2 qualidade-vida 3 educação 4 recursos 5 determinantes

99;2;2;1;1;1;1;1;1;1; 1 qualidade-vida 2 intersetorialidade 3 envolvimento 4 trabalho 5 determinantes
 100;2;1;1;2;2;1;1;2;1; 1 politica 2 abordagem-coletiva 3 atencao-basica 4 assistencia 5
 responsabilidade
 101;1;2;2;2;3;1;2;1;1; 1 direito 2 politica 3 progresso 4 abordagem-coletiva 5 individualidade
 102;1;1;1;1;2;1;2;1;1; 1 comunicacao 2 intersetorialidade 3 intersetorialidade 4 educacao 5 abordagem-
 coletiva
 103;2;2;1;2;1;1;2;1;2; 1 abordagem-coletiva 2 abordagem-coletiva 3 intersetorialidade 4 educacao 5
 assistencia
 104;2;2;1;1;2;1;1;1;1; 1 direito 2 qualidade-vida 3 prevencao 4 cuidado 5 educacao
 105;2;1;1;1;2;1;2;1;1; 1 interdisciplinariiedade 2 conhecimento 3 vida-idade 4 bem-estar 5 saude
 106;2;2;1;2;2;1;2;1;1; 1 politica 2 educacao 3 recursos 4 determinantes 5 abordagem-coletiva
 107;2;2;1;2;1;1;2;1;2; 1 educacao 2 informacao 3 cidadania 4 direito 5 comunicacao
 108;2;1;2;2;3;1;2;1;1; 1 principios-sus 2 falta-negativo 3 politica 4 falta-negativo 5 falta-negativo
 109;2;2;2;2;3;1;2;1;2; 1 primicia 2 saude-coletiva 3 politica 4 conscientizacao 5 educacao
 110;2;1;1;1;1;1;1;2;1; 1 determinantes 2 alimentacao 3 determinantes 4 determinantes 5 atividade-
 fisica
 111;2;2;1;1;2;1;2;1;1; 1 acao 2 acao 3 acao 4 prioridade 5 prevencao
 112;2;1;1;1;1;1;1;1;1; 1 acesso 2 educacao 3 continuidade 4 abordagem-coletiva 5 individualidade
 113;2;1;2;1;1;1;1;1;1; 1 prevencao 2 investimento 3 atencao-basica 4 educacao 5 saude
 114;2;1;1;2;2;1;2;1;2; 1 direito 2 cuidado 3 prevencao 4 cidadania 5 educacao
 115;2;2;2;2;3;1;1;1;2; 1 informacao 2 valorizacao 3 comunicacao 4 conhecimento 5 politica
 116;2;1;1;2;1;1;1;2;1; 1 intersetorialidade 2 multiprofissional 3 educacao 4 abordagem-coletiva 5
 condicao
 117;2;2;2;2;3;1;1;1;2; 1 falta-negativo 2 falta-negativo 3 envolvimento 4 educacao 5 educacao
 118;2;2;1;1;1;1;2;1;1; 1 abordagem-coletiva 2 abordagem-coletiva 3 primicia 4 prevencao 5
 abordagem-coletiva
 119;2;1;1;1;1;1;2;1;1; 1 mudanca 2 educacao 3 acao 4 bem-estar 5 cuidado
 120;2;1;1;2;1;1;1;2;1; 1 estilo-vida 2 principios-sus 3 empoderamento 4 cidadania 5 estilo-vida
 121;2;1;1;1;2;1;2;1;1; 1 prevencao 2 cuidado 3 tratamento 4 educacao 5 determinantes
 122;2;2;1;1;2;1;1;1;1; 1 saude-coletiva 2 educacao 3 assistencia 4 principios-sus 5 conceito
 123;2;2;1;1;2;1;1;1;2; 1 prevencao 2 educacao 3 envolvimento 4 saude-coletiva 5 abordagem-coletiva
 124;2;2;1;1;2;1;2;1;2; 1 prevencao 2 prevencao 3 prevencao 4 inclusao 5 bem-estar

APÊNDICE F – Cálculo das Ordens Médias das Evocações Livres (RANGMOT) relativas ao Termo Indutor “Promoção da Saúde” do conjunto dos Docentes das Instituições pesquisadas – EVOC 2003

fichier initial : C:\Documents and Settings\user\Meus documentos\EVOC ENILMAR\promoção a saude\PROMOÇÃO GERAL\Promoção.Tm2
 NOUS ALLONS RECHERCHER LES RANGS
 Nous avons en entree le fichier : C:\Documents and Settings\user\Meus documentos\EVOC ENILMAR\promoção a saude\PROMOÇÃO GERAL\Promoção.Tm2
 ON CREE LE FICHIER : C:\Documents and Settings\user\Meus documentos\EVOC ENILMAR\promoção a saude\PROMOÇÃO GERAL\Promoção.dis et C:\Documents and Settings\user\Meus documentos\EVOC ENILMAR\promoção a saude\PROMOÇÃO GERAL\Promoção.tm3

ENSEMBLE DES MOTS	RANGS					
	:FREQ.:	1 *	2 *	3 *	4 *	5 *
abordagem	: 1 :	0*	1*			
abordagem-coletiva	: 31 :	6*	8*	5*	6*	6*
moyenne : 2.94						
abstração	: 1 :	0*	0*	0*	0*	1*
acesso	: 8 :	2*	1*	1*	2*	2*
adequação	: 1 :	0*	1*			
ajuda	: 4 :	1*	1*	0*	0*	2*
alimentação	: 15 :	3*	4*	1*	6*	1*
moyenne : 2.87						
assistencia	: 18 :	2*	1*	5*	8*	2*
moyenne : 3.39						
atenção	: 4 :	0*	1*	0*	0*	3*
atenção-basica	: 14 :	2*	3*	4*	2*	3*
moyenne : 3.07						
atividade-fisica	: 15 :	2*	4*	4*	1*	4*
moyenne : 3.07						
atividade-grupo	: 1 :	0*	0*	1*		
ação	: 14 :	1*	5*	4*	2*	2*
moyenne : 2.93						
bem-estar	: 9 :	0*	1*	1*	3*	4*
caminho	: 1 :	0*	0*	0*	1*	
cidadania	: 5 :	0*	0*	2*	2*	1*
coletiva	: 1 :	0*	1*			
comunicação	: 6 :	2*	0*	1*	1*	2*
conceito	: 5 :	0*	0*	2*	2*	1*
concientização	: 1 :	0*	0*	0*	0*	1*
condição	: 5 :	0*	0*	2*	1*	2*
conhecimento	: 9 :	1*	2*	2*	2*	2*

conquista	:	3	:	1*	0*	1*	1*	
conscientização	:	7	:	1*	2*	0*	2*	2*
continuidade	:	2	:	0*	0*	1*	0*	1*
cuidado	:	19	:	5*	6*	3*	3*	2*
moyenne :		2.53						
determinantes	:	21	:	4*	1*	4*	5*	7*
moyenne :		3.48						
direito	:	5	:	3*	0*	0*	1*	1*
educação	:	56	:	17*	11*	6*	13*	9*
moyenne :		2.75						
empoderamento	:	3	:	0*	0*	2*	1*	
envolvimento	:	11	:	1*	2*	3*	1*	4*
moyenne :		3.45						
epidemiologia	:	1	:	0*	0*	1*		
estilo-vida	:	11	:	1*	2*	2*	1*	5*
moyenne :		3.64						
falta-negativo	:	13	:	4*	4*	1*	1*	3*
moyenne :		2.62						
filosofia-etica	:	2	:	0*	1*	0*	1*	
humanização	:	7	:	0*	0*	3*	2*	2*
humanizaçã	:	1	:	0*	0*	0*	1*	
inclusao	:	3	:	0*	1*	0*	1*	1*
individualidade	:	5	:	0*	1*	0*	1*	3*
influencia	:	1	:	0*	1*			
informação	:	13	:	3*	4*	3*	3*	
moyenne :		2.46						
interdisciplinariedade	:	10	:	1*	1*	3*	3*	2*
moyenne :		3.40						
intersetorialidade	:	6	:	1*	2*	2*	0*	1*
investimento	:	10	:	3*	2*	1*	2*	2*
moyenne :		2.80						
liderança	:	1	:	0*	0*	1*		
lucro	:	1	:	0*	1*			
mudanç	:	7	:	2*	1*	2*	2*	
multiprofissional	:	7	:	1*	1*	2*	0*	3*
orientação	:	11	:	3*	1*	2*	3*	2*
moyenne :		3.00						
participação	:	4	:	0*	2*	0*	2*	
planejamento	:	3	:	1*	0*	0*	0*	2*
politica	:	25	:	6*	6*	7*	3*	3*
moyenne :		2.64						

população	:	1	:	0*	1*							
prevenção	:	66	:	18*	15*	10*	14*	9*				
moyenne :		2.71										
primicia	:	7	:	1*	4*	2*						
principios-sus	:	14	:	4*	4*	3*	2*	1*				
moyenne :		2.43										
prioridade	:	2	:	0*	0*	0*	1*	1*				
progresso	:	1	:	0*	0*	1*						
qualidade-vida	:	17	:	8*	3*	5*	0*	1*				
moyenne :		2.00										
realidade	:	1	:	0*	0*	0*	1*					
recursos	:	9	:	2*	2*	1*	3*	1*				
respeito	:	2	:	0*	0*	0*	1*	1*				
responsabilidade	:	4	:	0*	0*	2*	0*	2*				
saneamento	:	7	:	1*	1*	3*	1*	1*				
saude	:	9	:	2*	1*	1*	1*	4*				
saude-coletiva	:	6	:	2*	1*	1*	2*					
sentimento	:	5	:	0*	2*	1*	1*	1*				
simplicidade	:	1	:	1*								
sucesso	:	1	:	1*								
sus	:	4	:	2*	0*	0*	0*	2*				
territorialização	:	2	:	0*	0*	2*						
trabalho	:	6	:	1*	0*	0*	3*	2*				
tratamento	:	10	:	0*	1*	6*	1*	2*				
moyenne :		3.40										
valorização	:	2	:	0*	2*							
vida-idade	:	5	:	1*	1*	1*	1*	1*				

DISTRIBUTION TOTALE	:	620	:	124*	125*	124*	124*	123*				
RANGS 6 ... 15		0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*
RANGS 16 ... 25		0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*
RANGS 26 ... 30		0*	0*	0*	0*	0*						

Nombre total de mots differents : 75
Nombre total de mots cites : 620

moyenne generale : 3.00

DISTRIBUTION DES FREQUENCES

freq.	* nb. mots	* Cumul	evocations et	cumul inverse
1 *	17	17	2.7 %	620 100.0 %
2 *	6	29	4.7 %	603 97.3 %
3 *	4	41	6.6 %	591 95.3 %
4 *	5	61	9.8 %	579 93.4 %
5 *	7	96	15.5 %	559 90.2 %
6 *	4	120	19.4 %	524 84.5 %
7 *	6	162	26.1 %	500 80.6 %
8 *	1	170	27.4 %	458 73.9 %
9 *	4	206	33.2 %	450 72.6 %
10 *	3	236	38.1 %	414 66.8 %
11 *	3	269	43.4 %	384 61.9 %
13 *	2	295	47.6 %	351 56.6 %
14 *	3	337	54.4 %	325 52.4 %
15 *	2	367	59.2 %	283 45.6 %
17 *	1	384	61.9 %	253 40.8 %
18 *	1	402	64.8 %	236 38.1 %
19 *	1	421	67.9 %	218 35.2 %
21 *	1	442	71.3 %	199 32.1 %
25 *	1	467	75.3 %	178 28.7 %
31 *	1	498	80.3 %	153 24.7 %
56 *	1	554	89.4 %	122 19.7 %
66 *	1	620	100.0 %	66 10.6 %

APÊNDICE G – Cálculo das Ordens Médias das Evocações Livres (RANGMOT) relativas ao Termo Indutor “Promoção da Saúde” dos Docentes do Sexo Masculino das Instituições pesquisadas – EVOC 2003

fichier initial : C:\Documents and Settings\user\Meus documentos\EVOC ENILMAR\promoção a saude\PROMOÇÃO GERAL\SM\SM.Tm2
 NOUS ALLONS RECHERCHER LES RANGS
 Nous avons en entree le fichier : C:\Documents and Settings\user\Meus documentos\EVOC ENILMAR\promoção a saude\PROMOÇÃO GERAL\SM\SM.Tm2
 ON CREE LE FICHIER : C:\Documents and Settings\user\Meus documentos\EVOC ENILMAR\promoção a saude\PROMOÇÃO GERAL\SM\SM.dis et C:\Documents and Settings\user\Meus documentos\EVOC ENILMAR\promoção a saude\PROMOÇÃO GERAL\SM\SM.tm3

ENSEMBLE DES MOTS	RANGS					
	:FREQ.:	1 *	2 *	3 *	4 *	5 *
abordagem-coletiva	: 6 :	2*	1*	1*	1*	1*
acesso	: 3 :	0*	0*	0*	1*	2*
ajuda	: 2 :	0*	1*	0*	0*	1*
alimentação	: 4 :	1*	1*	1*	1*	
assistencia	: 3 :	0*	0*	1*	2*	
atenção-basica	: 2 :	1*	0*	0*	0*	1*
atividade-fisica	: 4 :	1*	1*	1*	0*	1*
ação	: 2 :	0*	1*	0*	0*	1*
bem-estar	: 1 :	0*	0*	0*	0*	1*
comunicação	: 1 :	1*				
conhecimento	: 1 :	0*	0*	0*	0*	1*
conquista	: 1 :	0*	0*	0*	1*	
continuidade	: 1 :	0*	0*	0*	0*	1*
cuidado	: 3 :	1*	1*	1*		
determinantes	: 5 :	0*	0*	1*	2*	2*
direito	: 2 :	1*	0*	0*	0*	1*
educação	: 8 :	2*	0*	3*	3*	
empoderamento	: 1 :	0*	0*	1*		
envolvimento	: 1 :	0*	0*	0*	0*	1*
epidemiologia	: 1 :	0*	0*	1*		
estilo-vida	: 2 :	0*	0*	1*	0*	1*
filosofia-etica	: 1 :	0*	0*	0*	1*	

humanização	:	1	:	0*	0*	0*	1*						
individualidade	:	2	:	0*	1*	0*	0*	1*					
informação	:	4	:	1*	1*	0*	2*						
interdisciplinariedade	:	3	:	0*	1*	0*	0*	2*					
intersectorialidade	:	3	:	0*	1*	1*	0*	1*					
investimento	:	1	:	1*									
orientação	:	2	:	0*	0*	1*	0*	1*					
participação	:	3	:	0*	1*	0*	2*						
planejamento	:	1	:	0*	0*	0*	0*	1*					
politica	:	4	:	1*	1*	0*	1*	1*					
prevenção	:	20	:	4*	8*	2*	4*	2*					
primicia	:	1	:	0*	1*								
principios-sus	:	5	:	2*	2*	1*							
progresso	:	1	:	0*	0*	1*							
qualidade-vida	:	3	:	2*	0*	1*							
recursos	:	2	:	1*	0*	0*	1*						
saneamento	:	3	:	0*	1*	2*							
saude-coletiva	:	3	:	1*	0*	1*	1*						
sucesso	:	1	:	1*									
sus	:	2	:	1*	0*	0*	0*	1*					
tratamento	:	5	:	0*	1*	3*	1*						

DISTRIBUTION TOTALE	:	125	:	25*	25*	25*	25*	25*					
RANGS 6 ... 15		0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*
RANGS 16 ... 25		0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*
RANGS 26 ... 30		0*	0*	0*	0*	0*							

Nombre total de mots differents : 43
 Nombre total de mots cites : 125

moyenne generale : 3.00

DISTRIBUTION DES FREQUENCES

freq.	* nb. mots	* Cumul	evocations	et	cumul	inverse
1	*	15	15	12.0 %	125	100.0 %
2	*	9	33	26.4 %	110	88.0 %
3	*	9	60	48.0 %	92	73.6 %
4	*	4	76	60.8 %	65	52.0 %
5	*	3	91	72.8 %	49	39.2 %
6	*	1	97	77.6 %	34	27.2 %
8	*	1	105	84.0 %	28	22.4 %
20	*	1	125	100.0 %	20	16.0 %

APÊNDICE H – Cálculo das Ordens Médias das Evocações Livres (RANGMOT) relativas ao Termo Indutor “Promoção da Saúde” dos Docentes do Sexo Feminino das Instituições pesquisadas – EVOC 2003

```
fichier initial : C:\Documents and Settings\user\Meus documentos\EVOC
ENILMAR\promoção a saude\PROMOÇÃO GERAL\SF\SF.Tm2
NOUS ALLONS RECHERCHER LES RANGS
Nous avons en entree le fichier : C:\Documents and Settings\user\Meus
documentos\EVOC ENILMAR\promoção a saude\PROMOÇÃO GERAL\SF\SF.Tm2
ON CREE LE FICHER : C:\Documents and Settings\user\Meus documentos\EVOC
ENILMAR\promoção a saude\PROMOÇÃO GERAL\SF\SF.dis et C:\Documents and
Settings\user\Meus documentos\EVOC ENILMAR\promoção a saude\PROMOÇÃO
GERAL\SF\SF.tm3
```

ENSEMBLE DES MOTS	:FREQ.:	RANGS				
		1 *	2 *	3 *	4 *	5 *
abordagem	: 1 :	0*	1*			
abordagem-coletiva	: 25 :	4*	7*	4*	5*	5*
moyenne : 3.00						
abstração	: 1 :	0*	0*	0*	0*	1*
acesso	: 5 :	2*	1*	1*	1*	
adequação	: 1 :	0*	1*			
ajuda	: 2 :	1*	0*	0*	0*	1*
alimentação	: 11 :	2*	3*	0*	5*	1*
moyenne : 3.00						
assistencia	: 15 :	2*	1*	4*	6*	2*
moyenne : 3.33						
atenção	: 4 :	0*	1*	0*	0*	3*
atenção-basica	: 12 :	1*	3*	4*	2*	2*
moyenne : 3.08						
atividade-fisica	: 11 :	1*	3*	3*	1*	3*
moyenne : 3.18						
atividade-grupo	: 1 :	0*	0*	1*		
ação	: 12 :	1*	4*	4*	2*	1*
moyenne : 2.83						
bem-estar	: 8 :	0*	1*	1*	3*	3*
caminho	: 1 :	0*	0*	0*	1*	
cidadania	: 5 :	0*	0*	2*	2*	1*
coletiva	: 1 :	0*	1*			
comunicação	: 5 :	1*	0*	1*	1*	2*
conceito	: 5 :	0*	0*	2*	2*	1*
concientização	: 1 :	0*	0*	0*	0*	1*
condição	: 5 :	0*	0*	2*	1*	2*
conhecimento	: 8 :	1*	2*	2*	2*	1*

conquista	:	2	:	1*	0*	1*		
conscientização	:	7	:	1*	2*	0*	2*	2*
continuidade	:	1	:	0*	0*	1*		
cuidado	:	16	:	4*	5*	2*	3*	2*
moyenne :		2.63						
determinantes	:	16	:	4*	1*	3*	3*	5*
moyenne :		3.25						
direito	:	3	:	2*	0*	0*	1*	
educação	:	48	:	15*	11*	3*	10*	9*
moyenne :		2.73						
empoderamento	:	2	:	0*	0*	1*	1*	
envolvimento	:	10	:	1*	2*	3*	1*	3*
moyenne :		3.30						
estilo-vida	:	9	:	1*	2*	1*	1*	4*
falta-negativo	:	13	:	4*	4*	1*	1*	3*
moyenne :		2.62						
filosofia-etica	:	1	:	0*	1*			
humanização	:	6	:	0*	0*	3*	1*	2*
humanização	:	1	:	0*	0*	0*	1*	
inclusao	:	3	:	0*	1*	0*	1*	1*
individualidade	:	3	:	0*	0*	0*	1*	2*
influencia	:	1	:	0*	1*			
informação	:	9	:	2*	3*	3*	1*	
interdisciplinariedade	:	7	:	1*	0*	3*	3*	
intersetorialidade	:	3	:	1*	1*	1*		
investimento	:	9	:	2*	2*	1*	2*	2*
liderança	:	1	:	0*	0*	1*		
lucro	:	1	:	0*	1*			
mudança	:	7	:	2*	1*	2*	2*	
multiprofissional	:	7	:	1*	1*	2*	0*	3*
orientação	:	9	:	3*	1*	1*	3*	1*
participação	:	1	:	0*	1*			
planejamento	:	2	:	1*	0*	0*	0*	1*
politica	:	21	:	5*	5*	7*	2*	2*
moyenne :		2.57						
população	:	1	:	0*	1*			

prevenção		:	46	:	14*	7*	8*	10*	7*
moyenne :	2.76								
primicia		:	6	:	1*	3*	2*		
principios-sus		:	9	:	2*	2*	2*	2*	1*
prioridade		:	2	:	0*	0*	0*	1*	1*
qualidade-vida		:	14	:	6*	3*	4*	0*	1*
moyenne :	2.07								
realidade		:	1	:	0*	0*	0*	1*	
recursos		:	7	:	1*	2*	1*	2*	1*
respeito		:	2	:	0*	0*	0*	1*	1*
responsabilidade		:	4	:	0*	0*	2*	0*	2*
saneamento		:	4	:	1*	0*	1*	1*	1*
saude		:	9	:	2*	1*	1*	1*	4*
saude-coletiva		:	3	:	1*	1*	0*	1*	
sentimento		:	5	:	0*	2*	1*	1*	1*
simplicidade		:	1	:	1*				
sus		:	2	:	1*	0*	0*	0*	1*
territorialização		:	2	:	0*	0*	2*		
trabalho		:	6	:	1*	0*	0*	3*	2*
tratamento		:	5	:	0*	0*	3*	0*	2*
valorização		:	2	:	0*	2*			
vida-idade		:	5	:	1*	1*	1*	1*	1*

DISTRIBUTION TOTALE		:	495	:	99*	100*	99*	99*	98*		
RANGS 6 ... 15	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*
RANGS 16 ... 25	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*
RANGS 26 ... 30	0*	0*	0*	0*	0*						

Nombre total de mots differents : 72
Nombre total de mots cites : 495

moyenne generale : 2.99

DISTRIBUTION DES FREQUENCES

freq.	* nb. mots	* Cumul	evocations et	cumul inverse
1 *	17	17	3.4 %	495 100.0 %
2 *	9	35	7.1 %	478 96.6 %
3 *	5	50	10.1 %	460 92.9 %
4 *	3	62	12.5 %	445 89.9 %
5 *	8	102	20.6 %	433 87.5 %
6 *	3	120	24.2 %	393 79.4 %
7 *	5	155	31.3 %	375 75.8 %
8 *	2	171	34.5 %	340 68.7 %
9 *	6	225	45.5 %	324 65.5 %
10 *	1	235	47.5 %	270 54.5 %
11 *	2	257	51.9 %	260 52.5 %
12 *	2	281	56.8 %	238 48.1 %
13 *	1	294	59.4 %	214 43.2 %
14 *	1	308	62.2 %	201 40.6 %
15 *	1	323	65.3 %	187 37.8 %
16 *	2	355	71.7 %	172 34.7 %
21 *	1	376	76.0 %	140 28.3 %
25 *	1	401	81.0 %	119 24.0 %
46 *	1	447	90.3 %	94 19.0 %
48 *	1	495	100.0 %	48 9.7 %

APÊNDICE I – Cálculo das Ordens Médias das Evocações Livres (RANGMOT) relativas ao Termo Indutor “Promoção da Saúde” dos Docentes com Graduação em Enfermagem das Instituições pesquisadas – EVOC 2003

fichier initial : C:\Documents and Settings\user\Meus documentos\EVOC ENILMAR\promoção a saude\PROMOÇÃO GERAL\SE\SE.Tm2
 NOUS ALLONS RECHERCHER LES RANGS
 Nous avons en entree le fichier : C:\Documents and Settings\user\Meus documentos\EVOC ENILMAR\promoção a saude\PROMOÇÃO GERAL\SE\SE.Tm2
 ON CREE LE FICHER : C:\Documents and Settings\user\Meus documentos\EVOC ENILMAR\promoção a saude\PROMOÇÃO GERAL\SE\SE.dis et C:\Documents and Settings\user\Meus documentos\EVOC ENILMAR\promoção a saude\PROMOÇÃO GERAL\SE\SE.tm3

ENSEMBLE DES MOTS	:FREQ.:	RANGS				
		1 *	2 *	3 *	4 *	5 *
abordagem	: 1 :	0*	1*			
abordagem-coletiva	: 28 :	6*	7*	5*	4*	6*
moyenne : 2.89						
abstração	: 1 :	0*	0*	0*	0*	1*
acesso	: 5 :	2*	1*	0*	1*	1*
adequação	: 1 :	0*	1*			
ajuda	: 4 :	1*	1*	0*	0*	2*
alimentação	: 9 :	3*	2*	0*	3*	1*
assistencia	: 12 :	2*	0*	3*	6*	1*
moyenne : 3.33						
atenção	: 3 :	0*	1*	0*	0*	2*
atenção-basica	: 11 :	2*	1*	3*	2*	3*
moyenne : 3.27						
atividade-fisica	: 9 :	0*	2*	2*	1*	4*
atividade-grupo	: 1 :	0*	0*	1*		
ação	: 12 :	1*	4*	4*	1*	2*
moyenne : 2.92						
bem-estar	: 6 :	0*	0*	1*	3*	2*
caminho	: 1 :	0*	0*	0*	1*	
cidadania	: 5 :	0*	0*	2*	2*	1*
coletiva	: 1 :	0*	1*			
comunicação	: 4 :	2*	0*	0*	0*	2*
conceito	: 5 :	0*	0*	2*	2*	1*
concientização	: 1 :	0*	0*	0*	0*	1*
condição	: 4 :	0*	0*	1*	1*	2*

conhecimento	:	4	:	0*	2*	2*		
conquista	:	3	:	1*	0*	1*	1*	
conscientização	:	5	:	0*	2*	0*	1*	2*
continuidade	:	1	:	0*	0*	1*		
cuidado	:	15	:	3*	5*	2*	3*	2*
moyenne :		2.73						
determinantes	:	14	:	3*	0*	3*	3*	5*
moyenne :		3.50						
direito	:	3	:	2*	0*	0*	1*	
educação	:	40	:	11*	10*	5*	9*	5*
moyenne :		2.67						
empoderamento	:	2	:	0*	0*	1*	1*	
envolvimento	:	9	:	1*	1*	2*	1*	4*
epidemiologia	:	1	:	0*	0*	1*		
estilo-vida	:	8	:	1*	2*	2*	1*	2*
falta-negativo	:	7	:	3*	2*	1*	0*	1*
humanização	:	5	:	0*	0*	3*	0*	2*
humanização	:	1	:	0*	0*	0*	1*	
inclusão	:	3	:	0*	1*	0*	1*	1*
individualidade	:	4	:	0*	1*	0*	1*	2*
influência	:	1	:	0*	1*			
informação	:	7	:	0*	3*	3*	1*	
interdisciplinariedade	:	7	:	1*	0*	3*	2*	1*
intersetorialidade	:	6	:	1*	2*	2*	0*	1*
investimento	:	2	:	0*	0*	0*	1*	1*
liderança	:	1	:	0*	0*	1*		
lucro	:	1	:	0*	1*			
mudança	:	6	:	2*	1*	1*	2*	
multiprofissional	:	5	:	1*	1*	1*	0*	2*
orientação	:	8	:	3*	1*	1*	2*	1*
participação	:	3	:	0*	1*	0*	2*	
planejamento	:	2	:	0*	0*	0*	0*	2*
política	:	17	:	4*	4*	4*	3*	2*
moyenne :		2.71						
população	:	1	:	0*	1*			

prevenção	:	48	:	15*	9*	8*	10*	6*
moyenne :		2.65						
primicia	:	4	:	0*	2*	2*		
principios-sus	:	9	:	1*	4*	1*	2*	1*
prioridade	:	2	:	0*	0*	0*	1*	1*
qualidade-vida	:	12	:	6*	3*	3*		
moyenne :		1.75						
realidade	:	1	:	0*	0*	0*	1*	
recursos	:	7	:	2*	1*	1*	2*	1*
responsabilidade	:	2	:	0*	0*	1*	0*	1*
saneamento	:	2	:	1*	0*	0*	0*	1*
saude	:	8	:	2*	1*	1*	1*	3*
saude-coletiva	:	5	:	2*	0*	1*	2*	
sentimento	:	4	:	0*	2*	1*	1*	
simplicidade	:	1	:	1*				
sucesso	:	1	:	1*				
sus	:	1	:	0*	0*	0*	0*	1*
territorialização	:	1	:	0*	0*	1*		
trabalho	:	4	:	0*	0*	0*	3*	1*
tratamento	:	4	:	0*	1*	2*	0*	1*
vida-idade	:	3	:	0*	1*	1*	0*	1*

DISTRIBUTION TOTALE	:	435	:	87*	88*	87*	87*	86*		
RANGS 6 ... 15		0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*
RANGS 16 ... 25		0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*
RANGS 26 ... 30		0*	0*	0*	0*	0*				

Nombre total de mots differents : 71
Nombre total de mots cites : 435

moyenne generale : 2.99

DISTRIBUTION DES FREQUENCES

freq.	* nb. mots	* Cumul	evocations et	cumul inverse
1 *	19	19	4.4 %	435 100.0 %
2 *	6	31	7.1 %	416 95.6 %
3 *	6	49	11.3 %	404 92.9 %
4 *	9	85	19.5 %	386 88.7 %
5 *	7	120	27.6 %	350 80.5 %
6 *	3	138	31.7 %	315 72.4 %
7 *	4	166	38.2 %	297 68.3 %
8 *	3	190	43.7 %	269 61.8 %
9 *	4	226	52.0 %	245 56.3 %
11 *	1	237	54.5 %	209 48.0 %
12 *	3	273	62.8 %	198 45.5 %
14 *	1	287	66.0 %	162 37.2 %
15 *	1	302	69.4 %	148 34.0 %
17 *	1	319	73.3 %	133 30.6 %
28 *	1	347	79.8 %	116 26.7 %
40 *	1	387	89.0 %	88 20.2 %
48 *	1	435	100.0 %	48 11.0 %

APÊNDICE J – Cálculo das Ordens Médias das Evocações Livres (RANGMOT) relativas ao Termo Indutor “Promoção da Saúde” dos Docentes Não Graduados em Enfermagem das Instituições pesquisadas – EVOC 2003

fichier initial : C:\Documents and Settings\user\Meus documentos\EVOC ENILMAR\promoção a saude\PROMOÇÃO GERAL\SNE\SNE.Tm2
 NOUS ALLONS RECHERCHER LES RANGS
 Nous avons en entree le fichier : C:\Documents and Settings\user\Meus documentos\EVOC ENILMAR\promoção a saude\PROMOÇÃO GERAL\SNE\SNE.Tm2
 ON CREE LE FICHER : C:\Documents and Settings\user\Meus documentos\EVOC ENILMAR\promoção a saude\PROMOÇÃO GERAL\SNE\SNE.dis et C:\Documents and Settings\user\Meus documentos\EVOC ENILMAR\promoção a saude\PROMOÇÃO GERAL\SNE\SNE.tm3

ENSEMBLE DES MOTS	:FREQ.:	RANGS				
		1 *	2 *	3 *	4 *	5 *
abordagem-coletiva	: 3 :	0*	1*	0*	2*	
acesso	: 3 :	0*	0*	1*	1*	1*
alimentação	: 6 :	0*	2*	1*	3*	
assistencia	: 6 :	0*	1*	2*	2*	1*
atenção	: 1 :	0*	0*	0*	0*	1*
atenção-basica	: 3 :	0*	2*	1*		
atividade-fisica	: 6 :	2*	2*	2*		
ação	: 2 :	0*	1*	0*	1*	
bem-estar	: 3 :	0*	1*	0*	0*	2*
comunicação	: 2 :	0*	0*	1*	1*	
condição	: 1 :	0*	0*	1*		
conhecimento	: 5 :	1*	0*	0*	2*	2*
conscientização	: 2 :	1*	0*	0*	1*	
continuidade	: 1 :	0*	0*	0*	0*	1*
cuidado	: 4 :	2*	1*	1*		
determinantes	: 7 :	1*	1*	1*	2*	2*
direito	: 2 :	1*	0*	0*	0*	1*
educação	: 16 :	6*	1*	1*	4*	4*
moyenne :	2.94					
empoderamento	: 1 :	0*	0*	1*		
envolvimento	: 2 :	0*	1*	1*		
estilo-vida	: 3 :	0*	0*	0*	0*	3*

falta-negativo	:	6	:	1*	2*	0*	1*	2*
filosofia-etica	:	2	:	0*	1*	0*	1*	
humanização	:	2	:	0*	0*	0*	2*	
individualidade	:	1	:	0*	0*	0*	0*	1*
informação	:	6	:	3*	1*	0*	2*	
interdisciplinariedade	:	3	:	0*	1*	0*	1*	1*
investimento	:	8	:	3*	2*	1*	1*	1*
mudança	:	1	:	0*	0*	1*		
multiprofissional	:	2	:	0*	0*	1*	0*	1*
orientação	:	3	:	0*	0*	1*	1*	1*
participação	:	1	:	0*	1*			
planejamento	:	1	:	1*				
politica	:	8	:	2*	2*	3*	0*	1*
prevenção	:	18	:	3*	6*	2*	4*	3*
primicia	:	3	:	1*	2*			
princípios-sus	:	5	:	3*	0*	2*		
progresso	:	1	:	0*	0*	1*		
qualidade-vida	:	5	:	2*	0*	2*	0*	1*
recursos	:	2	:	0*	1*	0*	1*	
respeito	:	2	:	0*	0*	0*	1*	1*
responsabilidade	:	2	:	0*	0*	1*	0*	1*
saneamento	:	5	:	0*	1*	3*	1*	
saude	:	1	:	0*	0*	0*	0*	1*
saude-coletiva	:	1	:	0*	1*			
sentimento	:	1	:	0*	0*	0*	0*	1*
sus	:	3	:	2*	0*	0*	0*	1*
territorialização	:	1	:	0*	0*	1*		
trabalho	:	2	:	1*	0*	0*	0*	1*
tratamento	:	6	:	0*	0*	4*	1*	1*
valorização	:	2	:	0*	2*			
vida-idade	:	2	:	1*	0*	0*	1*	

moyenne : 2.89

DISTRIBUTION TOTALE			: 185 :	37*	37*	37*	37*	37*				
RANGS	6 ... 15	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*
RANGS	16 ... 25	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*
RANGS	26 ... 30	0*	0*	0*	0*	0*						

Nombre total de mots differents : 52

Nombre total de mots cites : 185

moyenne generale : 3.00

DISTRIBUTION DES FREQUENCES

freq. *	nb. mots	* Cumul	evocations et	cumul inverse
1 *	13	13	7.0 %	185 100.0 %
2 *	14	41	22.2 %	172 93.0 %
3 *	9	68	36.8 %	144 77.8 %
4 *	1	72	38.9 %	117 63.2 %
5 *	4	92	49.7 %	113 61.1 %
6 *	6	128	69.2 %	93 50.3 %
7 *	1	135	73.0 %	57 30.8 %
8 *	2	151	81.6 %	50 27.0 %
16 *	1	167	90.3 %	34 18.4 %
18 *	1	185	100.0 %	18 9.7 %

APÊNDICE K – Cálculo das Ordens Médias das Evocações Livres (RANGMOT) relativas ao Termo Indutor “Promoção da Saúde” dos Docentes que Atuam na Docência na Atenção Básica/ Primária das Instituições pesquisadas – EVOC 2003

fichier initial : C:\Documents and Settings\user\Meus documentos\EVOC ENILMAR\promoção a saude\PROMOÇÃO GERAL\SAA\SAA.Tm2
 NOUS ALLONS RECHERCHER LES RANGS
 Nous avons en entree le fichier : C:\Documents and Settings\user\Meus documentos\EVOC ENILMAR\promoção a saude\PROMOÇÃO GERAL\SAA\SAA.Tm2
 ON CREE LE FICHER : C:\Documents and Settings\user\Meus documentos\EVOC ENILMAR\promoção a saude\PROMOÇÃO GERAL\SAA\SAA.dis et C:\Documents and Settings\user\Meus documentos\EVOC ENILMAR\promoção a saude\PROMOÇÃO GERAL\SAA\SAA.tm3

ENSEMBLE DES MOTS	:FREQ.:	RANGS				
		1 *	2 *	3 *	4 *	5 *
abordagem-coletiva	: 12 :	5*	2*	2*	2*	1*
moyenne : 2.33						
abstração	: 1 :	0*	0*	0*	0*	1*
acesso	: 4 :	2*	0*	0*	1*	1*
alimentação	: 2 :	1*	1*			
assistencia	: 2 :	0*	0*	0*	1*	1*
atenção	: 2 :	0*	1*	0*	0*	1*
atenção-basica	: 5 :	1*	0*	1*	1*	2*
atividade-fisica	: 2 :	0*	1*	0*	0*	1*
ação	: 4 :	0*	1*	2*	1*	
bem-estar	: 2 :	0*	0*	0*	2*	
cidadania	: 2 :	0*	0*	1*	1*	
comunicação	: 2 :	0*	0*	0*	0*	2*
conceito	: 1 :	0*	0*	1*		
condição	: 3 :	0*	0*	0*	1*	2*
conscientização	: 1 :	0*	1*			
continuidade	: 2 :	0*	0*	1*	0*	1*
cuidado	: 3 :	0*	1*	0*	0*	2*
determinantes	: 6 :	1*	0*	2*	1*	2*
direito	: 2 :	0*	0*	0*	1*	1*
educação	: 11 :	2*	2*	3*	3*	1*
moyenne : 2.91						
empoderamento	: 2 :	0*	0*	2*		

envolvimento	:	3	:	0*	0*	1*	0*	2*				
epidemiologia	:	1	:	0*	0*	1*						
estilo-vida	:	2	:	1*	0*	0*	0*	1*				
falta-negativo	:	2	:	1*	1*							
filosofia-etica	:	1	:	0*	0*	0*	1*					
humanização	:	1	:	0*	0*	1*						
individualidade	:	2	:	0*	1*	0*	0*	1*				
influencia	:	1	:	0*	1*							
informação	:	3	:	0*	1*	1*	1*					
interdisciplinariedade	:	2	:	0*	0*	1*	1*					
intersetorialidade	:	4	:	1*	1*	1*	0*	1*				
investimento	:	1	:	0*	1*							
mudança	:	4	:	2*	0*	1*	1*					
multiprofissional	:	3	:	1*	1*	1*						
orientação	:	1	:	0*	0*	0*	1*					
participação	:	2	:	0*	1*	0*	1*					
planejamento	:	1	:	0*	0*	0*	0*	1*				
politica	:	2	:	0*	0*	0*	2*					
prevenção	:	8	:	4*	2*	0*	2*					
primicia	:	3	:	0*	2*	1*						
princípios-sus	:	5	:	1*	3*	1*						
qualidade-vida	:	5	:	3*	1*	1*						
recursos	:	2	:	1*	0*	0*	1*					
saude	:	1	:	0*	0*	0*	0*	1*				
sentimento	:	1	:	0*	1*							
trabalho	:	2	:	0*	0*	0*	1*	1*				
tratamento	:	1	:	0*	0*	1*						
DISTRIBUTION TOTALE	:	135	:	27*	27*	27*	27*	27*				
RANGS 6 ... 15		0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*
RANGS 16 ... 25		0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*
RANGS 26 ... 30		0*	0*	0*	0*	0*						

Nombre total de mots differents : 48
 Nombre total de mots cites : 135

moyenne generale : 3.00

DISTRIBUTION DES FREQUENCES

freq.	* nb. mots	* Cumul	evocations et	cumul inverse
1 *	13	13	9.6 %	135 100.0 %
2 *	18	49	36.3 %	122 90.4 %
3 *	6	67	49.6 %	86 63.7 %
4 *	4	83	61.5 %	68 50.4 %
5 *	3	98	72.6 %	52 38.5 %
6 *	1	104	77.0 %	37 27.4 %
8 *	1	112	83.0 %	31 23.0 %
11 *	1	123	91.1 %	23 17.0 %
12 *	1	135	100.0 %	12 8.9 %

APÊNDICE L – Cálculo das Ordens Médias das Evocações Livres (RANGMOT) relativas ao Termo Indutor “Promoção da Saúde” dos Docentes que Atuam na Docência na Atenção Secundária e Terciária das Instituições pesquisadas – EVOC 2003

fichier initial : C:\Documents and Settings\user\Meus documentos\EVOC ENILMAR\promoção a saude\PROMOÇÃO GERAL\SAB\SAB.Tm2
 NOUS ALLONS RECHERCHER LES RANGS
 Nous avons en entree le fichier : C:\Documents and Settings\user\Meus documentos\EVOC ENILMAR\promoção a saude\PROMOÇÃO GERAL\SAB\SAB.Tm2
 ON CREE LE FICHER : C:\Documents and Settings\user\Meus documentos\EVOC ENILMAR\promoção a saude\PROMOÇÃO GERAL\SAB\SAB.dis et C:\Documents and Settings\user\Meus documentos\EVOC ENILMAR\promoção a saude\PROMOÇÃO GERAL\SAB\SAB.tm3

ENSEMBLE DES MOTS	RANGS					
	:FREQ.:	1 *	2 *	3 *	4 *	5 *
abordagem	: 1 :	0*	1*			
abordagem-coletiva	: 16 :	1*	5*	3*	2*	5*
moyenne : 3.31						
acesso	: 1 :	0*	1*			
adequação	: 1 :	0*	1*			
ajuda	: 4 :	1*	1*	0*	0*	2*
alimentação	: 7 :	2*	1*	0*	3*	1*
assistencia	: 10 :	2*	0*	3*	5*	
moyenne : 3.10						
atenção	: 1 :	0*	0*	0*	0*	1*
atenção-basica	: 7 :	1*	1*	3*	1*	1*
atividade-fisica	: 7 :	0*	1*	2*	1*	3*
atividade-grupo	: 1 :	0*	0*	1*		
ação	: 8 :	1*	3*	2*	0*	2*
bem-estar	: 4 :	0*	0*	1*	1*	2*
caminho	: 1 :	0*	0*	0*	1*	
cidadania	: 3 :	0*	0*	1*	1*	1*
coletiva	: 1 :	0*	1*			
comunicação	: 2 :	2*				
conceito	: 4 :	0*	0*	1*	2*	1*
conscientização	: 1 :	0*	0*	0*	0*	1*
condição	: 1 :	0*	0*	1*		
conhecimento	: 4 :	0*	2*	2*		

conquista	:	3	:	1*	0*	1*	1*	
conscientização	:	4	:	0*	1*	0*	1*	2*
cuidado	:	13	:	3*	5*	2*	3*	
moyenne :		2.38						
determinantes	:	8	:	2*	0*	1*	2*	3*
direito	:	2	:	2*				
educação	:	31	:	10*	8*	2*	7*	4*
moyenne :		2.58						
empoderamento	:	1	:	0*	0*	0*	1*	
envolvimento	:	6	:	1*	1*	1*	1*	2*
estilo-vida	:	6	:	0*	2*	2*	1*	1*
falta-negativo	:	5	:	2*	1*	1*	0*	1*
humanização	:	4	:	0*	0*	2*	0*	2*
humanização	:	1	:	0*	0*	0*	1*	
inclusao	:	3	:	0*	1*	0*	1*	1*
individualidade	:	2	:	0*	0*	0*	1*	1*
informação	:	5	:	0*	2*	2*	1*	
interdisciplinariedade	:	5	:	1*	0*	2*	1*	1*
intersetorialidade	:	2	:	0*	1*	1*		
investimento	:	2	:	0*	0*	0*	1*	1*
liderança	:	1	:	0*	0*	1*		
lucro	:	1	:	0*	1*			
mudança	:	2	:	0*	1*	0*	1*	
multiprofissional	:	2	:	0*	0*	0*	0*	2*
orientação	:	7	:	3*	1*	1*	1*	1*
participação	:	1	:	0*	0*	0*	1*	
planejamento	:	1	:	0*	0*	0*	0*	1*
politica	:	15	:	4*	4*	4*	1*	2*
moyenne :		2.53						
população	:	1	:	0*	1*			
prevenção	:	41	:	12*	7*	8*	8*	6*
moyenne :		2.73						
primicia	:	2	:	0*	1*	1*		
princípios-sus	:	6	:	1*	1*	1*	2*	1*
prioridade	:	2	:	0*	0*	0*	1*	1*

qualidade-vida	:	7	:	3*	2*	2*					
realidade	:	1	:	0*	0*	0*	1*				
recursos	:	5	:	1*	1*	1*	1*	1*			
responsabilidade	:	2	:	0*	0*	1*	0*	1*			
saneamento	:	2	:	1*	0*	0*	0*	1*			
saude	:	8	:	2*	1*	1*	1*	3*			
saude-coletiva	:	5	:	2*	0*	1*	2*				
sentimento	:	3	:	0*	1*	1*	1*				
simplicidade	:	1	:	1*							
sucesso	:	1	:	1*							
sus	:	1	:	0*	0*	0*	0*	1*			
territorializaçao	:	1	:	0*	0*	1*					
trabalho	:	2	:	0*	0*	0*	2*				
tratamento	:	3	:	0*	1*	1*	0*	1*			
vida-idade	:	3	:	0*	1*	1*	0*	1*			

DISTRIBUTION TOTALE	:	315	:	63*	64*	63*	63*	62*				
RANGS 6 ... 15		0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*
RANGS 16 ... 25		0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*
RANGS 26 ... 30		0*	0*	0*	0*	0*						

Nombre total de mots differents : 67
Nombre total de mots cites : 315

moyenne generale : 2.99

DISTRIBUTION DES FREQUENCES

freq.	* nb. mots	* Cumul	evocations et	cumul inverse
1 *	21	21	6.7 %	315 100.0 %
2 *	12	45	14.3 %	294 93.3 %
3 *	6	63	20.0 %	270 85.7 %
4 *	6	87	27.6 %	252 80.0 %
5 *	5	112	35.6 %	228 72.4 %
6 *	3	130	41.3 %	203 64.4 %
7 *	5	165	52.4 %	185 58.7 %
8 *	3	189	60.0 %	150 47.6 %
10 *	1	199	63.2 %	126 40.0 %
13 *	1	212	67.3 %	116 36.8 %
15 *	1	227	72.1 %	103 32.7 %
16 *	1	243	77.1 %	88 27.9 %
31 *	1	274	87.0 %	72 22.9 %
41 *	1	315	100.0 %	41 13.0 %

APÊNDICE M – Cálculo das Ordens Médias das Evocações Livres (RANGMOT) relativas ao Termo Indutor “Promoção da Saúde” dos Docentes que Atuam na Docência no Ciclo Básico, Ciências Biológicas e Outros das Instituições pesquisadas – EVOC 2003

fichier initial : C:\Documents and Settings\user\Meus documentos\EVOC ENILMAR\promoção a saude\PROMOÇÃO GERAL\SAC\SAC.Tm2
 NOUS ALLONS RECHERCHER LES RANGS
 Nous avons en entree le fichier : C:\Documents and Settings\user\Meus documentos\EVOC ENILMAR\promoção a saude\PROMOÇÃO GERAL\SAC\SAC.Tm2
 ON CREE LE FICHER : C:\Documents and Settings\user\Meus documentos\EVOC ENILMAR\promoção a saude\PROMOÇÃO GERAL\SAC\SAC.dis et C:\Documents and Settings\user\Meus documentos\EVOC ENILMAR\promoção a saude\PROMOÇÃO GERAL\SAC\SAC.tm3

ENSEMBLE DES MOTS	:FREQ.:	RANGS				
		1 *	2 *	3 *	4 *	5 *
abordagem-coletiva	: 3 :	0*	1*	0*	2*	
acesso	: 3 :	0*	0*	1*	1*	1*
alimentação	: 6 :	0*	2*	1*	3*	
assistencia	: 6 :	0*	1*	2*	2*	1*
atenção	: 1 :	0*	0*	0*	0*	1*
atenção-basica	: 2 :	0*	2*			
atividade-fisica	: 6 :	2*	2*	2*		
ação	: 2 :	0*	1*	0*	1*	
bem-estar	: 3 :	0*	1*	0*	0*	2*
comunicação	: 2 :	0*	0*	1*	1*	
condição	: 1 :	0*	0*	1*		
conhecimento	: 5 :	1*	0*	0*	2*	2*
conscientização	: 2 :	1*	0*	0*	1*	
cuidado	: 3 :	2*	0*	1*		
determinantes	: 7 :	1*	1*	1*	2*	2*
direito	: 1 :	1*				
educação	: 14 :	5*	1*	1*	3*	4*
moyenne : 3.00						
envolvimento	: 2 :	0*	1*	1*		
estilo-vida	: 3 :	0*	0*	0*	0*	3*
falta-negativo	: 6 :	1*	2*	0*	1*	2*
filosofia-etica	: 1 :	0*	1*			

RANGS 16 ... 25 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0*

RANGS 26 ... 30 0* 0* 0* 0* 0*

Nombre total de mots differents : 49
 Nombre total de mots cites : 170

moyenne generale : 3.00

DISTRIBUTION DES FREQUENCES

freq. *	nb. mots	* Cumul	evocations et	cumul inverse
1 *	12	12	7.1 %	170 100.0 %
2 *	14	40	23.5 %	158 92.9 %
3 *	9	67	39.4 %	130 76.5 %
5 *	4	87	51.2 %	103 60.6 %
6 *	5	117	68.8 %	83 48.8 %
7 *	2	131	77.1 %	53 31.2 %
8 *	1	139	81.8 %	39 22.9 %
14 *	1	153	90.0 %	31 18.2 %
17 *	1	170	100.0 %	17 10.0 %

APÊNDICE N – Cálculo das Ordens Médias das Evocações Livres (RANGMOT) relativas ao Termo Indutor “Promoção da Saúde” dos Docentes que trabalham na Instituição/Curso 1 das Instituições pesquisadas – EVOC 2003

fichier initial : C:\Documents and Settings\user\Meus documentos\EVOC ENILMAR\promoção a saude\PROMOÇÃO GERAL\SFP\SFP.Tm2
 NOUS ALLONS RECHERCHER LES RANGS
 Nous avons en entree le fichier : C:\Documents and Settings\user\Meus documentos\EVOC ENILMAR\promoção a saude\PROMOÇÃO GERAL\SFP\SFP.Tm2
 ON CREE LE FICHER : C:\Documents and Settings\user\Meus documentos\EVOC ENILMAR\promoção a saude\PROMOÇÃO GERAL\SFP\SFP.dis et C:\Documents and Settings\user\Meus documentos\EVOC ENILMAR\promoção a saude\PROMOÇÃO GERAL\SFP\SFP.tm3

ENSEMBLE DES MOTS	RANGS					
	:FREQ.:	1 *	2 *	3 *	4 *	5 *
abordagem-coletiva	: 16 :	3*	3*	1*	5*	4*
moyenne : 3.25						
acesso	: 1 :	1*				
alimentação	: 2 :	0*	2*			
assistencia	: 3 :	0*	0*	1*	1*	1*
atenção-basica	: 3 :	0*	0*	2*	0*	1*
atividade-fisica	: 2 :	0*	0*	1*	0*	1*
ação	: 7 :	1*	2*	3*	0*	1*
bem-estar	: 3 :	0*	0*	0*	2*	1*
cidadania	: 3 :	0*	0*	1*	2*	
comunicação	: 3 :	1*	0*	1*	0*	1*
conceito	: 1 :	0*	0*	0*	0*	1*
condição	: 1 :	0*	0*	0*	0*	1*
conhecimento	: 2 :	0*	1*	0*	1*	
conquista	: 1 :	0*	0*	1*		
conscientização	: 1 :	0*	0*	0*	1*	
continuidade	: 1 :	0*	0*	1*		
cuidado	: 5 :	0*	3*	0*	1*	1*
determinantes	: 7 :	1*	0*	1*	2*	3*
direito	: 5 :	3*	0*	0*	1*	1*
educação	: 18 :	2*	5*	2*	5*	4*
moyenne : 3.22						
empoderamento	: 2 :	0*	0*	2*		

envolvimento	:	4	:	0*	1*	3*		
estilo-vida	:	2	:	1*	0*	0*	0*	1*
falta-negativo	:	5	:	1*	2*	0*	1*	1*
inclusao	:	2	:	0*	0*	0*	1*	1*
individualidade	:	2	:	0*	0*	0*	0*	2*
informação	:	4	:	1*	2*	0*	1*	
interdisciplinariedade	:	1	:	1*				
intersectorialidade	:	5	:	1*	2*	2*		
investimento	:	2	:	0*	1*	0*	1*	
mudança	:	2	:	1*	0*	0*	1*	
multiprofissional	:	2	:	0*	1*	1*		
orientação	:	1	:	0*	0*	0*	0*	1*
participação	:	1	:	0*	1*			
politica	:	8	:	3*	1*	3*	0*	1*
prevenção	:	13	:	6*	1*	3*	2*	1*
primicia								
principios-sus	:	3	:	1*	1*	0*	1*	
prioridade	:	1	:	0*	0*	0*	1*	
progresso	:	1	:	0*	0*	1*		
qualidade-vida	:	4	:	1*	2*	0*	0*	1*
recursos	:	3	:	1*	0*	1*	1*	
responsabilidade	:	2	:	0*	0*	0*	0*	2*
saude	:	2	:	0*	0*	0*	0*	2*
saude-coletiva	:	3	:	1*	1*	0*	1*	
trabalho	:	3	:	1*	0*	0*	2*	
tratamento	:	1	:	0*	0*	1*		
valorização	:	1	:	0*	1*			
vida-idade	:	2	:	1*	0*	1*		

moyenne : 2.31

DISTRIBUTION TOTALE : 170 : 34* 34* 34* 34* 34*
RANGS 6 ... 15 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0*
RANGS 16 ... 25 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0*
RANGS 26 ... 30 0* 0* 0* 0* 0*

Nombre total de mots differents : 49
Nombre total de mots cites : 170

moyenne generale : 3.00

DISTRIBUTION DES FREQUENCES

freq. *	nb. mots	* Cumul	evocations	et cumul	inverse
1 *	13	13	7.6 %	170	100.0 %
2 *	13	39	22.9 %	157	92.4 %
3 *	10	69	40.6 %	131	77.1 %
4 *	3	81	47.6 %	101	59.4 %
5 *	4	101	59.4 %	89	52.4 %
7 *	2	115	67.6 %	69	40.6 %
8 *	1	123	72.4 %	55	32.4 %
13 *	1	136	80.0 %	47	27.6 %
16 *	1	152	89.4 %	34	20.0 %
18 *	1	170	100.0 %	18	10.6 %

APÊNDICE O – Cálculo das Ordens Médias das Evocações Livres (RANGMOT) relativas ao Termo Indutor “Promoção da Saúde” dos Docentes que trabalham na Instituição/Curso 2 das Instituições pesquisadas – EVOC 2003

fichier initial : C:\Documents and Settings\user\Meus documentos\EVOC ENILMAR\promoção a saude\PROMOÇÃO GERAL\SFI\SFI.Tm2
 NOUS ALLONS RECHERCHER LES RANGS
 Nous avons en entree le fichier : C:\Documents and Settings\user\Meus documentos\EVOC ENILMAR\promoção a saude\PROMOÇÃO GERAL\SFI\SFI.Tm2
 ON CREE LE FICHER : C:\Documents and Settings\user\Meus documentos\EVOC ENILMAR\promoção a saude\PROMOÇÃO GERAL\SFI\SFI.dis et C:\Documents and Settings\user\Meus documentos\EVOC ENILMAR\promoção a saude\PROMOÇÃO GERAL\SFI\SFI.tm3

ENSEMBLE DES MOTS	RANGS					
	:FREQ.:	1 *	2 *	3 *	4 *	5 *
abordagem-coletiva	: 5 :	0*	0*	2*	1*	2*
acesso	: 4 :	0*	0*	1*	1*	2*
ajuda	: 3 :	1*	1*	0*	0*	1*
alimentação	: 5 :	0*	1*	1*	2*	1*
assistencia	: 11 :	1*	0*	3*	6*	1*
moyenne : 3.55						
atenção-basica	: 6 :	1*	3*	1*	0*	1*
atividade-fisica	: 5 :	1*	2*	1*	0*	1*
ação	: 3 :	0*	1*	1*	0*	1*
bem-estar	: 4 :	0*	0*	1*	0*	3*
caminho	: 1 :	0*	0*	0*	1*	
cidadania	: 1 :	0*	0*	1*		
comunicação	: 1 :	1*				
conceito	: 2 :	0*	0*	0*	2*	
condição	: 2 :	0*	0*	0*	1*	1*
conhecimento	: 5 :	1*	1*	1*	1*	1*
continuidade	: 1 :	0*	0*	0*	0*	1*
cuidado	: 6 :	1*	1*	2*	2*	
determinantes	: 10 :	1*	0*	2*	3*	4*
moyenne : 3.90						
educação	: 17 :	8*	2*	2*	3*	2*
moyenne : 2.35						
envolvimento	: 2 :	1*	1*			
estilo-vida	: 2 :	0*	1*	0*	0*	1*

falta-negativo	:	3	:	1*	0*	0*	0*	2*
filosofia-etica	:	1	:	0*	0*	0*	1*	
humanização	:	5	:	0*	0*	2*	1*	2*
inclusao	:	1	:	0*	1*			
informação	:	2	:	0*	1*	0*	1*	
interdisciplinariedade	:	6	:	0*	1*	2*	1*	2*
investimento	:	4	:	2*	0*	0*	1*	1*
liderança	:	1	:	0*	0*	1*		
multiprofissional	:	1	:	0*	0*	0*	0*	1*
orientação	:	4	:	1*	1*	1*	0*	1*
participação	:	3	:	0*	1*	0*	2*	
planejamento	:	1	:	0*	0*	0*	0*	1*
politica	:	3	:	1*	2*			
população	:	1	:	0*	1*			
prevenção	:	22	:	5*	8*	4*	4*	1*
primicia	:	3	:	0*	2*	1*		
principios-sus	:	9	:	3*	2*	2*	1*	1*
prioridade	:	1	:	0*	0*	0*	0*	1*
qualidade-vida	:	6	:	5*	0*	1*		
realidade	:	1	:	0*	0*	0*	1*	
recursos	:	5	:	1*	2*	0*	1*	1*
responsabilidade	:	1	:	0*	0*	1*		
saneamento	:	4	:	0*	1*	3*		
saude	:	3	:	1*	1*	1*		
saude-coletiva	:	1	:	0*	0*	1*		
sentimento	:	3	:	0*	2*	0*	1*	
simplicidade	:	1	:	1*				
sus	:	3	:	2*	0*	0*	0*	1*
trabalho	:	1	:	0*	0*	0*	1*	
tratamento	:	3	:	0*	0*	1*	1*	1*
vida-idade	:	1	:	0*	0*	0*	0*	1*

moyenne : 2.45

DISTRIBUTION TOTALE : 200 : 40* 40* 40* 40* 40*

RANGS	6 ... 15	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*
RANGS	16 ... 25	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*
RANGS	26 ... 30	0*	0*	0*	0*	0*						

Nombre total de mots differents : 52
 Nombre total de mots cites : 200

moyenne generale : 3.00

DISTRIBUTION DES FREQUENCES

freq. *	nb. mots	* Cumul	evocations	et	cumul	inverse
1 *	17	17	8.5 %	200	100.0 %	
2 *	5	27	13.5 %	183	91.5 %	
3 *	10	57	28.5 %	173	86.5 %	
4 *	5	77	38.5 %	143	71.5 %	
5 *	6	107	53.5 %	123	61.5 %	
6 *	4	131	65.5 %	93	46.5 %	
9 *	1	140	70.0 %	69	34.5 %	
10 *	1	150	75.0 %	60	30.0 %	
11 *	1	161	80.5 %	50	25.0 %	
17 *	1	178	89.0 %	39	19.5 %	
22 *	1	200	100.0 %	22	11.0 %	

APÊNDICE P – Cálculo das Ordens Médias das Evocações Livres (RANGMOT) relativas ao Termo Indutor “Promoção da Saúde” dos Docentes que trabalham na Instituição/Curso 3 das Instituições pesquisadas – EVOC 2003

fichier initial : C:\Documents and Settings\user\Meus documentos\EVOC ENILMAR\promoção a saude\PROMOÇÃO GERAL\SFU\SFU.Tm2
 NOUS ALLONS RECHERCHER LES RANGS
 Nous avons en entree le fichier : C:\Documents and Settings\user\Meus documentos\EVOC ENILMAR\promoção a saude\PROMOÇÃO GERAL\SFU\SFU.Tm2
 ON CREE LE FICHER : C:\Documents and Settings\user\Meus documentos\EVOC ENILMAR\promoção a saude\PROMOÇÃO GERAL\SFU\SFU.dis et C:\Documents and Settings\user\Meus documentos\EVOC ENILMAR\promoção a saude\PROMOÇÃO GERAL\SFU\SFU.tm3

ENSEMBLE DES MOTS	RANGS					
	:FREQ.:	1 *	2 *	3 *	4 *	5 *
abordagem	: 1 :	0*	1*			
abordagem-coletiva	: 10 :	3*	5*	2*		
moyenne : 1.90						
abstração	: 1 :	0*	0*	0*	0*	1*
acesso	: 3 :	1*	1*	0*	1*	
adequação	: 1 :	0*	1*			
ajuda	: 1 :	0*	0*	0*	0*	1*
alimentação	: 8 :	3*	1*	0*	4*	
assistencia	: 4 :	1*	1*	1*	1*	
atenção	: 4 :	0*	1*	0*	0*	3*
atenção-basica	: 5 :	1*	0*	1*	2*	1*
atividade-fisica	: 8 :	1*	2*	2*	1*	2*
atividade-grupo	: 1 :	0*	0*	1*		
ação	: 4 :	0*	2*	0*	2*	
bem-estar	: 2 :	0*	1*	0*	1*	
cidadania	: 1 :	0*	0*	0*	0*	1*
coletiva	: 1 :	0*	1*			
comunicação	: 2 :	0*	0*	0*	1*	1*
conceito	: 2 :	0*	0*	2*		
concientização	: 1 :	0*	0*	0*	0*	1*
condição	: 2 :	0*	0*	2*		
conhecimento	: 2 :	0*	0*	1*	0*	1*

conquista	:	2	:	1*	0*	0*	1*	
conscientização	:	6	:	1*	2*	0*	1*	2*
cuidado	:	8	:	4*	2*	1*	0*	1*
determinantes	:	4	:	2*	1*	1*		
educação	:	21	:	7*	4*	2*	5*	3*
moyenne :		2.67						
empoderamento	:	1	:	0*	0*	0*	1*	
envolvimento	:	5	:	0*	0*	0*	1*	4*
epidemiologia	:	1	:	0*	0*	1*		
estilo-vida	:	7	:	0*	1*	2*	1*	3*
falta-negativo	:	5	:	2*	2*	1*		
filosofia-etica	:	1	:	0*	1*			
humanização	:	2	:	0*	0*	1*	1*	
humanização	:	1	:	0*	0*	0*	1*	
individualidade	:	3	:	0*	1*	0*	1*	1*
influencia	:	1	:	0*	1*			
informação	:	7	:	2*	1*	3*	1*	
interdisciplinariedade	:	3	:	0*	0*	1*	2*	
intersectorialidade	:	1	:	0*	0*	0*	0*	1*
investimento	:	4	:	1*	1*	1*	0*	1*
lucro	:	1	:	0*	1*			
mudança	:	5	:	1*	1*	2*	1*	
multiprofissional	:	4	:	1*	0*	1*	0*	2*
orientação	:	6	:	2*	0*	1*	3*	
planejamento	:	2	:	1*	0*	0*	0*	1*
politica	:	14	:	2*	3*	4*	3*	2*
moyenne :		3.00						
prevenção	:	31	:	7*	6*	3*	8*	7*
moyenne :		3.06						
primicia	:	1	:	0*	1*			
princípios-sus	:	2	:	0*	1*	1*		
qualidade-vida	:	7	:	2*	1*	4*		
recursos	:	1	:	0*	0*	0*	1*	
respeito	:	2	:	0*	0*	0*	1*	1*

responsabilidade	:	1	:	0*	0*	1*					
saneamento	:	3	:	1*	0*	0*	1*	1*			
saude	:	4	:	1*	0*	0*	1*	2*			
saude-coletiva	:	2	:	1*	0*	0*	1*				
sentimento	:	2	:	0*	0*	1*	0*	1*			
sucesso	:	1	:	1*							
sus	:	1	:	0*	0*	0*	0*	1*			
territorialização	:	2	:	0*	0*	2*					
trabalho	:	2	:	0*	0*	0*	0*	2*			
tratamento	:	6	:	0*	1*	4*	0*	1*			
valorização	:	1	:	0*	1*						
vida-idade	:	2	:	0*	1*	0*	1*				

DISTRIBUTION TOTALE	:	250	:	50*	51*	50*	50*	49*			
RANGS 6 ... 15		0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*
RANGS 16 ... 25		0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*
RANGS 26 ... 30		0*	0*	0*	0*	0*					

Nombre total de mots differents : 64
 Nombre total de mots cites : 250

moyenne generale : 2.99

DISTRIBUTION DES FREQUENCES

freq.	* nb. mots	* Cumul	evocations et	cumul inverse
1 *	21	21	8.4 %	250 100.0 %
2 *	15	51	20.4 %	229 91.6 %
3 *	4	63	25.2 %	199 79.6 %
4 *	7	91	36.4 %	187 74.8 %
5 *	4	111	44.4 %	159 63.6 %
6 *	3	129	51.6 %	139 55.6 %
7 *	3	150	60.0 %	121 48.4 %
8 *	3	174	69.6 %	100 40.0 %
10 *	1	184	73.6 %	76 30.4 %
14 *	1	198	79.2 %	66 26.4 %
21 *	1	219	87.6 %	52 20.8 %
31 *	1	250	100.0 %	31 12.4 %