



Representações sociais da saúde para estudantes universitários

Social representations of health by university students

Lucas Vieira Machado¹, Marieli Mezari Vitali^{2*}, Amanda Castro³, Cristiane Damiani Tomasi⁴,
Jacks Soratto⁵

¹Acadêmico de Psicologia da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Brasil. ² Mestranda vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Brasil. ³ Professora vinculada ao departamento de Psicologia da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC) e Centro Universitário Estácio de Sá, Brasil. ⁴Professora vinculada ao Mestrado Profissional e Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Brasil. ⁵Professor vinculado ao Mestrado Profissional e Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Brasil.

*Autor correspondente: Marieli Mezari Vitali - E-mail: marielimezari@gmail.com

RESUMO

As representações sociais implicam a explicação da realidade, a orientação da ação no mundo e a justificção de comportamentos. No que se refere às representações sociais da saúde, elas podem estar associadas às práticas sociais. O objetivo deste estudo foi compreender as representações sociais de saúde para universitários de cursos da área da saúde de uma universidade do Sul Catarinense. Trata-se de um estudo qualitativo ancorado na Teoria das Representações Sociais e realizado por meio de um teste de evocção livre de palavras com 233 estudantes matriculados em uma instituição de ensino superior. A análise dos dados se deu mediante análise de similitude e análise prototípica, com o auxílio do software *IraMuTeQ*. Os resultados destacaram o bem-estar como elemento central, compreendido também por seus aspectos físicos, psicológicos e sociais. A compreensão vinculada à ausência de doenças também foi enfatizada por alguns participantes, ao passo que outros partem do princípio da promoção e prevenção de saúde. O cuidado com o corpo também surgiu como um dos primeiros elementos quando os universitários pensam em saúde. Destacam-se ainda representações de saúde baseadas em patologias e na ausência de doenças, voltadas ao fator biológico.

Palavras-chave: Estudantes. Representações sociais. Saúde.

ABSTRACT

Social representations imply explaining reality, guiding action in the world and justifying behaviors. As for social representations of health, they may be associated with social practices. The aim of this study was to understand the social representations of health by university students in health courses at a university in Southern Santa Catarina. It is a qualitative study based on the Theory of Social Representations, carried out through a free word evocation test with 233 students enrolled in a higher education institution. Data analysis was carried out through similarity analysis and prototypical analysis, with the aid of *IraMuTeQ* software. The results highlight well-being as a central element, also understood by its physical, psychological and social aspects. The understanding linked to the absence of disease was also emphasized by some participants, while others started from the principle of health promotion and prevention. Body care also appears as one of the first elements when university students think about health. Health representations based on pathologies and the absence of disease, focused on the biological factor, were also highlighted.

Keywords: Health. Students. Social representations.

Recebido em Maio 18, 2020
Aceito em Setembro 09, 2020

INTRODUÇÃO

Há diversas formas de compreensão sobre o que significa saúde, conceito que necessariamente transita por fatores sociais, culturais, econômicos, políticos e religiosos¹. Inicialmente, a Organização Mundial da Saúde (OMS)² a define como estado de completo bem-estar físico, mental e social, não apenas ausência de doenças e enfermidades. Isso foi importante para o cenário histórico de sua sustentação, porém há muito tempo é alvo de críticas pelo seu caráter utópico.

Não obstante, os determinantes sociais da saúde e outras dimensões, como as psicossociais, têm sido considerados, indicando uma possível mudança do modelo fragmentador flexneriano, ainda predominante^{1,3}. Compreender como apresentam-se essas definições é um dos objetivos dos estudos de representações sociais (RS), pois uma representação social sempre está simbolizando algo, constituindo-se em uma estruturação simbólica do objeto que representa⁴.

As RS têm papel essencial na dinâmica das relações e nas práticas sociais e apresentam quatro funções⁵. A primeira é a função de saber, pois permite aos indivíduos a compreensão e a explicação da realidade, facilitando a comunicação social. A segunda é a identitária, pois, por meio das RS, os grupos constituem suas identidades sociais e sustentam suas especificidades. A terceira é a de orientação, em que a decodificação da realidade se torna uma referência para a ação no mundo. Por último, apresenta-se a função justificadora, pois as representações sociais orientam os comportamentos e permitem igualmente realizar a justificção deles *a posteriori*.

Os estudos a respeito de representações sociais na e sobre a saúde possuem um número expressivo de produções que contemplam diversas temáticas e grupos populacionais^{6,9}. Enquanto a perspectiva de investigar acadêmicos foi adotada por pesquisas com outras bases teóricas, por exemplo, ao intentar verificar o entendimento acerca de saúde entre 233 universitários da área da saúde, identificou-se a polissemia de compreensões, com destaque

para a percepção de bem-estar e equilíbrio¹. Em outro trabalho, os autores buscaram compreender a definição de “saúde da família e comunidade” para estudantes universitários da área da saúde a partir da criação artística com recorte e colagem. Os resultados indicaram a importância da Estratégia Saúde da Família na inclusão de cuidados de saúde a populações negligenciadas¹⁰.

No que tange às representações sociais, destaca-se o estudo da doença. Em uma pesquisa voltada para examinar as RS dela e associá-las aos usos e significados de práticas integrativas com 223 estudantes do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde, os autores indicam a doença relacionada ao desequilíbrio. Além disso, as práticas integrativas dos participantes estavam atreladas a benefícios na saúde e qualidade de vida¹¹. Outros estudos com base na perspectiva teórica adotada no presente estudo focaram doenças específicas, como as representações sociais da “doença mental”¹², as de pessoas com vitiligo¹³ e as de infecções sexualmente transmissíveis¹⁴.

Nesse contexto, destacam-se como inovação deste trabalho o estudo da saúde e a opção por contemplar as RS de estudantes universitários que serão futuros profissionais de saúde, o que denota a relevância dele. Nesse sentido, busca-se compreender as representações sociais da saúde para universitários de cursos vinculados à área da saúde de uma universidade do Sul Catarinense.

METODOLOGIA

O presente estudo é do tipo exploratório descritivo¹⁵ de abordagem mista, qualitativa e quantitativa, ancorado nos preceitos teóricos das representações sociais^{5,16}. A utilização de métodos mistos é importante para a investigação de fenômenos complexos na área da saúde, pois possibilita a coleta e análise de dados complementares¹⁷.

Os participantes da pesquisa foram 233 estudantes com mais de 18 anos e regularmente matriculados em cursos de graduação da área da

saúde em uma universidade comunitária, localizada no sul de Santa Catarina, e que responderam a todas as perguntas. A coleta de dados ocorreu entre agosto e setembro de 2017 por meio de um formulário eletrônico enviado pelas coordenações de cursos ao e-mail dos acadêmicos. A mensagem continha informações referentes ao objetivo da pesquisa, contatos para esclarecimento de dúvidas e um link para acessar o instrumento. Havia também uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com a opção de aceite ou não de participação da pesquisa, o qual precisava ser preenchido antes de começar a responder às questões.

Os estudantes responderam a perguntas de caracterização da amostra e fizeram um teste de evocação livre de palavras, o qual solicita que associem cinco palavras que surgem na memória diante de um termo indutor – no caso, saúde.

Para análise dos dados, foram realizadas a análise de similitude e a análise prototípica, com o auxílio do software *IraMulTeQ*. Os dados da evocação foram transferidos para uma planilha, indicando as frequências de evocação, para que pudessem ser investigadas as coocorrências (co) entre as palavras (análise de similitude), a frequência e a ordem de evocação (análise prototípica).

A análise de similitude busca a obtenção do núcleo central da representação, compreende os elementos consensuais que definem a representação e organiza os demais, sendo geralmente mais abstratos^{5, 18}. Em contrapartida, as zonas periféricas referem-se a pontos particulares das representações que possibilitam aos indivíduos se adaptarem às situações do dia a dia. Compreendem elementos individualizantes, organizados pelos elementos centrais¹⁸. Essa análise foi materializada por uma figura na qual as arestas indicam que quando o sujeito pensa em uma palavra, esta está vinculada a outra. Os números em cima das arestas apontam a quantidade de coocorrência entre as palavras. A palavra central é aquela de maior frequência e coocorrência.

Por sua vez, a análise prototípica é um recurso que possibilita identificar o compartilhamento de elementos da representação social por meio dos

consensos intragrupo de maneira quantitativa ao considerar um ponto de corte. As palavras são classificadas, com base no ponto de corte, em alto ou baixo, sendo posteriormente organizadas em quatro zonas que irão compor os resultados dessa análise¹⁸.

Ainda, todos os preceitos éticos foram respeitados durante a pesquisa, a qual foi avaliada e aprovada pelo Comitê de Ética local sob parecer n. 2.201.297.

RESULTADOS

Com relação aos participantes do estudo, houve o predomínio de mulheres, com idade de 20 a 24 anos e renda entre três e quatro salários mínimos. Os cursos de nutrição, psicologia e medicina foram os que tiveram maior adesão, principalmente dos acadêmicos dos primeiros, segundos e oitavos semestres.

Os resultados estruturam-se na descrição da análise de similitude (Figura 1) e análise prototípica (Tabela 1). Na análise de similitude, a palavra “bem-estar” surge como elemento central vinculada às palavras “equilíbrio” ($c^* = 26$), “alimentação” ($c = 21$), “felicidade” ($c = 20$), “mente” ($c = 13$), “disposição” ($c = 11$), “qualidade de vida” ($c = 11$), “harmonia” ($c = 8$), “saudável” ($c = 6$), “cuidado” ($c = 6$), “vida” ($c = 5$), “ausência de doenças” ($c = 4$), “autonomia” ($c = 3$), “satisfação” ($c = 2$), “trabalho” ($c = 2$), “conhecimento” ($c = 2$), “tranquilidade” ($c = 2$), “educação” ($c = 2$) e “família” ($c = 2$).

A análise prototípica é fruto dos resultados obtidos no teste de evocação livre das cinco primeiras palavras que vieram à mente dos participantes quando convidados a pensar sobre “saúde”; foram identificadas 802 evocações de 211 palavras diferentes. A frequência média (F) das evocações foi de 13,13, e a ordem média de evocação (OME), 2,32. Foi possível verificar que as palavras prontamente evocadas e com maior frequência estão associadas a aspectos subjetivos relativos a bem-estar e aspectos objetivos relativos ao cuidado com o corpo.

* Coocorrência.

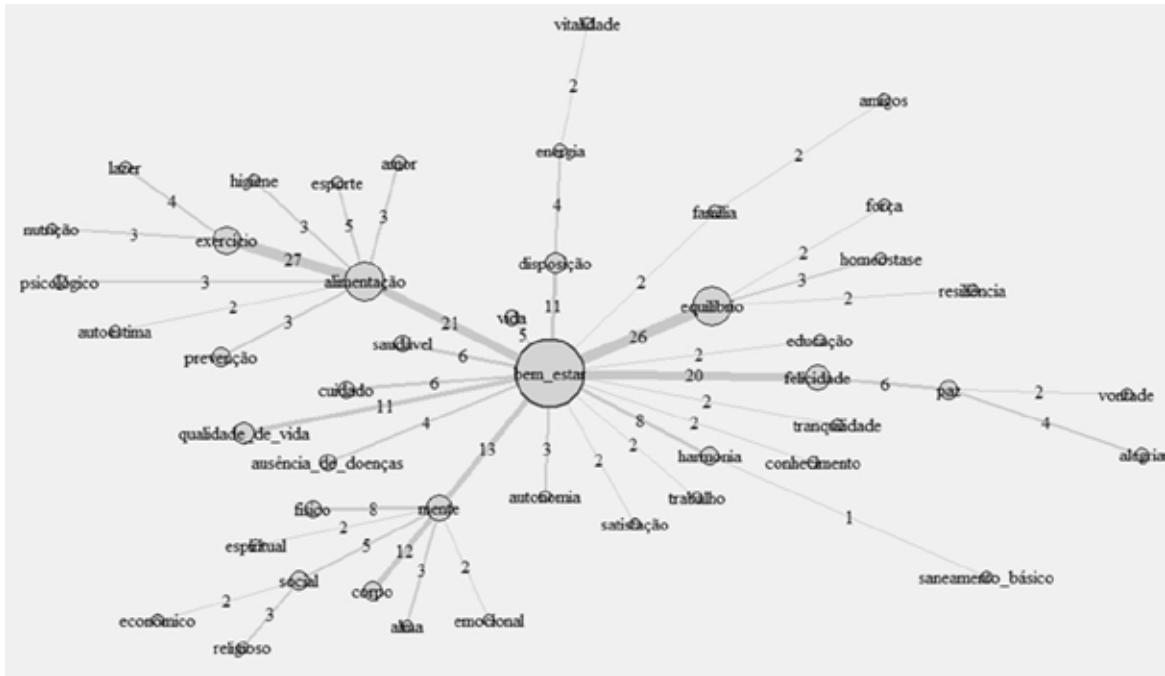


Figura 1. Análise de similitude: Saúde como bem-estar.

Tabela 1. Evocações a partir do termo indutor “saúde” – aplicação inicial (n = 802)

		OME < 2,32		OME > 2,32		
	Elemento	F	OME	Elemento	F	OME
$f \geq 13,13$	Bem-estar	114	1,7	Exercício	34	2,5
	Equilíbrio	54	2,1	Mente	29	2,4
	Alimentação	53	2,1	Disposição	21	2,9
	Felicidade	31	2,0	Paz	15	2,8
	Qualidade de vida	22	2,0	Social	14	3,3
	Harmonia	15	2,2	Prevenção	14	2,7
	Corpo	14	1,9			
	Cuidado	12	2,1	Ausência de doenças	12	2,5
	Saudável	11	2,2	Alegria	9	2,6
	Físico	11	1,7	Vida	9	3,4
	$f < 13,13$	Esporte	5	2,0	Energia	8
Lazer		5	2,2	Amor	6	3,2
Autoestima		5	2,0	Psicológico	6	2,8
Homeostase		4	1,8	Tranquilidade	5	2,4
Trabalho		3	2,0	Conhecimento	5	3,2
Vitalidade		3	2,3	Higiene	5	3,0
Resiliência		3	1,7	Família	5	3,2
				Satisfação	4	2,5
				Educação	4	2,8
				Força	4	4,2
				Econômico	3	3,7
			Alma	3	3,3	
			Religioso	3	5,0	

(Conclusão)

OME < 2,32			OME > 2,32		
Elemento	F	OME	Elemento	F	OME
			Emocional	3	3,3
			Amigos	3	4,0
			Espiritual	3	3,7
			Vontade	3	4,7
			Nutrição	3	3,7
			Saneamento básico	3	2,7
			Autonomia	3	3,0

OME < 2,32: ordem média de evocação inferior a 2,32; OME > 2,32: ordem média de evocação superior a 2,32; OME: ordem média de evocação; F: frequência; $f \geq 13,13$: frequência de evocação de palavras igual ou superior a 13,13; $f < 13,13$: frequência de evocação de palavras inferior a 13,13.

DISCUSSÃO

ANÁLISE DE SIMILITUDE: BEM-ESTAR COMO NÚCLEO CENTRAL DAS REPRESENTAÇÕES SOBRE SAÚDE

Neste estudo, saúde surge como sinônimo de bem-estar e parece estar relacionada com a capacidade do indivíduo em manter equilíbrio/harmonia, cuidar da alimentação, permanecer ativo, praticar o autocuidado, com qualidade de vida, evitar doenças, conviver com a família, buscar conhecimento/educação e ter tranquilidade/felicidade. Esses resultados apontam para uma dicotomia da compreensão sobre saúde: de um lado, há a percepção a partir dos conceitos de promoção da saúde por alguns acadêmicos; de outro, alguns ainda associam o entendimento dentro dos moldes biomédicos. Considerando-se as políticas de atenção à saúde voltadas ao conceito ampliado de saúde, quando os acadêmicos revelam uma compreensão dentro dos moldes biomédicos, suscita-se um descompasso entre o que se preconiza como organização dos serviços de saúde e profissionais que atuam e atuarão dentro desse mesmo sistema.

Promoção de saúde é definida pelo Ministério da Saúde¹⁹ como estratégias de produção de saúde e possui como base um trabalho multidisciplinar, articulado socialmente e voltado a indivíduos e grupos, bem como a integralidade da assistência,

sem qualquer tipo de discriminação. Já a prevenção em saúde é marcada pelo conjunto de ações que visam a evitar o surgimento de doenças por meio da diminuição da exposição a fatores de risco²⁰.

A autonomia para tomada de decisão em saúde, bem como desenvolvimento de autocuidado adequado, perpassa as estratégias de promoção de saúde, pois estas são capazes de instrumentalizar os indivíduos²¹. Além disso, debater a respeito da temática pode implicar a transformação acerca de saúde e, possivelmente, contribuir para a transformação social visando à equidade, conforme preconiza o Sistema Único de Saúde (SUS)²².

A palavra “equilíbrio” surge vinculada às palavras “homeostase” (c = 3), “força” (c = 2) e “resiliência” (c = 2). Por um lado, está associado a fatores internos, e o indivíduo é o responsável pelo próprio equilíbrio, logo, saúde. Pensar que ele é o responsável pela própria saúde é algo questionável se não forem levadas em consideração outras variáveis, como o meio em que vive e o poder econômico. Além disso, decorrente desse pensamento, o sujeito seria também o responsável pelos custos que o Estado teria devido a sua falta de cuidado com a própria saúde. Essa culpabilização é instigada pelas mídias, em que o discurso reforça estereótipos de que pessoas magras são saudáveis, e as obesas ou com sobrepeso, ditas como desleixadas, preguiçosas ou doentes²³⁻²⁴. Evidencia-se, portanto, que culpabilizar o sujeito

não acarretará um ganho, mas reforça estereótipos e exclui pessoas.

Em estudo envolvendo pacientes que sofreram AVC e realizam tratamento na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e os profissionais que ali atuam identificou em algumas falas²⁵ a questão da culpabilização do doente quanto ao baixo progresso. Na medida em que o profissional atribui a culpa ao indivíduo pela ausência de saúde, sem reconhecer seu papel nesse fracasso, ele reforça um modelo biomédico centrado no saber profissional que impõe ao indivíduo, em vez de dialogar com ele, e o afasta dos serviços de saúde.

A palavra “alimentação” surge vinculada às palavras “exercício” (c = 27), “esporte” (c = 5), “amor” (c = 3), “higiene” (c = 3), “psicológico” (c = 3), “prevenção” (c = 3) e “autoestima” (c = 2). Nesse sentido, se associa à manutenção do corpo, dos aspectos psicológicos e de afetividade.

Existe hoje um padrão de beleza estabelecido socialmente que exige um corpo ‘perfeito’; no entanto, a fim de alcançar esse objetivo, muitos indivíduos se submetem a diversas dietas alimentares. Embora possam demonstrar resultados em curto prazo, estudos apontam certa relação entre transtornos alimentares e psicológicos com a prática desses regimes, pois podem causar significativas consequências psicológicas negativas, como alterações na autoestima, no afeto, na cognição e no comportamento alimentar. Em muitos casos, o peso que inicialmente foi eliminado acaba retornando após determinado período, o que pode provocar frustração, desânimo e não identificação com o corpo²⁶. Destaca-se, portanto, a necessidade do acompanhamento de profissionais de saúde em relação aos procedimentos que influenciam corpo e mente.

A palavra “felicidade” surge vinculada à palavra “paz” (c = 6) e é associada a tranquilidade e ausência de conflitos; está relacionada às relações familiares, à espiritualidade e, também, à saúde²⁷. A proximidade da família se mostra como fator contribuinte para a satisfação com a vida, independentemente da situação conjugal das participantes, o que evidencia o papel de relações saudáveis para o bem-estar.

A palavra “mente” surge vinculada às palavras “corpo” (c = 12), “físico” (c = 8), “social” (c = 5), “alma” (c = 3), “espiritual” (c = 2) e “emocional” (c = 2). Sendo assim, embora ela se relacione a uma parte física do corpo, ainda existe a associação a algo não físico, portanto mais subjetivo, espiritual e ligado ao social.

Por muito tempo, a relação entre espiritualidade e saúde não foi aceita. Compreende-se espiritualidade como “a busca de significado e sentido para a vida, em dimensões que transcendem o tangível, que elevam o coração e o sentir humano à experiência com algo maior que o seu existencial”^{28,89}. Embora a discussão ainda esteja no início, já é perceptível que a espiritualidade e a religião podem contribuir para o bem-estar. Por um lado, a crença pode ser útil em momentos difíceis em que o indivíduo precise de novas esperanças; por outro, devido à religião, ele pode ser contrário a algum procedimento clínico que vá de encontro às suas crenças – nesse caso, a religião seria um fator negativo ao bem-estar pessoal²⁸. Dessa maneira, as crenças podem interferir na qualidade de vida dos indivíduos.

Ainda surge a indissociação entre mente e corpo. Apesar de reflexões acerca da integralidade, é comum os cursos da área da saúde focarem as patologias. Há uma carência nas ciências da saúde em estudar o homem com base em suas potencialidades, que articule realmente a funcionalidade orgânica com a dinâmica psíquica²⁹.

A palavra “disposição” surge vinculada à palavra “energia” (c = 4) e se relaciona com a disponibilidade em realizar ações, manter-se ativo. A realização de atividades físicas em idade adulta auxilia na performance no trabalho e estende-se à preservação da saúde³⁰. Em contrapartida, considerar que manter um estilo de vida ativo é algo que depende apenas do indivíduo traz como consequência culpá-lo também por não fazê-lo. Não praticar atividades físicas pode estar associada a uma condição limitante implicada por outros fatores, e não necessariamente uma escolha. É necessário analisar a realidade socioeconômica e perceber se ela permite que o sujeito tenha essa autonomia sobre seus comportamentos³¹.

Cada sujeito tem a própria realidade e, a partir dela, estabelece o que poderá realizar.

A palavra “harmonia” surge vinculada a “saneamento básico” ($c = 1$), ocorrendo a associação entre a manutenção do bem-estar também mediante o tratamento de água e esgoto. A falta de qualidade em serviços de saneamento básico gera diversos prejuízos tanto em relação à natureza quanto à população³². Nesta última, a problemática encontra-se vinculada à qualidade de vida, que pode ser comprometida com doenças ou até mesmo o óbito³², o que justifica sua relevância como condicionante da saúde.

Os condicionantes sociais em saúde são compreendidos como os aspectos sociais, econômicos, psicológicos, etnicorraciais e culturais³³. Desse modo, a representação de saúde parece abranger dimensões sociais e culturais, para além dos fatores psicológicos e fisiológicos; isso implica a necessidade de considerar múltiplos fatores para intervenções em promoção de saúde, ultrapassando o modelo biomédico para adentrar outro, o biopsicossocial.

A palavra “família” surge vinculada à palavra “amigos” ($c = 2$), sendo assim ocorre associação a laços afetivos, a saúde relacionada ao bem-estar social. O vínculo possibilita a corresponsabilização pela qualidade de vida dos sujeitos: conforme são estabelecidos laços afetivos, de confiança, respeito e valorização dos conhecimentos do outro, se propicia o acesso a relações de cuidado³⁴. Dessa maneira, identificam-se as relações sociais como importantes para a saúde. Quanto a isso, o fortalecimento de vínculos pode ser uma significativa forma de promoção de saúde, que possibilita a renovação de vínculos familiares, de amizade, espirituais, sociais, de lazer, que podem também servir como estratégia de reabilitação psicossocial³⁵.

A palavra “social” surge vinculada às palavras “religioso” ($c = 3$) e “econômico” ($c = 2$), o que significa que os aspectos sociais da saúde aparecem influenciados pelo status financeiro e normativas religiosas. A religião é entendida como “um sistema de crenças, caracterizada por rituais e valores a serem adotados por uma comunidade”^{28:88} e também representa algo que possibilita conforto e gera bem-

estar e esperanças no enfrentamento de situações³⁶. Nesse sentido, ela é vista como um elemento positivo que visa ao bem-estar de seus adeptos.

Já o aspecto econômico pode ser relacionado a diversos fatores, como o investimento público no Sistema Único de Saúde³⁷. Contudo, o contexto ao qual se associa na análise de similitude demonstra estar ligado principalmente a fatores econômicos individuais que possibilitam o acesso a mecanismos considerados geradores de saúde (medicamentos, psicoterapia, academia e lazer, entre outros).

A palavra “paz” surge vinculada às palavras “alegria” ($c = 4$) e “vontade” ($c = 2$) e se associa ao desejo do indivíduo, ou seja, à escolha dele. Entretanto, considerando os múltiplos fatores que afetam a saúde, incluindo as crenças dos sujeitos, é possível questionar: a saúde seria uma escolha, uma vontade?

Existem alguns aspectos motivadores que levam as pessoas a adotarem comportamentos considerados mais saudáveis, como autorrealização, necessidades fisiológicas e de segurança. A busca por alimentos benéficos ao corpo é motivada por questões: de estética, quando o sujeito quer manter sua aparência dentro dos padrões sociais; de saúde, vinculada à prevenção de doenças e melhoria das condições existentes; de energia, relativo a ter condições de manter-se ativo e realizar atividades diárias; de funcionamento do corpo, contribuindo para os processos naturais e bem-estar; e, por fim, de prazer, que tem a ver com uma experiência sensorial agradável³⁸. Sendo assim, a escolha é feita mediante um objeto já definido previamente.

A palavra “exercício” surge vinculada às palavras “lazer” ($c = 4$) e “nutrição” ($c = 3$) e está associada a satisfação pessoal e a um estilo de vida que se preocupa com o corpo. Em uma pesquisa realizada com jovens universitários foi relatada que a relação estética é associada à saúde para justificar as ações cujo objetivo é modelar o corpo, quando na verdade a meta é tentar alcançar o padrão estabelecido como ‘belo’³⁹. Portanto, o aspecto estético pode representar uma possível zona muda da representação social, resultante de pressões normativas, que sugere um

discurso político e socialmente correto, sem se distanciar do grupo à qual pertence⁴⁰.

ANÁLISE PROTOTÍPICA: PROMOÇÃO E PREVENÇÃO DE SAÚDE

O quadrante superior esquerdo da Tabela 1 constitui-se dos elementos mais frequentes e instantaneamente evocados pelos sujeitos e que abrange as concepções mais possíveis de conceber o núcleo central da representação⁴¹. Nesse quadrante, destacam-se “bem-estar”, “equilíbrio”, “alimentação”, “felicidade”, “qualidade de vida”, “harmonia” e “corpo”, os quais são os prováveis elementos centrais da representação.

Tais palavras apresentam uma conotação de promoção de saúde englobando estratégias vinculadas à saúde do corpo. Semelhantemente, aspectos subjetivos vinculados à emoção ressaltam a relevância de promover saúde emocional a adolescentes, visto que nessa etapa da vida, permeada por mudanças corporais, a ansiedade e a depressão têm sido os mais frequentes motivos de sofrimentos emocionais⁴². Assim, promover saúde refere-se ao cuidado com o corpo e com a mente, visto que ambos são importantes para o bem-estar do indivíduo.

Os elementos do quadrante superior direito e inferior esquerdo não constituem o núcleo central, mas estão em uma posição próxima, integrando o sistema periférico. São a parte mais acessível da representação, que permite mudanças de atitudes sem alterá-la profundamente¹⁶. Fazem parte do quadrante superior direito “exercício”, “mente”, “disposição”, “paz”, “social” e “prevenção”. Portanto, a parte mais acessível à intervenção das crenças dos participantes se refere a um núcleo de prevenção em que o exercício traria disposição, e o estado mental poderia propiciar paz. Além disso, nesse quadrante o apoio social para o estabelecimento da saúde surge como relevante. A prevenção diz respeito à antecipação em relação a futuros acontecimentos indesejáveis – em relação à saúde, trata-se de ter prudência para evitar doenças⁴³. Assim, percebe-se a palavra “prevenção” como um elemento necessário para que um indivíduo permaneça gozando de saúde.

Entre os elementos do quadrante inferior esquerdo destacam-se “cuidado”, “saudável”, “físico”, “esporte”, “lazer”, “autoestima”, “homeostase”, “trabalho”, “vitalidade” e “resiliência”. Ali, apresentam-se aspectos que podem favorecer ou desfavorecer a saúde, tais como “trabalho”, “autoestima” e “cuidado”.

A organização e a gestão do trabalho podem ser determinantes no processo de saúde-doença, as chamadas gestões *by stress*; ou seja, se utilizam do estresse como estimulante de produção, contribuem para o adoecimento dos trabalhadores ao mesmo tempo que invisibilizam tal adoecimento⁴⁴. Nesse sentido, entende-se que o sujeito deve ser o próprio gestor de equilíbrio da saúde, do seu cuidado e homeostase, sem considerar os fatores que de fato implicam o adoecimento. Ainda, a forma como estes ocorrem pode afetar a autoimagem do indivíduo e, conseqüentemente, a resiliência e saúde dele.

A resiliência consiste em um fenômeno construído gradativamente a partir das vivências do indivíduo em seu contexto social e cultural⁴⁵. Ou seja, experiências e desafios fazem-no desenvolver a capacidade de superar situações adversas.

No quadrante inferior esquerdo, estão presentes também elementos como “esporte” e “lazer”. A prática do esporte e o lazer possibilitam processos de socialização e ao mesmo tempo educam, informalmente, os sujeitos⁴⁶. Portanto, entende-se a importância desses aspectos para aproximar as pessoas, visando ao caráter social da saúde.

O quadrante inferior direito é composto pela periferia distante do núcleo; ali está prevista a saúde emocional, caracterizada pelas palavras “psicológico”, “emocional”, “alegria”, “amor”, “tranquilidade” e “satisfação”. Surge uma representação de saúde marcada pelo bem-estar e saúde mental, contudo são escassos, na literatura, os estudos que investigam essa perspectiva. Ao se buscar sobre saúde mental, destacam-se estudos acerca de doenças, com enfoque em transformar problemas que outrora eram considerados parte da vivência humana, como patologias, e, como tais, passíveis de tratamentos medicamentosos⁴⁷.

Compreende-se medicalização como meio de controlar as emoções e evitar sentimentos negativos, mas questiona-se: a saúde consiste em alegria interminável? Reconhecer sentimentos, mesmo que negativos, não seria saudável? O mal-estar compõe uma das características de adaptação do ser humano, e quando se sente satisfeito procura por novas necessidades⁴⁸. Sendo assim, perpetua-se a busca pela satisfação que se faz por meio de um desequilíbrio, com o emocional baseado em não sentir, ou seja, não há um completo bem-estar. Identifica-se que, apesar de os estudantes participantes começarem a olhar para saúde sob outra perspectiva, muitos estudos atuais não englobam esse entendimento.

Ainda no quadrante inferior direito, a saúde social é identificada pelas palavras “família” e “amigos”. Além disso, surge a saúde sob a perspectiva espiritual com as palavras “alma”, “religioso” e “espiritual”. A rede social e a espiritualidade já foram destacadas anteriormente. No mesmo quadrante, aparecem palavras como “força”, “energia”, “vontade” e “autonomia”, aspectos individuais concernentes à saúde. Entretanto, “autonomia” surge como referência à importância da manutenção da capacidade funcional como um elemento de saúde. Em relação a ela, “sua ampliação é protetora à saúde assim como, inversamente, a restrição de autonomia é fator de risco elementar na cadeia causal dos principais grupos de agravos e patologias”^{49:2120}. Sendo assim, por vezes a autonomia pode ser vista como um meio de quantificar a qualidade de vida de uma pessoa.

As palavras “econômico”, “saneamento básico” e “nutrição” fazem referência a aspectos socioeconômicos. Ou seja, se o indivíduo não tiver acesso ao básico para sobrevivência, como tratamento de esgoto e água potável, e nem condições financeiras de manter alimentação equilibrada e garantir os mínimos aspectos de subsistência, poderá apresentar doenças. Dessa forma, as condições socioeconômicas surgem como condicionante da saúde. Os determinantes sociais e econômicos são os mais significativos para desigualdades, visto que não são os fatores fisiológicos que alterarão a saúde

daquelas pessoas que não são privilegiadas pelo capital econômico⁵⁰.

A higiene também surge como um aspecto significativo para a saúde. Apesar da relevância do autocuidado, é crucial destacar a associação feita pelo pensamento social entre pobreza e sujeira. No estudo sobre as representações sociais da população de João Pessoa acerca de sujeira, a palavra surge vinculada ao sentido de pobreza, relacionando-a a um estigma de classe⁵¹, o que contribui para a sustentação de que pessoas de classes econômicas menos favorecidas sejam entendidas como sujas e inferiores. Nesse contexto, ao se definirem normas e padrões de atitudes saudáveis que evitem doenças, responsabiliza-se exclusivamente o indivíduo pelo seu adoecimento⁵². No caso, os indivíduos com menor poder aquisitivo teriam menor acesso à saúde ou se dedicariam menos a ela.

As palavras “educação” e “conhecimento” fazem referência à informação como meio de mudança de representações, que conduzem a novas práticas sociais de promoção de saúde; podem se referir ao contexto da educação formal ou informal. A internet tem se apresentado como meio de idosos acessarem informações, o que é benéfico para os cuidados com a própria saúde e a redução do isolamento social⁵³; além disso, estimula a preservação de aspectos cognitivos e a inclusão social com as gerações atuais. Assim, o meio digital pode contribuir para as mudanças de práticas que afetam a saúde – como o autocuidado, informações sobre medicamentos e fortalecimento de vínculos sociais –, porém não deve ser o único meio de informação em saúde, tendo em vista conteúdos nocivos que podem ser encontrados, entre os quais o risco da automedicação.

Os termos “vida” e “ausência de doenças” fazem menção à continuidade da vida e à saúde em condições da inexistência de patologias. Com relação à ausência de doenças, apesar do reconhecimento de que as ações de promoção de saúde são importantes, predominam práticas profissionais de caráter individualista e curativista⁵⁴.

No entanto, até que ponto é saudável manter a vida quando isso pode custar o bem-

estar do indivíduo? Em contrapartida, é possível que haja quem não apresente alguma patologia? Constitucionalmente, todos têm assegurado proteção à vida em caráter digno e amplo, o que pressupõe a garantia de direitos, não apenas os básicos de sobrevivência, mas também aqueles relacionados ao bem-estar psíquico e social⁵⁵.

Nesse contexto, a ortotanásia se insere como maneira digna e respeitosa com a vida do paciente em estado terminal⁵⁵; cabe ao sujeito decidir se deseja seguir com os cuidados paliativos ou não para que a saúde (como direito à vida) seja assegurada, mesmo diante do processo de morte. Se a doença e a morte são indesejáveis, aqueles que se aproximam delas também se tornam indesejáveis.

Questiona-se por que a saúde mental está distante do núcleo central e primeiro sistema periférico quando se pensa em saúde. Além disso, é possível considerar que o fato de acadêmicos do curso de psicologia terem respondido ao questionário pode estar relacionado ao surgimento de saúde mental, ainda que pouco mencionado. Uma das limitações do estudo é não ter proposto uma comparação entre grupos de outras áreas profissionais, o que auxiliaria na compreensão dessas questões para a população jovem em geral, e não apenas aos futuros profissionais da saúde. Portanto, como sugestões para estudos posteriores indicam-se maior caracterização dos participantes e a comparação entre cursos de áreas diversas. A isso se soma uma amostra que englobe mais universidades, de diferentes regiões, o que poderá resultar em representações mais diversas.

O fato de a pesquisa ter sido realizada com diferentes cursos da saúde implica a multiplicidade de palavras. Surgem elementos associados ao corpo e movimento, outros ao biológico, e, ainda, os que abordam principalmente questões sociais, psicológicas e/ou espirituais. No entanto, isso não restringe certos resultados a cursos específicos, e sim pode ser um inferidor mais bem investigado em estudos posteriores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo objetivou compreender as representações sociais da saúde para estudantes de cursos vinculados à área da saúde de uma universidade do Sul Catarinense. Com base na literatura vigente, observa-se um lapso no estudo de RS da saúde para acadêmicos, sendo encontrados dados em outras perspectivas teóricas. No que se refere à Teoria das Representações Sociais, identifica-se o foco dos estudos em doenças específicas.

As palavras evocadas pelos participantes desta pesquisa estão ligadas ao biológico e ao corpo. Em poucos momentos, abordaram-se as que remetem a uma definição global de saúde.

O núcleo central das representações sociais dos estudantes envolve dimensões ligadas especialmente à promoção de saúde, apontando uma relação entre corpo e mente. Já os elementos periféricos se associam a aspectos da prevenção de saúde, os quais se relacionam às atitudes. Foi possível constatar ainda que a representação social sobre saúde parece estar vinculada à prevenção, ou seja, práticas de saúde voltadas ao afastamento de doenças e que podem surgir tanto no âmbito pessoal quanto no papel profissional.

Mesmo não sendo o enfoque da análise, pode-se considerar que a pluralidade de palavras associadas à saúde indica que o ensino nos cursos de saúde na instituição investigada possui uma perspectiva ampla, cooperando para uma formação que contempla uma visão de saúde mais integral.

O presente estudo contou com uma ampla amostra de participantes – esse foi um ponto forte da pesquisa –, apesar de ter englobado uma única instituição de ensino superior. Outra possível limitação é ter sido utilizada somente o teste de evocação de palavras, ainda que os múltiplos métodos de análise terem sido um ponto forte.

No entanto, a partir dos resultados é possível identificar pontos a serem explorados em sala de aula, a fim de contemplar um ensino em saúde que considere a integralidade humana. Como indicação para futuras pesquisas, a realização de pesquisas multicêntricas e/

ou que abarquem outras metodologias permitirá que o fenômeno da saúde seja contemplado de forma a complementar os dados evidenciados neste trabalho.

REFERÊNCIAS

- Vitali MM, Araújo MF, Ceretta LB, Soratto J. Prumo, Guyton e caminho: polissemia da saúde na perspectiva dos estudantes universitários. *Rev. CEFAC*. 2019; 21(6):1-11.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). Constituição da Organização Mundial da Saúde em 1946. Biblioteca virtual de direitos humanos da Universidade de São Paulo; 1948.
- Moura LM, Shimizu HE. Representações sociais de saúde-doença de conselheiros municipais de saúde. *Physis*. 2017; 27(1):103-25.
- Jodelet D. *Les représentations sociales*. Paris: Presses Universitaires de France; 1989.
- Abric JC. A abordagem estrutural das representações sociais. Moreira ASP, Oliveira DC, organizadores. *Estudos interdisciplinares de representação social*. Goiânia: AB; 1998. p. 27-38.
- Porcino CA, Coelho MTAD, Oliveira JF. Representações sociais de universitários sobre a pessoa travesti. *Saúde Soc*. 2018; 27(2):481-94.
- Shimizu HE, Silva JR, Moura LM, Bermúdez XPD, Odeh MM. A estrutura das representações sociais sobre saúde e doença entre membros de movimentos sociais. *Ciênc. saúde coletiva*. 2015; 20(9):2899-910.
- Vegini NMK, Ramos FRS, Finkler M. Representações sociais do trote universitário: uma reflexão ética necessária. *Texto Contexto Enferm*. 2019; 28:1-14.
- Hirt MC, Costa MC, Arboit J, Leite MT, Hesler LZ, Silva EB. Representações sociais da violência contra mulheres rurais para um grupo de idosas. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2017; 38(4):1-8.
- Dias LF, Dias NG, Silva LCT, Rosa CCM, Freitas MC, Gorla VM. O diálogo arte e saúde: a visão de estudantes universitários a partir do recorte e colagem. *REBES*. 2019; 9(2):27-33.
- Carvalho MTAD, Carvalho VP, Porcino C. Representações sociais de doença, usos e significados atribuídos às práticas integrativas e complementares por universitários. *Saúde debate*. 2019; 43(122):848-862.
- Serafim RCNS, Bú EA, Macial SC, Santiago TRS, Alexandre MES. Representações sociais da reforma psiquiátrica e doença mental em universitários brasileiros. *Psic., Saúde & Doenças*. 2017; 18(1):221-233.
- Szabo I, Brandão ER. “Mata de tristeza!”: representações sociais de pessoas com vitiligo atendidas na Farmácia Universitária da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil. *Interface*. 2016; 20(59):953-965.
- Santos JVO, Araújo LF, Castro JLC, Faro A. Análise prototípica das representações sociais sobre as infecções sexualmente transmissíveis entre adolescentes. *Psicogente*. 2019; 22(41):1-18.
- Gerhardt TE, Silveira DT. *Métodos de pesquisa*. Porto Alegre: Editora da UFRGS; 2009.
- Abric JC. Abordagem estrutural das representações sociais: desenvolvimentos recentes. Campos PHF, Loureiro MCS, organizadores. *Representações sociais e práticas educativas*. Goiânia: UCG; 2003. p. 37-57.
- Santos JLG, Erdmann AL, Meirelles BHS, Lanzoni GMM, Cunha VP, Ross R. Integração entre dados quantitativos e qualitativos em uma pesquisa de métodos mistos. *Texto Contexto Enferm*. 2017; 26(3):e1590016.
- Wachelke J, Wolter R. Critérios de construção e relato da análise prototípica para representações sociais. *Psic.: Teor. e Pesq*. 2011; 27(4):521-26.
- Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: Revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília/DF: Ministério da Saúde; 2014.
- Brasil. Ministério da Saúde. *Prevenção*. Brasília/DF: Ministério da Saúde; 2017.
- Finger D, Gomes AM, Schroder JD, Germani ARM. Promoção da saúde e prevenção de doenças: idosos como protagonistas desta ação. *Rev Enfermagem*. 2015; 11(22):80-7.
- Maeyama MA, Jasper CH, Nilson LG, Dolny LL, Cutolo LRA. Promoção da saúde como tecnologia para transformação social. *Rev. Bras. Tecnologias Sociais*. 2015; 2(2):129-43.

23. Coelho CS, Verdi MIM. Políticas e programas de atividade física: uma crítica à luz da promoção da saúde. *Saúde Transformação Social*. 2010; 16(1):96-108.
24. Palma A, Assis M, Vilaça M, Almeida MN. Os “pesos” de ser obeso: traços fascistas no ideário de saúde contemporâneo. *Movimento*. 2012; 18(4):99-119.
25. Rodrigues SML, Oliveira MCC, Silva P. Percepções dos enfermeiros e doentes com AVC sobre a Educação para a Saúde. *Rev. Enf. Ref*. 2015; 4(6):87-95.
26. Soihet J, Silva AD. Efeitos psicológicos e metabólicos da restrição alimentar no transtorno de compulsão alimentar. *Nutrição Brasil*. 2019; 18(1):55-62.
27. Portella MR, Scortegagna HM, Pichler NA, Graeff DB. Felicidade e satisfação com a vida: voz de mulheres adultas e idosas. *RBCEH*. 2017; 14(1):93-101.
28. Tavares CQ, Quelho CT, Cavalcanti APR, Carmo HO. Espiritualidade, religiosidade e saúde: velhos debates, novas perspectivas. *Interações*. 2016; 11(20):85-97.
29. Hoffman FS. A integração mente e corpo em psicodermatologia. *Psicol. teor. prat.* 2005; 7(1):51-60.
30. Mari FR, Alves GG, Aerts DRGC, Camara S. The aging process and health: what middle-aged people think of the issue. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* 2016; 19(1):35-44.
31. Madeira FB, Filgueira DA, Bosi MLM, Nogueira JAD. Estilos de vida, habitus e promoção da saúde: algumas aproximações. *Saúde soc.* 2018; 27(1):106-15.
32. Costa RNP, Pinheiro EM. O cenário do saneamento básico no Brasil. *Educ. Amb. Ação*. 2018; 17(66):n.p.
33. Melo MFT, Silva HP. Doenças crônicas e os determinantes sociais da saúde em comunidades quilombolas do Pará, Amazônia, Brasil. *ABPN*. 2015; 7(16):168-89.
34. Jorge MSB. Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011; 16(7):3051-60.
35. Ferreira MO Filha, Dias MD, Andrade FB, Lima EAR, Ribeiro FF, Silva MSS. A terapia comunitária como estratégia de promoção à saúde mental: o caminho para o empoderamento. *Rev. Eletr. Enf.* 2009; 11(4):964-70.
36. Puggina AC, Silva MJP. Religião/Espiritualidade como estratégia de enfrentamento de familiares de pacientes com desordem de consciência. *Revista Saúde*. 2009; 9(3-4):5-17.
37. Silva EM, Silva MT, Pereira MG. Estudos de avaliação econômica em saúde: definição e aplicabilidade aos sistemas e serviços de saúde. *Rev. Panam. Salud Publ.* 2016; 25(1):205-7.
38. Rodrigues DB. As motivações para o consumo de alimentos saudáveis sob a ótica de marketing (Dissertação de Mestrado). São Paulo: Universidade de São Paulo; 2016.
39. Ferreira Miranda R, Almeida TS, Oliveira TC, Souza CS, Abranches MV. Representação corporal entre jovens universitários: beleza, saúde e insatisfação na vivência de um corpo-vitrine. *RPDS*. 2017; 6(4):258-69.
40. Oliveira DC, Campos PHF. Representações sociais – uma teoria sem fronteiras. Rio de Janeiro: Museu da República; 2005.
41. Sá CP. Núcleo central das representações sociais. Petrópolis, RJ: Vozes; 1996.
42. Oliveira PR. Psicoeducação das emoções e habilidades sociais: uma proposta de promoção e prevenção de saúde mental para adolescentes. *Sem. Estud. Produção Acadêmica*. 2018; 17:21-34.
43. Borges CD, Jesus LO, Schneider DR. Prevenção e promoção da saúde: revisão integrativa de pesquisas sobre drogas. *Psicologia em Pesquisa*. 2018; 12(2):1-9.
44. Cardoso ACM. O trabalho como determinante do processo saúde-doença. *Tempo Social*. 2015; 27(1):73-93.
45. Silva MRS, Lunardi VL, Lunardi WD Filho, Tavares KO. Resiliência e promoção da saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2005; 14(spe.):95-102.
46. Stigger MP. Lazer, cultura e educação: possíveis articulações. *Rev. Bras. Cienc. Esporte*. 2009; 30(2):73-88.
47. Santos RB, Zambenedetti G. Compreendendo o processo de medicalização contemporânea no contexto da saúde mental. *Salud Sociedad*.

- 2019; 10(1):22-37.
48. Sá LSM Junior. Desconstruindo a definição de saúde. *Jornal do CFM*. 2014;15-16.
 49. Fleury-Teixeira P, Vaz FAC, Campos FCC, Álvares J, Aguiar RAT, Oliveira VA. Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2008; 13(supl.2):2115-22.
 50. Souza DO, Silva SEV, Silva NO. Determinantes Sociais da Saúde: reflexões a partir das raízes da “questão social”. *Saúde soc*. 2013; 22(1):44-56.
 51. Kouri MGP, Barbosa RB. Sobre a sujeira – Reflexões etnográficas sobre a cultura emotiva e os códigos de moralidade da cidade de João Pessoa-PB. *RBSE*. 2015; 14(42):7-21.
 52. Batistella C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. Fundação Oswaldo Cruz. O território e o processo saúde-doença. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. p. 51-86.
 53. Reis RLR. Benefícios da inclusão digital na vida da pessoa idosa: revisão de literatura (Trabalho de Conclusão de Curso). Brasília: Universidade de Brasília; 2017.
 54. Bezerra IMP, Sorpreso ICE. Conceitos de saúde e movimentos de promoção da saúde em busca da reorientação de práticas. *RBCDH*. 2016; 26(1):11-6.
 55. Moreira RV. Aspectos de aplicabilidade da ortotanásia. *Interdiscip. Inf. Sci*. 2017; 4(6):69-173.