



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**  
**MESTRADO EM PSICOLOGIA**  
**LABORATÓRIO DE PSICOLOGIA SOCIAL DA COMUNICAÇÃO**  
**E COGNIÇÃO - LACCOS**

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS, CRENÇAS E**  
**COMPORTAMENTOS DE SAÚDE: UM ESTUDO**  
**COMPARATIVO ENTRE HOMENS E MULHERES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, pela acadêmica Annie Mehes Maldonado Brito, sob orientação do Prof<sup>o</sup> Dr. Brigido Camargo Vizeu, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Florianópolis  
2010

ANNIE MEHES MALDONADO BRITO

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS, CRENÇAS E  
COMPORTAMENTOS DE SAÚDE: UM ESTUDO  
COMPARATIVO ENTRE HOMENS E MULHERES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, pela acadêmica Annie Mehes Maldonado Brito, sob orientação do Prof<sup>o</sup> Dr. Brigido Camargo Vizeu, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Florianópolis  
2010

À minha família, que, com muita paciência e compreensão, apoiou e suportou todos os meus momentos de ausência em dedicação a este trabalho.

## AGRADECIMENTOS

Ao prof. Dr. Brigido Camargo Vizeu, pelas orientações criteriosas e pela disponibilidade.

Ao meu amado filho, pela sua autenticidade.

Ao meu marido, pelo inestimável apoio e incentivo.

Aos meus amados pais, pelas constantes torcidas e orações realizadas à distância.

À minha querida mana, pelo apoio e afeto, e a participação ativa neste trabalho.

À Virginia, antes de tudo amiga... meu respeito e carinho.

À equipe do LACCOS, pela presteza, solicitude e compartilhamento do conhecimento; em especial, Luciane, Ana Maria e Catarina.

As duas mosqueteiras, Everley e Tatiana, que além de serem companheiras, partilharam conhecimento e auxiliaram-me em todo o processo.

Aos participantes desta pesquisa que oportunizaram desvendar o conhecimento deste grupo sobre saúde.

A todas as pessoas que de forma direta ou indireta contribuíram para a conclusão deste trabalho.

Brito, Annie Mehes Maldonado. (2010). Representações sociais, crenças e comportamentos de saúde: um estudo comparativo entre homens e mulheres. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis (SC).

## **RESUMO**

Os comportamentos de cuidados de saúde são expressos pelos estilos de vida e estes dependem também do conhecimento sobre saúde, porém, apenas o repasse de informações parece ser insuficiente para a adoção de comportamentos saudáveis. Neste cenário, o indivíduo, dentro do seu grupo social, é o principal elemento na adoção deste tipo de comportamento. Sabendo que o pensamento social dos grupos, aqui concebido através das representações sociais e das crenças, é uma das formas em que os grupos adquirem conhecimento sobre um determinado objeto ou fenômeno, neste caso a saúde. Sendo assim, esta pesquisa pretendeu relacionar a variável de identidade, sexo, e de conhecimento social partilhado sobre saúde com os comportamentos de cuidados de saúde das pessoas. O presente estudo de natureza descritiva e comparativa utilizou o método de levantamentos de dados, por meio de questionário. Este instrumento foi elaborado pelo Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição (LACCOS). O instrumento foi respondido por 638 participantes, sendo que estes foram emparelhados por sexo e faixa etária. Para análise e tratamento dos dados quantitativos obtidos a partir das questões fechadas, utilizaram-se procedimentos da estatística descritiva e relacional, quanto ao material textual obtido por meio das questões abertas, a análise foi realizada por meio da classificação hierárquica descendente e da análise fatorial de correspondência. Pelos resultados, obteve-se que a média de idade aproximada dos adolescentes foi de 16 anos, dos adultos foi de 43 anos e dos idosos foi de 66 anos. Os comportamentos de cuidados de saúde diferenciaram-se entre os sexos, sendo prevalente para o sexo feminino a adoção de comportamentos saudáveis. As crenças normativas familiares expressam o auto-cuidado através da prevenção. As crenças dos pares diferenciam-se entre os sexos; para os homens, o auto-cuidado destaca-se em casos de agravos à saúde; já para as mulheres, o auto-cuidado é percebido prioritariamente como preventivo. O núcleo da representação social da saúde destes participantes traz a noção preventiva em relação aos cuidados, sendo que, prevalece para o sexo

feminino o aspecto subjetivo, com o elemento bem-estar; e para o sexo masculino o aspecto curativo, através dos elementos hospital e doença.

**Palavras-chave:** representações sociais; crenças; comportamentos de cuidados de saúde.

Brito, Annie Mehes Maldonado. (2010). Representações sociais, crenças e comportamentos de saúde: um estudo comparativo entre homens e mulheres. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis (SC).

## **ABSTRACT**

The health care behaviors are expressed by life styles and those also depend on health knowledge, however, simply passing information doesn't seem to be enough to the adoption of healthy behaviors. In this scenario, the individual, on its social group, is the main element on the adoption of this behavior. Aware of social group thought, here conceived by social representation and beliefs, is one way in which groups acquire knowledge about a determinate object or phenomenon, in this case "the health". This research intended to relate identity, gender and shared social knowledge about health with people's health care behaviors. The present study has a descriptive and comparative nature and made use of the data survey method by questionnaire. This instrument has been elaborated by the Communication and Cognition Social Psychology Laboratory (LACCOS). It was answered by 638 people, which were put together by gender and age. For the analysis and treatment of the quantitative data obtained from closed questions, descriptive and relational statistics procedures were used, as for the text material obtained by opened questions, the factorial analysis was conducted through the descendent hierarchical classification and factorial correspondence analysis. By the results, the average age for teenagers was 16 years old, for adults 43 years old and 66 years old for elderly. The health care behaviors differ between genders, being prevalent for females to adopt healthy behaviors. Family normative beliefs express self-care through prevention. The beliefs of the pairs differ between gender, for men, self-care are referred to in cases of health problems, however for women, self-care is perceived primarily as preventive. The social representation health core of these participants brings a preventive concept in relation health care, and prevails for females the subjective aspect, with the well-being element, and for males the curative aspect, through elements such as hospital and disease.

**Key-words:** social representation; beliefs; health care behaviors.

**ÍNDICE DE TABELAS**

<b>Tabela 1</b>	Distribuição das médias de idade segundo o sexo dos participantes	<b>50</b>
<b>Tabela 2</b>	Escolaridade dos participantes considerando o sexo e o grupo etário	<b>51</b>
<b>Tabela 3</b>	Renda familiar dos participantes considerando o sexo	<b>52</b>
<b>Tabela 4</b>	Descrição dos participantes segundo sexo e situação conjugal.	<b>52</b>
<b>Tabela 5</b>	Distribuição dos grupos etários por sexo segundo a fonte de informação sobre cuidados com a saúde	<b>56</b>
<b>Tabela 6</b>	Frequência das dificuldades alegadas para realizar consultas e exames médicos	<b>61</b>
<b>Tabela 7</b>	Relação entre história de tratamento prolongado de saúde e consulta médica	<b>62</b>
<b>Tabela 8</b>	Relação entre tabagismo e prática de exercício físico	<b>63</b>
<b>Tabela 9</b>	Quadrantes segundo frequência e ordem média de evocação	<b>70</b>
<b>Tabela 10</b>	Análise dos principais elementos evocados pela variável sexo	<b>73</b>
<b>Tabela 11</b>	Variáveis e fatores da Análise Fatorial de Correspondência	<b>78</b>



**ÍNDICE DE FIGURAS**

<b>Figura 1</b>	Determinantes sociais de saúde: modelo de Dahlgren e Whitehead	<b>7</b>
<b>Figura 2</b>	Abordagens da Teoria das Representações Sociais	<b>33</b>
<b>Figura 3</b>	Distribuição da frequência da prática de exercícios físicos.	<b>54</b>
<b>Figura 4</b>	Distribuição da frequência em função do tempo da consulta de saúde	<b>55</b>
<b>Figura 5</b>	Dendograma do corpus ensinamentos familiares sobre cuidados e saúde	<b>65</b>
<b>Figura 6</b>	Conexão entre elementos da Representação Social da Saúde (clique 30)	<b>74</b>
<b>Figura 7</b>	Conexão entre elementos da Representação Social da Saúde (clique 45)	<b>76</b>
<b>Figura 8</b>	Representação gráfica dos primeiros dois fatores da análise de correspondência	<b>79</b>
<b>Figura 9</b>	Representação gráfica dos fatores um e três da análise de correspondência (palavras x elementos)	<b>80</b>

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	1
2. OBJETIVOS .....	4
2.1. Objetivo Geral.....	4
2.2 Objetivos Específicos.....	4
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	5
3.1. Conceito de saúde e seus determinantes .....	5
3.2 Sobre a prevenção e promoção de saúde.....	9
3.3 Comportamentos de saúde e incidências por região .....	11
3.4 Saúde: implicações das diferenças sexuais e da faixa etária .....	15
3.5 Conhecimento e Saúde.....	26
3.6 A Psicologia Social e suas implicações na saúde.....	28
3.6.1 Representação social.....	29
3.6.2. Representações sociais e comportamento .....	36
3.6.3. Representações Sociais da Saúde.....	38
3.6.4 Crenças em saúde.....	40
4. MÉTODO .....	46
4.1 Delineamento da pesquisa .....	46
4.2 Participantes, locais e critérios de inclusão.....	46
4.3 Instrumento .....	47
4.4 Procedimentos de coleta de dados.....	47
4.5 Procedimento para tratamento e análise dos dados.....	48
5. RESULTADOS.....	50
5.1. Caracterização dos participantes .....	50
5.2 Cuidados com a saúde.....	53
5.3. Fonte de informação sobre os cuidados de saúde .....	55
5.4 Comportamentos de risco – indicadores .....	57
5.5. Aspectos normativos sobre cuidados com a saúde (crenças normativas) .....	59
5.6 Procuras dos serviços de saúde e vulnerabilidade.....	60

5.7	Ensinaamentos familiares sobre cuidados com a saúde .....	64
5.8	Representações sociais da saúde .....	69
5.9	Norma subjetiva em relação à consulta médica .....	77
6	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	82
6.1	Indicadores de comportamento de saúde <i>versus</i> indicadores de comportamentos de risco entre os sexos .....	82
6.2	Crenças normativas e Representação Social da Saúde .....	87
6.2.1	Núcleo central da representação social da saúde .....	90
6.2.2	Estruturação da Representação Social da Saúde .....	92
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	94
7.1	Dificuldades e Limitações do estudo .....	97
8	REFERÊNCIAS .....	98
9	ANEXOS .....	117
10	APÊNDICE .....	128

## INTRODUÇÃO

Quando se volta à atenção para os dados epidemiológicos de saúde constata-se que durante esta última década ocorreram mudanças significativas na expectativa de vida ao nascer. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2007), no período de 1991 a 2007, a população brasileira ganhou 5,57 anos, sendo que a expectativa de vida passou de 67,00 anos para 72,57 anos respectivamente. Apesar dos avanços das descobertas no campo da medicina, seria limitado atribuir estas mudanças a explicações puramente médicas. Outros fatores foram relevantes para estas estimativas, como as mudanças sanitárias, nutricionais e do estilo de vida.

Ao se falar em saúde existem várias esferas que podem ser privilegiadas, como a individual ou de pequenos grupos, até a que se refere a um universo maior como a saúde de populações de grandes cidades ou de um país. Na esfera individual ou de grupos menores, foco desta pesquisa, o estilo de vida e comportamentos relacionados aos cuidados com a saúde podem ser determinantes para a saúde (Dahlgren & Whitehead, 2007). Além disso, vários fatores estão associados com a saúde e influenciam estes comportamentos, sendo que o sexo é um dos mais importantes fatores (Lee, 1997).

Nesse sentido, as diferenças que tangem os comportamentos de saúde podem ser observadas a partir do sexo. O IBGE (2006) divulga dados da média de vida por sexo, demonstrando as diferenciações entre homens e mulheres expressas em anos de vida, sendo que na década de 90, os homens viviam em torno de 62,6 anos e as mulheres 69,8 anos, já no ano 2000, a expectativa de vida masculina subiu para 64,8 anos e a feminina para 72,6 anos. Estes dados evidenciam as peculiaridades entre os sexos e tornam a necessidade de estudos nesta área essenciais para a formulação de políticas visando à melhoria dos indicadores de saúde da população, bem como realização de medidas que privilegiem as especificidades dos grupos e as diferenciações entre os sexos e as faixas etárias (Kassouf, 2005).

Ao abordar os comportamentos de cuidados de saúde de adolescentes, adultos e idosos se denota peculiaridades que são dadas também devido à etapa da vida em que cada indivíduo se encontra. Para

os adolescentes, os cuidados de saúde não são considerados na medida de sua importância, pois ainda são pouco acometidos por problemas nesta área. Para os adultos, a saúde torna-se mais saliente, já que começam a lidar com questões relacionadas a ela. Finalmente, os idosos são acometidos por um maior número de agravos de saúde, podendo vir a se tornar um assunto emergente nesta etapa da vida (Pires & Mussi, 2008). A partir destas diferenciações entre as faixas etárias depreende-se a necessidade de se utilizar abordagens distintas no que tange a veiculação de informações relativas à saúde, bem como o empreendimento de programas específicos para facilitar a adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis. Sendo assim, questiona-se: A atenção à saúde das pessoas modifica-se em função do sexo?

Em geral, mesmo as pessoas tendo esclarecimento de que a saúde é influenciada pela forma como se vive, ou seja, o estilo de vida, nem sempre se verifica a adoção de comportamentos saudáveis (Tavares & Nunes, 2007). Práticas de cuidados de saúde, como alimentação adequada, peso ideal em função da altura, não fumar cigarros, uso moderado de bebidas alcoólicas e atividade física regular, são disseminadas de várias formas na sociedade, seja em programas televisivos, seja em revistas de saúde e demais meios de comunicação. Apesar do conhecimento sobre quais práticas de saúde adotar para se ter qualidade de vida, com o adiamento de doenças crônicas e o aumento do período de vida ativo, a psicologia social da saúde, por meio de pesquisas (Stroebe & Stroebe, 1995), constata que os estilos de vida adotados nem sempre vêm ao encontro de comportamentos saudáveis. Isto ocorre, pois os estilos de vida podem ser determinados pelas crenças, atitudes e comportamentos relativos à saúde, que são gerados por meio de conhecimentos que podem ser produzidos através das representações sociais.

A partir do exposto, o LACCOS (Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição), em 2007, iniciou projeto com o objetivo de estudar aspectos comportamentais dos homens em diferentes gerações em relação à atenção e cuidado com a saúde, dado o incipiente número de pesquisas que privilegiam a saúde masculina a partir da perspectiva das representações sociais. Este projeto foi aprovado pelo CNPq e foi desenvolvido tanto no município de Florianópolis quanto no município de Goiânia, incluindo pesquisadores da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e da Universidade Católica de Goiás.

Partindo do pressuposto que a saúde masculina evidenciava peculiaridades nos comportamentos e atitudes concernentes aos cuidados com a mesma, emergiu a idéia de estender o projeto maior para

uma análise que incluísse a variável clássica sexo (Ghiglione & Matalon, 1978). Parte do material coletado no próprio laboratório proporcionaria este estudo. Nessa perspectiva, este sub-projeto teve como objetivo relacionar a variável de identidade sexo e de conhecimento social compartilhado sobre a saúde com os comportamentos de cuidados de saúde.

A execução do presente projeto adveio também da motivação de realizar o diálogo entre a psicologia social e suas interfaces com a psicologia da saúde, bem como devido à relevância tanto científica quanto social advinda do seu desenvolvimento. Do ponto de vista científico, este projeto contribui para a compreensão das relações dos fenômenos das representações sociais em relação ao comportamento, agregando aos avanços já existentes, propiciando um maior entendimento na relação entre o pensamento social e a prática cotidiana. Já em relação ao segundo, esta pesquisa poderá proporcionar a criação de subsídios aos gestores de saúde, como também aos educadores, o que poderá estimular o desenvolvimento de ações adequadas e direcionadas a grupos específicos.

Na perspectiva desta pesquisa, a teoria das representações sociais torna-se um aporte central, já que este fenômeno traduz uma forma de conhecimento dos grupos e estes podem se expressar em práticas sociais, ou seja, em comportamentos de cuidados de saúde. Por meio das representações sociais os grupos podem adquirir crenças e estas por sua vez vão contribuir para estabelecer formas de lidar com os fenômenos. As crenças podem tanto favorecer quanto desfavorecer comportamentos de cuidados de saúde. A partir destas considerações questiona-se **Qual a relação das representações sociais de saúde e, das crenças relativas aos cuidados com a saúde, para a adoção de comportamentos saudáveis para homens e mulheres?**

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo Geral**

Relacionar as variáveis sexo e, de conhecimento social compartilhado sobre saúde, com os comportamentos de cuidados de saúde das pessoas.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- 1) Caracterizar os comportamentos de saúde dos participantes;
- 2) Descrever as crenças relativas aos cuidados com a saúde;
- 3) Descrever as representações sociais sobre saúde dos participantes;
- 4) Relacionar o sexo dos participantes com as representações sociais sobre saúde, com as crenças relativas aos cuidados com a saúde e com os comportamentos saudáveis.

### 3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

#### 3.1. Conceito de saúde e seus determinantes

A partir do entendimento da saúde como sendo o estado de ausência de doença, no qual o centro das atenções era a patologia em si, ocorre um desenvolvimento conceitual com a reformulação proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948, postulando saúde como um fenômeno bio-psico-social, mais especificamente, um estado de completo bem estar físico, mental e social. Esta noção entende a saúde como um processo continuado e interdependente de preservação da vida, o que tange a dimensão social. Ademais, supera o enfoque conceitual centrado na doença (Buss & Filho, 2007). Mesmo tendo sofrido reformulações este conceito merece ser discutido.

Straub (2005) reitera que a saúde não se restringe à mera ausência de doença ou enfermidade, ou seja, um estado multidimensional que envolve três domínios: saúde física, psicológica e social. Robalo (2009), por sua vez, é outro autor que discute o estado de saúde, apontando que são múltiplos os determinantes que atuam no mesmo, tais como, individuais, genéticos, biológicos, e também, os que se relacionam aos estilos de vida.

Conceber saúde e doença como pólos dicotômicos é insuficiente para explicar os fenômenos que acontecem com os organismos em geral (Stédile, 1996), já que os indivíduos não são saudáveis ou doentes, mas apresentam diferentes graus em sua condição de saúde. Indica-se desta concepção a saúde entendida como um fenômeno e não um evento estático.

Czeresnia (2004) corrobora afirmando que a manifestação da vida ocorre por meio da saúde e do adoecer e possui correspondência com as experiências subjetivas, as quais não se definem integralmente pela palavra saúde. A respeito da singularidade e subjetividade que a autora sugere, Soares Neto (2006) complementa que qualquer organismo está saudável quando funciona bem, sendo tal condição relacionada à idéia de equilíbrio, de felicidade, de vigor, de auto-realização no plano físico e psíquico.

Com a ampliação da concepção sobre saúde são incluídas outras dimensões da vida humana, o que denota que este estado pode ser determinado por questões sociais, econômicas, culturais, como também por questões individuais, relacionadas ao cuidado com a saúde, ou seja,



os comportamentos de saúde que podem interferir neste processo. Sendo assim, é necessário à distinção entre fatores determinantes de saúde entre os indivíduos, entre os grupos e entre as populações, já que os fatores, que são importantes para explicar o estado de saúde, se diferenciam entre eles, o que por sua vez, necessariamente não explicam o estado de saúde de uma sociedade. (Czeresnia, 2004).

Tendo em vista o escopo desta pesquisa, focado na esfera de grupos determinados, os quais estão circunscritos a um contexto social específico, tanto estilos de vida, como comportamentos de saúde interferem no processo de ter saúde, e neste cenário os fatores individuais, como hábitos alimentares e prática de exercícios físicos, acesso a serviços de saúde, prevenção e comportamentos saudáveis, tornam-se preponderantes para a compreensão do processo de saúde.

A partir da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde – CNDSS (2008, p. 82), os comportamentos e estilos de vida relacionados à saúde são influenciados por fatores como a cultura e economia, todavia estes são entendidos como “determinantes sociais proximais”, por serem mais passíveis de controle e modificação por parte do indivíduo.

Os fatores individuais são importantes para identificar os indivíduos dentro de um determinado grupo que podem estar submetidos a maiores riscos, não sendo eficaz para estimar diferenças nos níveis de saúde de países, já que seus determinantes são outros e implicam fatores como a equidade na distribuição de renda (Buss & Filho, 2007), foco que não será privilegiado nesta pesquisa.

Os comportamentos de cuidados de saúde de cada indivíduo funcionam como determinantes do seu estado de saúde. Todavia, este determinante é afetado por um conjunto de processos, tanto pessoais, quanto sociais. Albuquerque (1999) referenciando Steptoe e Wardle (1996) apresenta alguns dos fatores envolvidos que influenciam os comportamentos de saúde, apontando os fatores macro-econômicos (como rendimentos, impostos sobre o tabaco e álcool); fatores sócio-culturais (normas morais e religiosas, tradição alimentar, etc); legislação (compra de tabaco e álcool, uso de cinto de segurança, etc); provisão de cuidados de saúde (acesso a saúde, campanhas de vacinas, cuidados dentários gratuitos, etc); sistemas de provimentos de bens e serviços (serviço de aconselhamento, produção de alimentos com baixo teor de gordura, etc); fatores psicológicos (atitudes, crenças, consciência do risco, etc); fatores sociais e familiares (hábitos alimentares, redes de suporte, influência dos pares, suporte social, etc); estado de saúde (restrições da mobilidade, outras restrições devido ao estado de saúde,

etc), fatores sócio-demográficos (idade, sexo, estatuto sócio-econômico, educação, ocupação, renda e etc).

O modelo de Dahlgren e Whitehead (2007) contribui para a discussão dos determinantes sociais de saúde, além de permitir localizar a perspectiva deste trabalho, demonstrando a partir de um universo macro de entendimento da saúde, em que esfera se enquadra esta pesquisa (figura 1). O mesmo foi adotado pelo conselho nacional de determinantes sociais de saúde e denominado de “influências em camadas” (CNDSS, 2005, 2008).



**Figura 1:** Determinantes sociais de saúde: modelo de Dahlgren e Whitehead

Este modelo inclui os determinantes sociais da saúde organizados em diferentes camadas, sendo que estes podem influenciar de maneira positiva ou negativa a saúde e estão relacionados com os estilos de vida. Os indivíduos estão na base deste modelo, com suas características pessoais, como sexo, faixa etária e fatores hereditários, os quais influenciam as condições de saúde na esfera individual. Na camada subsequente aparecem os estilos de vida dos indivíduos e seus comportamentos. A mesma está relacionada tanto com aspectos individuais, quanto com aspectos sociais, culturais e políticos, ou seja, esta no limiar entre o indivíduo e seu entorno social e é condicionada

por determinantes sociais, como pressão dos pares, informações, o acesso a alimentos saudáveis, espaço de lazer entre outros.

A camada seguinte se destaca a relação entre as redes e o apoio sociais, nível fundamental para a saúde da sociedade por completo. No próximo nível estão fatores relacionados às condições de vida e de trabalho, como acesso à educação, à saúde e questões relacionadas ao trabalho. A última camada se relaciona aos aspectos macro determinantes ligados às condições culturais, econômicas e sociais; esta por sua vez influencia as demais camadas (Dahlgren & Whitehead, 2007; Buss & Filho, 2007; CNDSS, 2008).

Estas duas primeiras camadas, relacionadas às características individuais e estilos de vida/comportamento, foram privilegiadas nesta pesquisa, com o intuito de caracterizar os comportamentos de cuidados de saúde entre três diferentes faixas etárias (adolescentes, adultos e idosos).

Cabe esclarecer que nesta pesquisa a palavra “adolescente” é utilizada enquanto diferenciação de faixa etária no contexto da saúde. Quanto à categoria analítica gênero, que enfatiza a construção social do masculino e feminino, isto não foi privilegiado nesta pesquisa, dado que o objetivo da presente se ater apenas a variável sexo. A respeito destas variáveis, sexo e faixa etária, a compreensão dada aqui parte do princípio que estas não indicam meramente questões biológicas e de ordem de maturação, mas envolvem experiências que se dão também através de interação por meio das redes sociais e aprendizado de papéis, ou seja, as dimensões biológica e cultural são indissociáveis. Todavia, é inegável que a discussão que envolve gênero tem grande riqueza e implicações para a reflexão sobre o processo saúde e doença, o que poderá ser pesquisado em novos estudos (Aquino, 2006).

O conceito de saúde, envolve também o conceito de cuidado e mais especificamente de auto-cuidado. Este último está vinculado à saúde humana e é definido como as ações que constituem a prática de atividades desempenhadas deliberadamente em benefício próprio com o intuito de manter a saúde, a vida e o bem-estar. Estas ações podem ser afetadas por fatores básicos, como sexo, faixa etária e fatores familiares como a hereditariedade, estilos de vida, como por exemplo, engajamento regular em atividades, bem como disponibilidade e adequação de recursos (Bub, Medrano, Silva, Wink, Liss & Santos, 2006), o que nesta pesquisa foi aferido através dos comportamentos e crenças em saúde.

### 3.2 Sobre a prevenção e promoção de saúde

O conceito de promoção a saúde segundo Czeresnia (2004) foi definido por Leavell & Clarck em 1976, constituindo um dos elementos do nível primário de atenção no que tange à medicina preventiva, todavia hoje este significado se alterou para um enfoque mais político (Buss, 2003).

Buss (2003) pontua que a sistematização das várias definições de promoção de saúde podem ser dar em dois grupos: 1) promoção de saúde voltada mais aos aspectos do comportamento individual e dos comportamentos inadequados, como hábito de fumar, falta de atividades físicas, etc; os quais ao menos em parte, estão sob o controle do indivíduo; 2) a segunda caracterização, mais utilizada atualmente, promoção de saúde e a atuação dos determinantes gerais sobre a condição de saúde, pensando a mesma como o produtor de diversos fatores, como condições adequadas de alimentação, nutrição, moradia, trabalho, apoio social, como também, estilo de vida e cuidados de saúde.

Czeresnia (2004) também compartilha que a promoção da saúde é um termo mais amplo se comparado com a prevenção, já que as medidas tomadas nesta esfera são destinadas ao bem-estar geral e o aumento da saúde da população. Já a prevenção liga-se a uma ação antecipada e focada em medidas com o intuito de evitar o surgimento de uma doença específica. Meireles (2006) define três níveis de prevenção:

- a) Prevenção primária: mudança dos fatores de risco para uma situação mais favorável; promoção de saúde; vacinação e proteção específica.
- b) Prevenção secundária: diagnóstico pré-sintomático e doença latente.
- c) Prevenção terciária: controle e diminuição da incapacidade e limitação; reabilitação.

Oliveira (2005) discute os conceitos relacionados à promoção da saúde. Embora a autora afirme que a construção da promoção de saúde está atrelada a um processo de educação, esta questiona a perspectiva exclusivamente individual e crítica a definição de promoção em saúde como resultado de uma racional tomada de decisão quanto ao comportamento pessoal, o que sugere que o conhecimento esteja diretamente ligado a mudança de comportamento. “... um estilo individual de vida é produzido nos padrões de comportamento que são desenvolvidos através dos processos de socialização, eles são aprendidos através das interações sociais” (Oliveira, 2005, p. 430).

Assim, enquanto a prevenção baseia-se em uma ação antecipada, ou seja, focada em medidas que privilegiem evitar a ocorrência de doenças específica, a promoção de saúde, como definição mais ampla, liga-se a medidas que beneficiem condições propiciadoras de saúde, considerando os vários determinantes que podem interferir neste processo.

Czeresnia (2004) referenciando Lupton (1995) reitera esta discussão afirmando que a perspectiva conservadora sobre promoção da saúde delega aos indivíduos a tarefa de cuidarem de si mesmos e diminui a responsabilidade do estado perante esta questão. Porém, existem outras perspectivas, como a progressista, que frisam a importância de políticas públicas, dirigidas à melhoria da qualidade de vida dos indivíduos dentro da sociedade. Neste cenário, como abordado anteriormente, esta pesquisa pretende focar o comportamento individual a partir de um determinado grupo, sem desconsiderar que este está circunscrito a um contexto específico.

Stroebe & Stroebe (1995) afirmam que existem duas formas de mudar o comportamento das pessoas em relação à promoção de saúde. Pela persuasão através da educação, buscando influenciar crenças e comportamentos individuais, ou pela modificação de incentivos relevantes, como os econômicos ou legais. No entanto, os mesmos autores reconhecem que nos dois processos a mudança de comportamento é ineficaz, porque não é duradoura. Fischer (2002) afirma que o caminho para explicar as variações dos comportamentos relacionados à saúde está nas crenças e cognições dos indivíduos. Portanto para se mudar o comportamento faz-se necessário anteriormente acessar o conhecimento socialmente compartilhado sobre o determinado fenômeno e depois utilizar esta informação para caracterizar mecanismos mais específicos que se aproximem da perspectiva de cada grupo.

Morin (2004) caracteriza dois sistemas que constituem a ‘pessoa’ na sua relação com a saúde: o sistema psicológico (experiência e comportamento) e o sistema biológico (genética e fisiologia), sendo ambos os sistemas contextualizados na perspectiva social (sociedade, comunidade, família). A partir do exposto, esta pesquisa focou-se no primeiro sistema com o objetivo de estudar a relação destes com as representações sociais da saúde e as crenças em saúde.

### 3.3 Comportamentos de saúde e incidências por região

Existem inúmeros indicadores de saúde que revelam comportamentos saudáveis e/ou comportamentos inadequados que estão associados a fatores de impacto na saúde ou relacionados ao perfil de morbimortalidade descrito para uma determinada região ou país. Em pesquisas epidemiológicas (Monteiro & cols., 2005; Moura & cols., 2008), podem ser denominados respectivamente de fatores de proteção, como padrão alimentar saudável, como a ingestão de frutas e verduras, prática de exercícios físicos, uso de serviços de saúde na prevenção de doenças, entre outros, e fatores de risco, tais como, consumo abusivo de bebidas alcoólicas, tabagismo, excesso de peso, sedentarismo ou inatividade física.

O Centro para Controle e Prevenção de Doenças (CDC – Center for Disease Control and Prevention), em pesquisa desenvolvida por Eaton e cols. (2008), identificou seis tipos de comportamentos de risco que podem impactar o desenvolvimento da saúde:

- a) uso de tabaco;
- b) uso de álcool e outra drogas;
- c) comportamentos que contribuem para danos e violência sem intenção;
- d) comportamentos sexuais que contribuem para gravidez precoce, involuntária e doenças sexualmente transmissíveis;
- e) comportamentos alimentares pouco saudáveis;
- f) inatividade física.

Sabendo da vastidão deste universo foi abordado nesse estudo apenas uma fração destes, como uso de álcool e tabaco, a inatividade física ou a prática de exercícios físicos e outros indicadores positivos como a busca por consulta médica e realização de exames, que podem contribuir para prevenir agravos à saúde. Os indicadores, que expressam comportamentos de cuidados de saúde, podem ser relevantes para expressar a vivência de anos de vida mais saudáveis (Moura & cols., 2008). Além disso, os comportamentos de risco exigem desenvolvimento de pesquisas, visto que podem contribuir para as principais causas de morbidade e mortalidade tanto entre jovens quanto em adultos, os quais muitas vezes iniciam na adolescência ou até mesmo na infância perdurando durante a vida adulta, e medidas adequadas podem minimizar a adoção deste tipo de comportamento, bem como evitá-lo (Eaton & cols., 2008).

A seguir serão expostas pesquisas, epidemiológicas e de saúde coletiva, que expressam a relação entre estes indicadores e as morbidades referidas pelas pessoas ou constatadas durante a busca de atendimento. A rede interagencial de informações para a saúde (RIPSA, 2008), a partir de pesquisa realizada em 17 capitais e Distrito Federal, incluindo Florianópolis, constata que a proporção elevada de fumantes está associada a maior frequência de doenças cardiovasculares, doenças pulmonares obstrutivas crônica, doenças bucais, vários tipos de câncer, alergias respiratórias e demais doenças que se relacionam ao tabagismo (Bernat, Oliveira, Rocha, Boing & Peres, 2009). De acordo com Organização Mundial da Saúde (OMS), o comportamento tabagístico pode desenvolver também doenças cerebrovasculares. Sendo que o próprio tabagismo passivo pode acometer doenças respiratórias, e causar câncer de cabeça, pescoço, esôfago, pâncreas e demais patologias buco-dentais (OMS, 2008).

Segundo esta mesma pesquisa, ao abordar à prevalência por região, constata-se que as maiores frequências de fumantes regulares são encontradas na região Sul, destacando a cidade de Porto Alegre, seguidas das cidades da região Sudeste (RIPSA, 2008). Já as menores proporções são observadas na região Nordeste, destacando a cidade de Aracaju. Todavia, o impacto do tabagismo é sentido não só em âmbito nacional, como também em nível mundial, sendo uma das principais causas de mortes possíveis de serem evitadas e também responsável por alta incidência de morbidades.

A OMS (2008) e Paduani e cols. (2008) afirmam que o estado atual da epidemia do tabaco no mundo mata prematuramente um terço à metade de todas as pessoas que o utilizam, causando aproximadamente cinco milhões de mortes ao ano e com a previsão para 2030 de oito milhões de mortes, possíveis de serem evitadas. Além do que, estudo de base populacional estima alta prevalência de tabagismo na população em geral (Kuhnen, Boing, Oliveira, Longo & Njaine, 2009).

Em estudo realizado pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), no conjunto da população adulta 16,4% são fumantes, com prevalência para o sexo masculino (Brasil, 2008). No ano seguinte, com realização de novo inquérito, a prevalência do sexo masculino para o consumo de tabaco se mantém (Brasil, 2009).

Um indicador que não será utilizado neste trabalho, porém, pode expressar o comportamento da prática de exercícios físicos é a taxa de prevalência de excesso de peso. De acordo com a RIPSA (2008), as maiores proporções foram encontradas nas cidades do Rio de Janeiro e

Porto Alegre e as menores proporções em Palmas. Quanto a prevalência de atividade física, a capital que se verifica o menor nível de sua prática é João Pessoa e o maior nível em Belém, nesta última capital com destaque para as mulheres ao contrário das demais cidades. Chen e Mao (2006), constataram que a associação entre obesidade e atividade física varia conforme o sexo e a faixa etária. Sendo assim, as pesquisas e intervenções realizadas devem levar em consideração estas variáveis.

Quanto aos exercícios físicos, Bee (1997) aponta como uma das variáveis mais significativas para a saúde, pois se associa a uma maior longevidade, mas também a uma melhor manutenção das várias funções físicas, dentre elas cognitiva. Ademais, a prática regular de exercício físico contribui para prevenir ganho de peso, além de beneficiar o condicionamento físico e auxiliar na redução da mortalidade e da morbidade (Sávio, Costa, Shmitz & Silva, 2008; World Health Organization (WHO), 2003). O Ministério da Saúde de Portugal (2007), destaca que os benefícios da atividade física regular nas várias faixas etárias são: a diminuição da ocorrência de morte prematura, redução do risco de morte por doenças cardíacas, prevenção/redução da hipertensão arterial, regulação do peso corporal e o combate a obesidade, redução do desenvolvimento de dores lombares, prevenção/redução da osteoporose, beneficia o crescimento dos ossos, músculos e articulações, redução do stress, ansiedade e depressão e por fim, contribui na prevenção e controle de comportamentos de risco, tais como, alcoolismo, tabagismo, alimentação não saudável e violência, principalmente entre os adolescentes.

A correlação entre a prática de exercícios físicos e o tabagismo aponta que, a longo prazo, o fumante tem redução da capacidade pulmonar e consequentemente, diminuição da tolerância aos exercícios físicos (Almeida & Mussi, 2006), assim evidencia-se tanto uma correlação da diminuição da atividade física em decorrência do comportamento tabagista, quanto uma diminuição/prevenção deste comportamento tabágico em indivíduos que possuem o hábito regular da atividade física. Estas colocações podem ser evidenciadas em estudo realizado por Rodrigues, Cheik e Mayer (2008), já que a prática de exercícios físicos pode ter beneficiado a diminuição do comportamento tabagístico, corroborando os dados do Ministério da Saúde de Portugal (2007).

A partir de dados de pesquisa do Centro para Controle e Prevenção de Doenças, salienta-se que a inatividade física contribui para 2 milhões de mortes no mundo e associa-se de 10% a 16% dos casos de diabetes e cânceres no mundo anualmente. Para efeito de padronização



dos dados, os indivíduos considerados inativos ou sedentários são classificados conforme recomendações do International Physical Activity Questionnaire (IPAQ), em que o nível de atividade física é medida por meio da duração (tempo de realização por dia) e a frequência (dias por semana) (RIPSA, 2008).

A prática de atividade física regular e uma alimentação saudável atua na prevenção de doenças crônicas que não são transmissíveis, sendo que seu papel na prevenção destas está bem estabelecido. Os fatores que se relacionam a obesidade estão nas dietas hipercalóricas, ou seja, com excessos energéticos e gorduras, associado a queda no gasto de energia por meio das atividades físicas. Por sua vez, a obesidade se associa a inúmeros agravos à saúde, entre eles, diabetes do tipo 2 e hipertensão (WHO, 2003). Este mesmo órgão afirma que contrariando à crença partilhada sobre os países desenvolvidos, estes sofrem impacto na saúde pública ocasionado pelos elevados níveis de indivíduos que desenvolvem doenças crônicas decorrentes também de uma alimentação inadequada. Corroborando estes achados, em revisão de literatura, confirmou-se a importância da atividade física e dieta adequada na redução dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. Ainda para a saúde cardiovascular, salienta-se a adoção de dietas adequadas e regulares, ao contrário da ingestão de alimentos isolados, visto que a diversidade alimentar traz maior benefício à saúde (Rique, Soares & Meirelles, 2002)

Em relação ao consumo abusivo de álcool, este entendido como mais de 2 doses/dia para os homens e mais de 1 dose/dia para as mulheres, de acordo com a quantidade e incidência pode ocasionar dependência e doenças como cirrose, pancreatite, hipertensão arterial, chegando a infarto do miocárdio, demência e alguns tipos de câncer (boca, faringe, laringe, esôfago e fígado) (WHO, 2008). Outro impacto ocasionado pela ingestão em excesso são os acidentes de trânsito devido a embriaguez. Vargas, Oliveira e Araújo (2009, p. 1711) reiteram que o uso abusivo de bebida alcoólica pode acarretar “consequências negativas à saúde e à qualidade de vida do indivíduo e da população, contribuindo para o aparecimento de morbidades que causam a morte e limitações funcionais”. Em relação à taxa de prevalência de consumo abusivo de álcool, as maiores proporções foram notadas nas cidades de São Luis, Vitória e Belém, já as menores proporções constatadas na região Sul, com destaque para Curitiba e Florianópolis (RIPSA, 2008).

Quanto ao uso de serviços de saúde, o mesmo está relacionado tanto a fatores externos, quanto a fatores internos. Os primeiros dizem respeito à disponibilidade, ao tipo, aos recursos financeiros, quantidade

de serviços disponibilizados, localização geográfica, a cultura médica local, entre outros fatores que podem alterar o padrão de consumo dos indivíduos. Já uns dos fatores internos relacionam-se as escolhas individuais, já que podem existir necessidades de busca ao serviço que não se convertem em demandas. Este último fator demonstra também as diferenças nos comportamentos individuais perante a doença e a sua prevenção (Travassos, Viacava, Fernandes & Almeida, 2000).

Por fim, após expor sobre fatores protetores e fatores de risco, é importante assinalar que a junção de vários destes últimos, como tabagismo, peso (obesidade), colesterol, níveis reduzidos de exercício, hereditariedade, hábitos alimentares inadequados podem afetar a probabilidade de sofrer de alguma doença, como as doenças coronarianas, entre outras. Além do mais, a manifestação de problemas de saúde pode ocorrer de diversas maneiras e quanto mais fatores de risco unidos, mais rápido pode ocorrer o surgimento e a evolução de uma doença fatal (Camões & Lopes, 2008).

As arguições desenvolvidas neste tópico tiveram como intuito expor os comportamentos de saúde, a partir dos fatores de proteção e os fatores de risco, e demonstrar algumas correlações com agravos à saúde e morbidades desenvolvidas. Ademais, foi feita breve exposição sobre o panorama das incidências destes comportamentos nas capitais em que foram localizadas pesquisas, para a seguir expor as diferenciações da saúde relacionada com as variáveis sexo e faixa etária.

### **3.4 Saúde: implicações das diferenças sexuais e da faixa etária**

A relação da saúde com as variáveis “sexo e faixa etária”, características individuais, faz parte do modelo clássico de pesquisa desde os primeiros estudos sobre agravos de saúde, morbimortalidades e demais pesquisas epidemiológicas sobre a temática saúde (Chor, Duchiate & Jourdan, 1992). Na década de 90, estes dados de pesquisa, apontados por Chor e cols. (1992), já demonstravam que a mulher evidencia maior longevidade que o homem, informação comprovada tanto em âmbito nacional quanto internacional (Aquino, Menezes & Amoedo, 1992). Esta vantagem feminina em questão de tempo de vida é exceção apenas em alguns países, como a Índia, Bangladesh e Paquistão.

Outro argumento que Bee (1997) utiliza, porém de cunho biológico, é o fato das mulheres serem menos vulneráveis a algumas

recessivas ligadas ao sexo. Já os hábitos ligados aos comportamentos de cuidados de saúde acirram ainda mais esta diferenciação. As mulheres, em geral, praticam hábitos de vida saudáveis, realizam exames regulares, independente do estado de saúde, além de possuírem menor inclinação a fumar e beber em excesso.

Essa diferenciação entre os sexos no quesito saúde e comportamentos de saúde não se restringe apenas ao Brasil. Nos Estados Unidos (EUA) os homens têm maiores taxas de mortalidade e morrem, em média, aproximadamente 7 anos mais jovens que as mulheres. Esta pesquisa acrescenta que as crenças e os comportamentos relacionados à saúde contribuem para estas diferenças, já que os homens são mais propensos a adotarem crenças e comportamentos que aumentam os riscos e em geral não adotam comportamentos ligados à saúde e a longevidade (Courtenay, 2000). Este mesmo autor, em recente revisão de estudos e meta análises, evidencia que as diferenças sexuais em comportamentos influenciam a saúde e a longevidade. Esta revisão demonstra sistematicamente que homens de todas as faixas etárias são mais propensos de se engajar em mais de 30 comportamentos que aumentam o risco de doenças, lesões e morte (Courtenay, no prelo).

Courtenay (2000) enfatiza que ainda pouco se sabe sobre o motivo que levam homens a se engajarem menos em estilos de vida e comportamentos saudáveis, como também adotarem menos crenças que sejam promotoras de saúde. Porém, sabe-se que os comportamentos não salubres, como beber em excesso, fumar e não praticar exercícios físicos, são conhecidos fatores de risco tanto para acidentes como para doenças crônicas, como infarto do miocárdio e câncer de pulmão, o que são responsáveis por parte dos óbitos que acometem o sexo masculino (Aquino & cols., 1992).

Em relação ao tabagismo a pesquisa realizada pela RIPSA (2008), nas 17 capitais brasileiras e distrito federal, constata que os homens apresentam maiores frequências de uso de cigarros em relação às mulheres, porém, a variação das frequências no grupo masculino é menor do que no grupo feminino. Sendo que esta variância ocorre nas cidades com maiores níveis socioeconômicos. Resultados semelhantes foram encontrados a partir de um inquérito nacional de saúde realizado em Portugal (Machado, Nicolau & Dias, 2009). Todavia, em relação à prática de exercícios físicos os resultados de pesquisa deste órgão apontam que as mulheres se mostraram mais insuficientemente ativas do que os homens, com exceção de Belém do Pará. Em pesquisa abordando o nível de atividade física e comportamentos sedentários, corroboram-

se os resultados encontrados pela RIPSA (2008) (Augusto Silva, Lima, Santos Silva & Prado, 2009).

De acordo com Moura e cols., (2008), em estudos estratificados por sexo, realizado com a população adulta dos 26 estados brasileiros e o Distrito Federal, o hábito de fumar tende a ser mais disseminado entre os homens do que entre as mulheres e nas cidades que isso não ocorre, como Goiânia e Rio de Janeiro, a frequência dos fumantes é semelhante para os dois sexos. Quanto ao consumo abusivo de álcool, sua frequência se mostra duas vezes mais elevada em homens do que em mulheres. A situação é semelhante em relação ao excesso de peso, com frequência diferenciada entre homens e mulheres, sendo que o excesso se sobressai no sexo masculino. Nesse estudo, contrariando os resultados de pesquisa obtidos pela RIPSA (2008), a inatividade física tendeu a ser mais elevada no sexo masculino do que no sexo feminino.

Estudos internacionais (Field, 2008; de Torrenté de la Jara, Willi, Cornuz & Closuit, 2006) apontam que como o tabagismo se destaca no sexo masculino, é relegado o fato do hábito de fumar vir aumentado no sexo feminino. Sendo que este comportamento mata mais de meio milhão de mulheres em todo o mundo a cada ano. Assim, Field (2008) afirma que as estratégias desenvolvidas para o combate ao tabagismo devem ser específicas para cada sexo, para serem capazes de promover a cessação tabágica. De torrente de la Jara e cols. (2006) afirmam que o tabaco pode ser a causa de determinadas doenças que são relacionadas ao sexo. Em outro estudo que aborda as consequências do tabagismo para a saúde das mulheres em diferentes fases da vida (Willi, de Torrente de la Jara, Cornuz & Closuit, 2006), são pontuadas patologias que se desenvolvem no sexo feminino em decorrência do hábito de fumar, tais como infertilidade feminina, risco de eventos trombóticos arteriais e venosos quando associado ao contraceptivo e aumento da osteoporose no período pós-menopausa, como também risco de doenças cardíaco-vasculares.

No Brasil, um terço da população adulta é fumante, cerca de 16,7 milhões de homens e 11,2 milhões de mulheres. Embora a prevalência do tabagismo seja maior para o sexo masculino, em todas as faixas etárias, estudos apontam para uma tendência ao decréscimo entre homens. O contrário vem ocorrendo com o sexo feminino, visto que o número de mulheres fumantes aumentou de forma considerável, especialmente nas faixas etárias mais jovens (Carlini, Galduróz, Noto & Nappo, 2002; Ministério da Saúde, 2003; Menezes, 2004). A pesquisa do Ministério da Saúde (2003) indica que a maior parte da população fumante, começou a fumar antes dos 20 anos. Esta mesma pesquisa

salienta que a maior prevalência de tabagismo ocorreu nas cidades mais industrializadas.

A prevalência do tabagismo no mundo é de 48% para o sexo masculino e 10% para o feminino (WHO, 2007), e o Ministério da Saúde (2003) aponta questões históricas e culturais como possíveis causas para justificar a prevalência do tabagismo no sexo masculino. O tabagismo iniciou-se no mundo como um comportamento predominantemente do sexo masculino. Segundo o Ministério da Saúde (2003), os homens fumam em maior proporção do que mulheres em todas as faixas etárias. Entretanto, mulheres que pertencem à faixa etária mais jovem vêm fazendo maior uso de tabaco, o que poderá diminuir a diferença entre os sexos em um futuro próximo (Horta & cols., 2007). No Brasil, apesar da redução que ocorreu entre os anos de 1989 e 2002, ainda morrem no país cerca de 200.000 pessoas por ano em decorrência do tabagismo, sendo o câncer de pulmão a causa morte que mais acomete homens e a segunda causa de mortes entre as mulheres (OMS, 2006).

Silva, Noronha, Santos e Oliveira (2008), em pesquisa sobre a tendência de mortalidade por câncer de pulmão entre os sexos, verificaram que ocorreu um aumento na incidência desta doença no sexo feminino em detrimento ao sexo masculino, confirmando um aumento no comportamento tabágico por parte da mulheres. Esta pesquisa acrescenta que apesar de se constatar um aumento desta doença no sexo feminino, e que ao mesmo tempo, as mulheres iniciaram este comportamento mais tardiamente que os homens, são necessárias pesquisas que elucidem a etiologia do câncer de pulmão, esclarecendo os fatores hormonais, fisiológicos e genéticos que podem atuar de forma específica nas mulheres.

Quanto ao padrão de consumo de álcool, RIPSÁ (2008) reforça a existência da diferenciação entre os sexos, sendo que em todas as cidades, os homens apresentam maiores prevalências de consumo acima das recomendações em relação às mulheres. Porém, salienta que esta diferença é heterogênea nas capitais estudadas, ou seja, enquanto em uma das capitais estudadas o consumo excessivo de álcool foi oito vezes maior entre os homens do que entre as mulheres, em Florianópolis esta razão não chega a duas vezes. Resultados semelhantes foram encontrados por Primo e Stein (2004), por meio de pesquisa regional, que evidenciam associação significativa entre o sexo masculino e o abuso e dependência de álcool. Estes mesmos achados são confirmados em pesquisa nacional por Bastos, Bertoni e Hacker (2008).

Pesquisas realizadas sobre auto-avaliação de saúde (Dachs & Santos, 2006; Souza & cols., 2008), demonstram que também há diferenciação entre os sexos. Contrariando as pesquisas expressas até aqui, de que o sexo feminino adota comumente práticas de comportamentos saudáveis, no quesito auto-avaliação da saúde as mulheres referem com maior frequência que os homens percepção de saúde regular ou ruim. Todavia, estes dados podem expressar a dificuldade dos homens de expressarem por meio da auto-avaliação, a percepção de saúde que realmente o acomete. Em pesquisa realizada com industriários de Santa Catarina (Fonseca, Blank, Barros & Nahas, 2008), estes achados são confirmados, a prevalência de percepção negativa manteve diferenciação significativa entre os sexos.

Semelhantes a estes resultados, ocorreu na pesquisa de Pinheiro, Viacava, Travasso e Brito (2002), a qual constata que as mulheres relatam acometimento de maiores morbidades que os homens. Corroborando estes achados, Mendoza-Sassi, Béria, Fiori e Bortolotto (2006), em estudo sobre a prevalência de sintomas entre os sexos, concluíram que os problemas de saúde auto-relatados foram mais frequentes entre as mulheres, evidenciando possivelmente a facilidade deste sexo em relatar suas morbidades, ou salientando a dificuldade do sexo masculino em abordar sobre sua saúde (Aquino & cols., 1992). Um outro ponto relevante a ser explorado é a relação entre sexo e atividade física. Sávio e cols. (2008), pontuam que a comparação por sexo indica uma prevalência de sedentarismo nas mulheres. Resultados semelhantes foram encontrados em pesquisa realizada em Portugal (Camões & Lopes, 2008).

Em pesquisa que aborda o sexo masculino, evidenciou-se vários aspectos comportamentais com relação à atenção e cuidado com a saúde, dos quais se destaca que os mesmos percebem estes cuidados a partir da alimentação saudável, dos exercícios físicos e de realização de consultas médicas. Sobre as dificuldades referidas em relação à consulta são apontadas nesta ordem a falta de tempo e a má qualidade no atendimento. Este grupo de homens representa a saúde como bem-estar, alimentação, atividade física, hospital e vida. Neste momento, quando se analisa a partir de faixas etárias (adolescentes e adultos), denota-se diferenciação na compreensão do significado de saúde, sendo que a atividade física é considerada pelos adolescentes como esporte e propiciadora de alegria, já para o grupo de adultos, a mesma é vista como exercício físico e relacionada com prevenção, cuidados e qualidade de vida (Camargo, Torres & Aguiar, 2008).

Em relação à variável sexo, a prevalência de comportamentos de risco entre adultos é mais comum entre homens que em mulheres, incluindo tabagismo, alcoolismo (Bastos & cols., 2008; Primo & Stein, 2004) e ausência de cuidados preventivos (Courtenay, 2000; Moura & cols., 2008). Comparadas aos homens, as mulheres, tendem a adotar mais comportamentos saudáveis, sendo mais propensas a consumir alimentação saudável, como também vitaminas e suplementos minerais (Matos & Souza-Albuquerque, 2006).

Porém, a literatura nacional indica um paradoxo, expresso pelo fato de que embora as diferenças entre a mortalidade masculina e feminina indicarem uma sobremortalidade masculina, em praticamente todas as faixas etárias, as mulheres apresentam maiores auto-relatos de morbidades (Barros, Zanchetta, Moura & Malta, 2009) e elevada taxa de utilização de serviços de saúde, o que é consistente com a literatura internacional (Aquino, Menezes & Amoedo, 1992; Kauffmann & Becklake, 2000; Mendoza-Sassi & cols., 2006; Pinheiro & cols., 2002; Courtenay, no prelo). Uma possível explicação para estas diferenciações está no fato de que homens e mulheres conceituam e expressam as suas questões de saúde de maneira distinta, o que pode ser resultado das experiências pessoais e da variabilidade social que os permeiam e que podem se tornar herdeiros (Pires & Mussi, 2008).

Dentre as explicações encontradas para as diferenciações entre os sexos em relação às morbidades, estariam primeiramente as diferenças biológicas, no que as mulheres se prevalecem, já que apresentam maior resistência as doenças. Contudo, estas colocações são “razoáveis” apenas para doenças cardiovasculares, e são inconsistentes com os auto-relatos femininos por referirem maiores problemas de saúde que os homens. Todavia, os diferenciais são atribuídos também as exposições diferenciadas aos fatores de risco (Aquino & cols., 1992), como comportamento de fumar (Rodrigues & cols., 2008) e beber em excesso encontrado nos estudos já expostos até aqui. E por fim, conforme este mesmo estudo, a diferenciação entre os sexos na experiência de adoecimento contribuíram para distinguir as formas de busca de serviços de saúde, como também os relatos sobre as morbidades.

Quando se adentra na variável faixa etária, os comportamentos de saúde igualmente se diferenciam como ocorre com a variável sexo (Mendoza-Sassi & cols, 2006; Pinheiro & cols, 2002). Embora se trate de uma divisão arbitrária, nesta pesquisa foram considerados três períodos, a adolescência (15-18 anos), a idade adulta (25-55 anos) e o idoso (a partir de 60 anos).

Em relação aos adolescentes, em comparação com crianças, estes são menos acometidos por doenças. Porém, duas doenças que se destacam nesta faixa etária, relacionam-se a distúrbios alimentares, com a anorexia e a bulimia, evidenciadas predominantemente no sexo feminino. A anorexia se caracteriza por um comportamento direcionado para a perda de peso, e a recusa de sua manutenção, em função disto, ocasiona sintomas como amenorréia, ou seja, interrupção da menstruação, entre outros. Já a bulimia se caracteriza por preocupação em demasia com o peso corporal, com comportamentos intencionais de excesso de alimentação e uso de laxantes e vômitos para reverter o abuso alimentar. A anorexia comparada com a bulimia, evidencia-se ser menos recorrente, todavia mais fatal (Bee, 1997).

As explicações elencadas por Bee (1997), em relação a frequência de distúrbios alimentares (anorexia e bulimia) na adolescência, faixa etária típica de acometimento, liga-se aos efeitos da puberdade, já que esta aparece como um período crítico para a obesidade (Adami & Vasconcelos, 2008), os quais ocasionam um aumento da gordura corporal, principalmente no sexo feminino. Outra possível causa, seria a distorção entre imagem corporal com a percepção do que realmente o corpo é.

Essa mesma autora aponta, que os cuidados de saúde para os jovens se torna trivial, visto que ainda não são acometidos com frequência por morbidades e aliado a isso, menos propensos a mortes devido a adoecimentos. Todavia, os hábitos inadequados de saúde podem não causar impacto inicial durante a juventude, mas podem contribuir para desencadear mais tarde o desenvolvimento de doenças. Ademais, várias doenças podem se caracterizar como insidiosas, não manifestando seus sintomas entre 20 e 40 anos, mas o processo pode ter iniciado (Bee, 1997). Neste cenário, assinala-se a importância da adoção de comportamentos saudáveis e preventivos desde a juventude.

Quanto as taxas de mortalidade na adolescência podem se tornar elevadas em decorrência de comportamentos de risco, como o excesso de velocidade e a associação entre direção e álcool, o que pode provocar acidentes automobilísticos. O uso de álcool, tabaco e outras drogas apresenta um risco significativo para a saúde dos adolescentes (Paduani & cols., 2008), visto que este padrão de comportamento em geral é adotado nesta faixa etária e pode desencadear com o tempo muitos transtornos a saúde. Conforme Bee (1997), o uso abusivo de álcool e outras drogas caracteriza a exceção para o desenvolvimento de doenças em jovens e adultos jovens, assinalando estas faixas etárias como prevalentes para estes comportamentos. Cabe lembrar que o



álcool é uma das substâncias mais utilizadas entre os jovens e o início do seu consumo vem ocorrendo cada vez mais cedo, o que aumenta o risco de dependência posterior e o aumento dos comportamentos de risco que se associam a ele, como violência, consumo de cigarro entre outros (Oliveira, Soibelman & Rigoni, 2007).

A maioria dos fumantes começa a consumir tabaco antes de alcançar a idade adulta. Aproximadamente 25% dos jovens que fumam no mundo, iniciaram antes dos 15 anos (Falcão & Costa, 2008; WHO, 2002) e o início precoce pode indicar maior gravidade da dependência e o aumento significativo de problemas decorrentes do uso do tabaco (Campana & cols., 2001). Além disso, alguns estudos indicam que fumantes apresentam maior probabilidade de consumir álcool e drogas ilícitas do que não fumantes e essa associação parece ser maior entre adolescentes e adultos jovens do que entre pessoas com idade igual ou superior a 35 anos (Almeida & Mussi, 2006; Carlini & cols., 2004; WHO, 2002).

O jovem em geral começa a fumar ocasionalmente, porém com o tempo passa a fumar diariamente, isso ocorre nos EUA, com 25% dos adolescentes que fumam esporadicamente. Outra peculiaridade do tabaco pontuada por Campana e cols. (2001), é o fato de que na população jovem seu uso não declina com a idade, o que ocorre com outras drogas ilícitas. Dados do Ministério da Saúde (2003) apontam queda do consumo entre jovens, porém as meninas estão fumando mais que os meninos.

Em relação à atividade física, constata-se um declínio desta com a faixa etária, sendo que na adolescência se assinala uma diminuição dos gastos energéticos, o que pode contribuir para comportamentos tabagistas e alcoólicos nestas faixa etária. Este declínio da atividade física com a faixa etária, pode ser um consistente achado na epidemiologia da atividade física (Sallis, 2000). Estudo desenvolvido por Silva e cols. (2007), evidencia que os comportamentos de saúde possuem uma inter-relação, ou seja, comportamentos salutare propiciam bem estar e outros comportamentos que também são saudáveis.

Ao tratar de atividade física, faz-se necessária a discussão sobre o sobrepeso e a obesidade em adolescentes. Destaca-se que o sobrepeso e a obesidade entre adolescentes pode se associar ao número de refeições diárias, na relação de horas diárias em que permanecem assistindo TV e na supressão de alimentação para perda de peso. A associação entre sobrepeso e tempo em que permanecem assistindo TV pode ser explicada pela via do sedentarismo e pela consumo de

alimentos calóricos durante este tempo. Nesta mesma pesquisa, os resultados revelam maior frequência de obesidade entre os adolescentes de nível econômico mais elevado (Dutra, Araújo & Bertoldi, 2006). Contrariando estes achados, em recente revisão sistemática, constatou-se que não há evidências claras sobre associação entre sobrepeso e obesidade na infância e adolescência e mortalidade na idade adulta, todavia, é importante salientar que houve tendência desta associação no sexo masculino.

Mendoza-Sassi e cols. (2006), indicam que em relação à faixa etária, os sintomas auto-relatados se diferenciam, dado que os sintomas como febre, dor de garganta e dor de ouvido afetam faixas etárias mais jovens, porém, sintomas relacionados a doenças crônicas, são relatados com maior frequência entre os idosos. Pinheiro e cols. (2002) confirmam estes resultados, ao pesquisar a associação do sexo e da faixa etária em relação à condição de saúde auto-relatada. Ademais, evidencia-se que esta condição referida a partir dos quinze (15) anos é pior entre as mulheres.

Matos e Souza-Albuquerque (2006), indicam que no âmbito da prevenção, são necessários programas específicos para facilitar e promover as escolhas dos jovens em relação aos comportamentos de saúde, que além de facilitar a adoção de estilos de vida saudáveis, também promovam estes comportamentos e estilos de vida salutares a patamares de prestígio na relação destes jovens com o seu mundo social.

Reportando à fase adulta, questiona-se como caracterizar esta etapa da vida, pois a noção de um estágio psicológico estável e com ausência de mudanças importantes é inadequada, já que mesmo partindo de uma concepção do desenvolvimento que generaliza o fato de que adultos trabalham, formam família, educam filhos, tem projetos tanto individuais quanto coletivos, demonstra a possibilidade para inúmeras transformações e a possibilidade de viver instabilidades. Duas características que podem ser arroladas para caracterizar a fase adulta e demarcam a diferenciação destes com os adolescentes é a inserção no mundo do trabalho, e também a maneira distinta com que estabelecem as relações interpessoais (Oliveira, 2004). Voltando o olhar para o processo saúde-doença, Pires e Mussi (2008), acrescentam que em geral o adolescente não se sente vulnerável à doença, enquanto os mais velhos, mais preocupados com a saúde, apegam-se ao tratamento como alternativa de prolongamento da vida. Já demonstrando maneira diferenciada de significar e reagir diante dos comportamentos de saúde.

Ao final dos 30 anos e início dos 40 anos as mortes decorrentes por doenças começam a ser mais comuns, como doenças cardíacas e

câncer (Bee, 1997). Pesquisa realizada nos EUA, afirma que as doenças cardiovasculares são responsáveis por um grande número de mortes acima dos 25 anos de idade, em decorrência da adoção do hábito de fumar iniciado durante a adolescência (Eaton e cols., 2008). Conforme este mesmo estudo, ressalta-se que os comportamentos de risco durante a adolescência diminuíram a partir da década de 90, todavia, ainda ocasionam impactos a saúde do jovem, ocasionando mortalidade e morbidades que poderiam ser evitadas.

Em estudo sobre atividades físicas e práticas alimentares realizado com universitários entre 18 e 46 anos, constatou-se alto nível de sedentarismo e inadequação alimentar, e neste grupo, confirmou-se a associação entre nível socioeconômico e atividade física, na relação de quanto maior o primeiro, maior será o segundo. Neste grupo, sobressaiu o alto consumo de refrigerantes e doces, destacando hábitos alimentares inadequados. Como principais causas do sedentarismo, foram relatadas: falta de dinheiro e tempo para a prática regular. Salientando que apesar dos benefícios da prática de atividade física na melhoria da saúde serem conhecidos e documentados, ainda assim, poucos indivíduos da fase adulta tornam-se ativos. Outra saliência deste estudo está no declínio da atividade física com o passar dos anos, o que geralmente se inicia na adolescência (Marcondelli, Costa & Schmitz, 2008).

Conforme Andrieu (2006), o processo de envelhecimento é diferente para homens e mulheres, sendo que isso se repercute nos comportamentos de cuidados de saúde dos idosos. Para o autor, com o objetivo de garantir maior longevidade e também vitalidade da juventude, o sexo feminino se preocupa mais com a manutenção da saúde e diminuição dos riscos de doenças. Andrieu (2006) acrescenta que nos homens, o envelhecimento é menos estudado e por isso mais difícil de ser avaliado. Contudo, estudos epidemiológicos evidenciam que os coeficientes de mortalidade masculina são 50% maiores do que os femininos. Os homens morrem em maior número que as mulheres e parecem preocupar-se menos com a própria saúde e com o envelhecimento (Laurenti, Mello Jorge & Gotlieb, 2005). Pinheiro e cols. (2002) contribuem afirmando que em relação aos cuidados de saúde o diferencial entre os sexos não se mantêm tão notórios, ocorrendo uma diminuição a partir dos 65 anos de idade, tanto na área urbana quanto na área rural, porém ainda há uma predominância destes no sexo feminino.

Conforme Laurenti e cols. (2005) para analisar a saúde masculina é preciso avaliar as transições demográficas e epidemiológicas, considerando o envelhecimento populacional e as

alterações no panorama das doenças. As projeções para 2020 revelam que aproximadamente 77% das mortes nos países em desenvolvimento ocorrerão por doenças não-transmissíveis, são doenças tratáveis, mas que acompanham o paciente durante toda vida, estas doenças denominadas crônico-degenerativas, ocorrem durante o processo de envelhecimento e estão correlacionadas com as condições de vida, especificamente quanto à nutrição, ambiente físico e comportamento seguro. Segundo Mazo, Lopes e Benedetti (2004) o estilo de vida influenciará a forma como as pessoas chegarão à velhice, justificando a necessidade de políticas para o envelhecimento saudável, buscando priorizar ações preventivas.

Sobre as condições de saúde dos idosos de Florianópolis, Benedetti, Petroski e Gonçalves (2006), verificaram que tanto homens quanto mulheres têm percepção positiva em relação ao seu estado de saúde e ao apresentarem problemas de saúde à procura por instituições pública e privada torna-se praticamente equivalente. Segundo o mesmo estudo, em relação ao tabagismo a frequência é maior entre idosos do sexo masculino. As maiores dificuldades alegadas para a procura por serviço de saúde foram dificuldade financeira e de locomoção, sendo a primeira mais recorrente entre os homens. Benedetti e cols. (2006) acrescentam que em Florianópolis os homens contam com as esposas para os cuidados de saúde necessários, já as mulheres, com os filhos e os netos. Sobre isso, Xavier, Bittar e Ataíde (2009), a partir do desenvolvimento de pesquisa relativa aos comportamentos de cuidados em pacientes com doenças crônicas, reiteram que o papel familiar tanto para o tratamento, adesão aos medicamentos, e dieta é essencial

Durante a velhice, a prática de exercícios físicos se torna essencial, dado que contribuem para a manutenção de níveis elevados de desempenho cognitivo, ademais, com o aumento da idade, um funcionamento bom da saúde, tem haver com no mínimo a manutenção de uma prática moderada de exercícios físicos (Bee, 1997).

Com este capítulo, pretendeu-se abordar estudos que investigaram as diferenciações entre os sexos e também entre as faixas etárias, salientado, que os achados denotam dificuldade de comparação, já que foram definidas tanto cidades quanto populações diferentes para o estudo. Porém, é possível antever uma predominância destes comportamentos de saúde estudados aqui, mais prevalentes no sexo feminino em detrimento do sexo masculino. O que novos estudos poderão abordar é o porquê desta diferenciação, levando em consideração, as teorias de gênero. Cabe salientar que independente do sexo e da faixa etária, os indivíduos que nutrem comportamentos

deficitários de saúde, apresentam um risco maior para o desenvolvimento de morbidades e elevada mortalidade.

### **3.5 Conhecimento e Saúde**

Com o intuito de compreender o processo utilizado pelos indivíduos na construção do conhecimento sobre a saúde e o significado dado a prevenção, nesta pesquisa a vida cotidiana é entendida como uma realidade que é dotada de significados e por sua vez é interpretada pelos homens na medida em que forma um todo coerente para cada um, ou seja, é um processo subjetivo e que é perspassado pela especificidade dos grupos em que se inserem. Este mundo da vida cotidiana se origina no pensamento e na ação humana, e desta forma, torna-se um mundo real materializado pelos próprios indivíduos (Berger & Luckmann, 1985). As práticas cotidianas são experiências que originam diferentes significados e a linguagem é o meio utilizado para a construção do que explicam e interpretam sobre os acontecimentos e fenômenos que estão ao seu redor. A linguagem torna-se o tradutor da ação e das atitudes dos indivíduos no mundo (Chiaravalloti & cols., 2002).

O repasse de conhecimento às pessoas e comunidades sobre saúde-doença e as informações sobre condutas de prevenção ocorrem de várias maneiras, duas formas principais são: os meios de comunicação em massa, a mídia, e especificamente pelos profissionais da saúde que atuam diretamente com os usuários dos serviços. Estas informações constituem o fundamento sobre o qual os indivíduos e grupos constroem o conhecimento e conseqüentemente significam os comportamentos de saúde e a prevenção. Todavia, mesmo havendo conhecimento, a pouca efetividade dos programas de prevenção chamam a atenção (Stotz, 1993, Stroebe & Stroebe, 1995).

Autores como Stotz (1993), Oliveira e Valla (2001), apontam que a baixa resolutividade ocorre pela falta de reconhecimento das prioridades, à falta de incentivo à participação comunitária nas medidas preventivas e pela desconsideração da construção compartilhada do conhecimento, através do saber popular, nesta pesquisa entendido como o fenômeno das representações sociais. Neste cenário, Stotz (1993), pontua que a responsabilização individual torna os programas preventivos descontextualizados, com um extremo caráter individualizante contrariando a necessidades requeridas pelos programas preventivos. Além disso, este autor destaca que o método de trabalho

que se adapte a perspectiva preventiva deve envolver os indivíduos e os grupos agindo em defesa da saúde.

Corroborando com a discussão acima, Chiaravalloti e cols., (2002, p. 1323) afirmam que o modelo médico de prevenção que se baseia apenas na divulgação de informação focando os procedimentos preventivos geralmente não alcança mudanças de hábitos e estilos de vida. “Isso ocorre porque se define um nível de conhecimento como ideal e supõe-se que o seu repasse à população” é suficiente para estabelecer mudanças de comportamento ou ainda adoção de estilo de vida saudável. Todavia, não se estabelece a interlocução entre usuários e o serviço de saúde, desconsiderando que o processo de construção do conhecimento ocorre por meio desta intercomunicação e se estabelece a partir das trocas sociais.

Rouquette (2003) afirma que os conhecimentos, independente de sua natureza, são forjados e difundidos no quadro das comunicações, o que ocorre no plano da sociabilidade. Este aspecto é notório na formação das representações sociais, já que este é um conhecimento socialmente partilhado e que se constitui não de conhecimentos individuais acumulados, mas sim de condições e de práticas comuns, que o nutrem e o modelam. Esta questão pode ser evidenciada pelo hábito de fumar. Em pesquisa realizada por Almeida e Mussi (2006), constata-se que a maioria dos jovens tabagistas conhece o efeito prejudicial do tabaco à saúde, e este conhecimento foi adquirido por meio de orientação familiar. Todavia, os jovens permanecem com este hábito. O estudo pontua que independente da informação sobre a saúde ter sido transmitida da melhor maneira, ainda assim é insuficiente para traduzir mudança de comportamento. Este ponto remete a relação entre representações sociais e comportamento, que será exposta no próximo capítulo.

Pires e Mussi (2008), em pesquisa empírica sobre crenças e hipertensão, demonstram a relação das primeiras no comportamento preventivo, neste caso a redução da ingestão do sal para promover o controle e a prevenção dos agravos à saúde dos hipertensos. Apontam que as mudanças comportamentais se tornam ainda mais difíceis em indivíduos que lutam pela sobrevivência, visto que as contingências já os submetem a privações, e as mudanças comportamentais representam o abandono de alguns prazeres, o que dificulta principalmente a adoção de dietas. Neste contexto, os autores apontam a educação em saúde, contemplando a individualidade e o contexto de inserção do indivíduo como essencial para encorajar a adoção de comportamentos preventivos.

Até então foi abordado o conhecimento e suas implicações no processo saúde-doença, apontando a discrepância existente na relação deste com os comportamentos saudáveis e ou preventivos, já que aquisição de conhecimento não se traduz diretamente em comportamentos de cuidados de saúde. De que forma, pode-se modificar os comportamentos de risco para a saúde e contribuir para a adoção de comportamentos saudáveis? Stroebe e Stroebe (1995) apontam dois tipos de abordagem que se ligam à modificação dos comportamentos de saúde: o modelo de saúde pública e o modelo terapêutico. O primeiro modelo envolve programas de promoção à saúde com o intuito de modificar o comportamento de grandes grupos, e podem envolver apelos persuasivos, medidas legais e os incentivos econômicos. Já o segundo foca-se em trabalho mais individualizado ou de pequenos grupos, em que se pretende ensinar os indivíduos estratégias para manutenção da motivação e implementação da mudança. Estas abordagens não são mutuamente excludentes, já que podem ser utilizadas juntas e se complementam.

Para a utilização destas medidas e a sua eficácia, é necessário avaliar a situação como um todo, pois Stroebe e Stroebe (1995) referenciando Jeffery (1989) salientam que o fracasso das campanhas em saúde permeia a inadequação do conteúdo ao público em questão. Sendo assim, torna-se importante considerar a especificidade dos grupos como também os conhecimentos que são forjados nestes, por meio das representações sociais, aporte teórico utilizado nesta pesquisa.

### **3.6 A Psicologia Social e suas implicações na saúde**

Vários padrões de comportamento são indicados como prejudiciais à saúde, tais como fumar, beber, não praticar exercícios regularmente. Estes fatores, entre outros, contribuem para o desenvolvimento de uma saúde precária. Neste ponto, os conhecimentos da psicologia social podem ser pertinentes para discutir variáveis que interferem na adoção de comportamentos saudáveis, como também estratégias usadas para alterar comportamentos prejudiciais à saúde (Stroebe & Stroebe, 1995). Para tanto, abaixo foram discutidos os conceitos de representação social, especialmente da abordagem estrutural, a relação entre representação e comportamento; conceitos-chaves imbricados nesta pesquisa. E por fim, revisões sobre as representações sociais da saúde e de crenças em saúde, abordando pesquisas desenvolvidas com estas temáticas.

### 3.6.1 Representação social

Uma forma que os grupos adquirem conhecimentos, crenças e até mesmo preconceitos sobre um objeto desconhecido envolve, na sociedade atual, um universo consensual, por meio das falas e conversações ocorridas no cotidiano das pessoas. Guimelli (2003) referenciando Grisez (1992) afirma, que esta classe de conhecimento, determinada pela lógica natural, relacionada ao pensamento social, designa-se como teoria do senso comum e manifesta-se por meio do fenômeno das representações sociais. Este conhecimento é concebido num contexto de pluralidade e como tal, seu nascimento se circunscreve aos grupos. Assim, a teoria das representações sociais (TRS) se torna um aporte essencial para o desenvolvimento deste trabalho, por isso será abordada neste capítulo.

As raízes do conceito de representação social tiveram origem nos estudos sobre cognição social situados nas tradições clássicas de Durkheim (Vala, 2004). Partindo desta tradição sociológica durkheimiana, Moscovici (1981) desenvolveu uma psicologia do conhecimento, que pressupõe a representação social como um fenômeno que caracteriza uma forma de conhecer o mundo, em que os grupos compartilham e constroem conceitos, explicações e conhecimentos sobre determinado objeto social, por meio de comunicações interindividuais realizadas no quotidiano. Sua tese de doutorado, originou a obra *Psychanalyse: son image et son public*, publicada em 1961, na qual Moscovici passa a demonstrar tanto a importância quanto a possibilidade de mudanças do pensamento científico quando apropriado pelo senso comum, demarcando o princípio da indissociabilidade entre sujeito e objeto, interno e externo, indivíduo e sociedade (Alexandre, 2000; Moreira & Jesuíno, 2003).

Farr (1995) afirma que, a psicologia social de influência norte-americana (PSA) ainda tinha a supremacia nas produções teóricas e nas pesquisas em psicologia social e Moscovici representou o início de uma reação européia com o questionamento do aspecto individualizante reinante nos estudos da época. Jesuíno (2006, p. 50) corrobora afirmando que “quanto à natureza das práticas, verificou-se acordo em que a psicologia social européia (PSE), adotava uma orientação menos individualista, mais filosófica e mais consciente da história”.

Ao enunciar o potencial do senso comum em produzir conhecimento, Moscovici (1981) postulou o conceito de sociedade pensante, a qual possui autonomia para pensar, produzir e comunicar representações, em um processo constante. Tanto indivíduos quanto



grupos não são receptores passivos, já que recriam conhecimentos oriundos do universo científico que são objetos de suas problemáticas diárias.

A teoria das representações sociais operacionaliza um conceito para trabalhar com o pensamento social em sua dinâmica e em sua diversidade. Parte da premissa de que existem formas diferentes de conhecer e de se comunicar, guiadas por objetivos diferentes, formas que são móveis, e define dois universos dos quais nascem as RS: o universo consensual e o universo reificado. Com Moscovici (1981) é legitimada a importância do saber popular, o qual inspira pesquisas científicas na busca do entendimento destas produções geradas no e pelo social.

No universo consensual cada indivíduo é livre para se portar como um “pensador amador”, opinando, verbalizando teorias, pontos de vista e resposta a cerca de um objeto específico, isso ocorre em diversos lugares de trocas, seja nas ruas, nos bares, nas praças, nos clubes e nos cinemas, locais onde nascem as representações sociais (Moscovici, 1981). É o universo no qual cada indivíduo procura se sentir confortável, aceito, reconhecido e protegido das discordâncias.

Já o universo reificado se ancora e materializa no espaço científico, com sua linguagem específica e sua hierarquia própria. Além disso, pressupõe postulados e hipóteses que podem vir ou não a serem confirmados por meio da atividade científica, sendo que esta é forjada num ambiente por vezes artificial. Ao contrário do universo consensual, o universo reificado possui regras lógicas, busca a impessoalidade, o distanciamento do pesquisador perante objeto, baseia-se em evidências, além de partir de premissas para a conclusão (Moscovici, 1981).

Este aporte teórico forjado pela TRS, afirma a diferença entre os vários saberes, demarcando as peculiaridades destes conhecimentos (consensual e reificado), porém não significando hierarquia nem isolamento, apenas propósitos diversos, com modos de elaboração peculiares e funções distintas, expressando racionalidades com características específicas.

A teoria do senso comum, sistematizada pela teoria das representações sociais, enfoca a forma com que os seres humanos tentam compreender o mundo que os permeia, as relações que se estabelecem, os lugares comuns e quebra-cabeças que se delineiam desde o início de vida, provocando estranhamento e oferecendo motivo para preocupação e conversas (Moscovici, 1981).

O conceito de representação social apresentado por Moscovici (1978) indica que as representações re-apresentam um objeto, uma

qualidade, um ser, atualizando o significado destes. Uma vez criadas, as RS adquirem vida própria, circulando, se atraindo e se repelindo, dando oportunidade de criação e recriação de novas RS. Assim, a representação nasce na materialidade, no espaço social e histórico no qual se insere o indivíduo e como tal é constituída por lugares simbólicos, significantes que dependem do marco histórico que permeia este indivíduo ou grupo.

Moscovici (2003) frisa a importância da ação comunicativa entre os grupos, demarcando as RS como um modo específico de compreender e de se comunicar, ou seja, as representações são estruturas pela mediação entre sujeito e objeto, a partir da ação discursiva, as quais se manifestam por meio da linguagem nas práticas do cotidiano. Salientando que as RS não são criadas por indivíduos isolados, mas sim compartilhadas por grupos e reafirmadas pela tradição. Jodelet (2001) aborda as representações sociais como um conhecimento organizado e partilhado socialmente que edifica a realidade do grupo social, constituindo uma totalidade significativa.

O caráter social do fenômeno representações pode ser explicado por três critérios: o quantitativo, na medida em que é partilhado por um conjunto de indivíduos, o critério genético, já que é produzido e construído de forma coletiva e o critério de funcionalidade, na medida em que as representações constituem um saber prático (Jodelet, 2001; Vala, 2004; Wagner, 2007).

Quanto às funções das RS, Abric (1998) pontua quatro essenciais:

- função de saber prático, possibilitando explicar a realidade a partir do conhecimento do senso comum;
- função de identificação, permitindo a manutenção da coesão grupal pois define a identidade do grupo;
- função de orientação, norteando as práticas e os comportamentos dentro de um contexto social;
- função de justificativa e avaliação, admitindo explicar e justificar as condutas.

Estas funções permitem a existência de comportamentos que são guiados por meio de representações, porém existem os comportamentos não representacionais que são emitidos sem estarem ancorados em representações, não sendo, portanto orientado por elas. Nesta pesquisa, busca-se compreender a relação entre a representação social da saúde e a adoção de comportamentos saudáveis.

Para Moscovici (2003) as RS são formadas para tornar familiar o não-familiar, transformar o novo, o desconhecido em algo conhecido, ou seja, recuperar a estabilidade interna, acomodando este novo conhecimento que desequilibra em algo que possibilita sua assimilação e compreensão. É uma forma de tornar acessível o conhecimento para os grupos. Para isto, existem dois processos geradores das RS: a ancoragem e a objetivação.

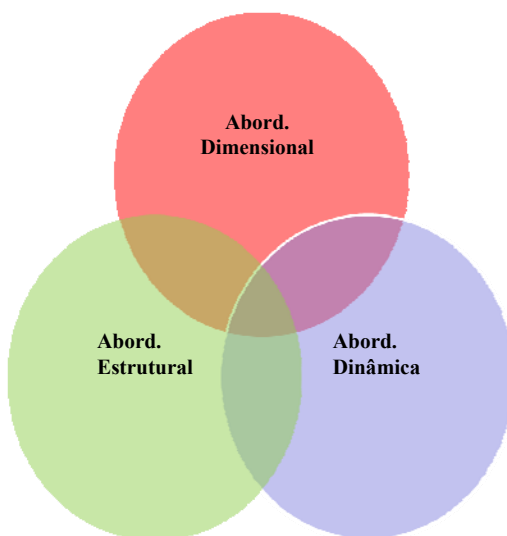
A ancoragem é o processo de classificar, de dar nome, de reduzir coisas estranhas a categorias já existentes, transformar algo alheio e que perturba pelo fato de ser novo, em nosso sistema particular de categorias. Para isto, o novo é comparado a uma categoria já existente e inserida na que possui características em comum. Já a objetivação visa tornar algo abstrato em concreto, é o processo de transferência do que está na mente para o plano físico. Moscovici (1981) explica que é uma forma de saturar o conhecimento da realidade, em que após tê-lo percebido em um universo intelectual, ele emerge como algo concreto e tangível. Nas palavras de Moscovici (2003, p. 55), “a dinâmica das relações é uma dinâmica de familiarização, onde os objetos, pessoas e acontecimentos são percebidos e compreendidos em relação a prévios encontros e paradigmas”.

Conforme a figura 2, a teoria das representações sociais esboça três abordagens complementares e que se diferenciam por focarem em aspectos diferentes, todavia com o intuito de conhecer o pensamento social. A abordagem original, postulado por Moscovici (1978), foi designada dimensional e indica que as representações possuem três dimensões:

- 1) Informação: organização do conhecimento do grupo sobre um determinado objeto a partir de sua quantidade e qualidade;
- 2) Atitude: relaciona-se a predisposição para um determinado comportamento, diz respeito ao posicionamento favorável ou desfavorável a um objeto, pessoa ou acontecimento;
- 3) Campo de representação: é o conteúdo concreto e limitado de um aspecto determinado do objeto representado.

Além desta abordagem, os estudos para aprimorar a teoria das representações sociais prosseguiu e desta forma, foram desenvolvidas a abordagem dinâmica e a estrutural.

(Informação, atitude e campo de representação )



(Núcleo Central e Elementos periféricos)

(Elementos afetivos, mentais e sociais, que integram cognição, linguagem e comunicação)

**Figura 2:** Abordagens da Teoria das Representações Sociais

A abordagem dinâmica busca auxiliar a compreensão de como as representações sociais interferem na vida diária das pessoas. Já a abordagem estrutural entende a representação social dividida em elementos e complementa ainda o entendimento de uma das três dimensões esboçadas por Moscovici (1978) referente as representações: a dimensão campo, a qual se relaciona a idéia de modelo social, em que se dá a organização do conhecimento e das atitudes sob forma de teorias.

### 3.6.1.1 A abordagem estrutural: A Teoria do Núcleo Central

A Teoria do Núcleo Central foi desenvolvida por Abric em 1976, a partir de sua tese de doutorado fundamentada em pesquisas experimentais e posteriormente, complementada por Flament (1987). A

mesma postula as representações sociais sob o panorama estrutural e é desenvolvida para agregar os estudos sobre as representações (Campos, 2003; Sá, 1996). Seu aporte teórico tem sido utilizado para estudar a influência social e o processo de modificação das representações e já demonstrou seu valor heurístico e sua validade (Campos, 2003; Flament, 2001; Sá, 1996).

O conjunto de idéias, crenças, atitudes e informações que compõe as representações sociais de um objeto social se organizam em torno de um estrutura e constituem um sistema sócio-cognitivo, ou seja, estes conteúdos se estruturam em elementos hierarquizados em um núcleo central e em torno deste se organizam os elementos periféricos (Abric, 1998). Campos e Rouquette (2000, 2003) reiteram que a representação é um tipo de conhecimento estruturado que tem um papel determinante na forma como os indivíduos reagem face à realidade, dotado desta forma de um componente afetivo, ou seja, composto por elementos que são atitudinais.

O núcleo central é constituído das cognições que singularizam e dão significados à representação, determinando sua organização interna, isto equivale afirmar que sistemas centrais diferentes constituem representações diferentes, porém, representações com sistemas centrais idênticos, podem ser consideradas idênticas (Abric, 1998; Sá, 1996). Além disso, pode-se afirmar que se ocorrer uma modificação no núcleo central, pode ocorrer uma modificação na representação, ou seja, para que haja modificação na representação como um todo é necessário que altere seu núcleo central. Já a modificação do sistema periférico não significa mudança da representação em questão, podendo se tratar ainda da mesma representação (Abric, 2003).

Abric (2003) e Vala (2004) corroboram que o núcleo central é coerente, rígido, estável, consensual, denota a homogeneidade de grupos que partilham as mesmas representações, o que se liga a história coletiva, resultando da memória coletiva e do sistema de normas ao qual o grupo pertence. Segundo Campos (2003), o núcleo central é determinado pela natureza do objeto social representado, a finalidade da situação e pelo tipo de relações estabelecidas com este objeto, além da importância para o conjunto da representação já que assegura sua estabilidade e perenidade. Estas condições têm um papel fundamental na ativação de elementos do núcleo central, indicando que diferentes elementos deste núcleo serão privilegiados. Em situações com finalidade pragmática, Abric (2003) aponta que serão ativados os elementos com características funcionais, porém, em situações de trocas sociais,

juízo ou posicionamento avaliativo, os elementos normativos serão ativados.

Em relação ao processo de ativação de um elemento do núcleo central, Abric (2003) aponta sua importância para o conjunto da representação, ou seja, um elemento principal é mais ativado que um elemento adjunto. Sendo assim, o núcleo central é constituído por elementos normativos – aqueles ligados ao sistema de valores do indivíduo-, e funcionais – ligado ao posicionamento do objeto dentro das práticas sociais e vinculados às características descritivas deste objeto, alguns deles são principais e outros são adjuntos. Os elementos que compõem o núcleo central além de restritos não são equivalentes entre si, uns tem mais importância que outros, ou seja, são mais centrais. Para se definir a centralidade de um elemento da representação são usados tanto critérios quantitativos quanto qualitativos, já que este último é insuficiente para assegurá-la (Campos, 2003). O papel desempenhado pelo núcleo central é expresso pelas seguintes funções:

1) função genética ou geradora: é a partir do núcleo central que se forma ou se transforma os significados dos outros elementos da representação;

2) função organizadora: unifica e estabiliza a unidade da representação determinando a natureza da conjunção entre os elementos.

Quanto ao sistema periférico, seus elementos se organizam ao redor do núcleo central, sendo mais concretos, acessíveis vivos e flexíveis (Abric, 2003; Campos, 2003). Estes elementos ajustam a representação a seu contexto, à realidade concreta e às práticas sociais de um determinado grupo. Nas palavras de Flament (2001, p. 179), o sistema periférico “funciona como o pára-choque de um automóvel: protege em caso de necessidade, as partes essenciais do veículo, mas ele pode ser amassado”. Os elementos periféricos tanto os mais próximos quanto os mais distantes do núcleo central são atividades pelas diversidades de situações do contexto, originando um funcionamento dinâmico e servindo como guia de leitura da realidade (Campos, 2003). Segundo Abric (1998), este sistema responde por três funções essenciais:

- 1) concretização: os elementos que originários do processo de ancoragem permitem o entendimento concreto das representações atuando na interface entre o núcleo central e a situação dada permitindo seu entendimento e a possibilidade de transmissão;

- 2) regulação: os elementos periféricos têm papel primordial na adaptação dos conteúdos da representação às mudanças ocasionadas pelo contexto; assim, os elementos novos são alocados na periferia da representação e se contradizem a mesma podem ser reservados como exceção;
- 3) defesa: forma de proteção do núcleo central para neutralizar importantes modificações do meio já que confere à representação plasticidade e adaptabilidade, o que significa afirmar que toda modificação ocorre por meio do sistema periférico, o qual muda inicialmente. Quando surgem as contradições intoleradas, desacordo entre representação e a realidade, ocorre uma transformação na representação atingindo primeiro o sistema periférico.

Flament (2001) agrega outras duas funções ao sistema periférico, as quais são confirmadas em estudos recentes por Abric (2003), a função de prescrição de comportamentos, pois indica ao indivíduo como agir espontaneamente em uma determinada situação e contexto; e a função personalização, refere-se à apropriação de forma individualizada em contextos específicos, denotando a possibilidade de existir diferenças visíveis, porém preservando o núcleo central. Em relação as outras funções, estes dois autores comenam, porém, Flament (2001) acrescenta a noção de elementos estranhos possibilitando que o sistema periférico tolere as possíveis contradições entre representação e a prática social do indivíduo.

Em suma, procurar o núcleo central é buscar o fundamento, ou seja, a raiz social da representação, que em seguida será modulado, individualizado por meio do sistema periférico (Abric, 2003). Neste sentido, esta pesquisa, utilizando a teoria das representações sociais com foco na abordagem estrutural, oportunizará um quadro de análise que mescle tanto o funcionamento individual, por meio do sistema periférico, em interação com o núcleo central, demarcando o que é homogêneo no grupo estudado. Esta abordagem propiciará o conhecimento dos processos que intervêm na adaptação sócio-cognitiva à realidade cotidiana que perpassam os cuidados de saúde (crenças e representações sociais), bem como as características e especificidades do contexto social e ideológico deste determinado grupo.

### **3.6.2. Representações sociais e comportamento**

Visto a temática desenvolvida nesta pesquisa é pertinente apresentar algumas considerações sobre a relação entre representação social e comportamento. Ao fazer uma revisão (Abric, 2003; Campos, 2003; Rouquette, 1998) sobre esta relação, constata-se que por vezes os termos comportamentos e práticas sociais são usados como sinônimos, o que será adotado também neste trabalho. Ressaltando que o comportamento que interessa aqui, diz respeito ao comportamento que o indivíduo emite enquanto membro de um determinado grupo e não em contextos particulares.

Como aponta Abric (2003) e Rouquette (1998), a relação entre representação social e comportamento é complexa e controversa. Isso ocorre já que a previsão do comportamento por meio das representações sociais não ocorre de maneira direta, pois inúmeras variáveis atuam na determinação das ações humanas. Para Campos (2003), afirmar uma relação recíproca entre representação social e comportamento seria uma afirmação demasiadamente genérica e que não favorece o entendimento de situações específicas e particulares. Este mesmo autor concorda com Rouquette (1998), que seria plausível considerar as representações como condições da prática social e as práticas são agentes de transformação de representações e não uma influencia recíproca direta.

Para Moscovici (1978), as representações sociais fazem parte da constituição da ação, modelando o contexto de inserção do comportamento. Com Vala (2004), ocorre a diferenciação entre os comportamentos representacionais e os comportamentos situacionais, ao se referir à existência de diversos tipos de ações emitidas, contudo, apenas uma parcela destas poderia ser explicada por meio das representações sociais aderidas pelos indivíduos. No caso dos comportamentos representacionais, as características destes seriam determinadas em menor proporção pela situação concreta e com maior saliência pelos fatores pré-situacionais. Já no caso de comportamentos situacionais, as características do contexto seriam mais salientes que a representação social e desta forma, guiariam a direção do comportamento. Assim, neste caso a representação social possuiria menos importância na previsão do comportamento.

As próprias funções da representação social têm estreita relação com o comportamento, sendo estas enunciadoras de ações desejáveis, como já foi mencionado ao abordar a funcionalidade das representações sociais. Outra noção que evidencia a relação entre representação social e comportamento individual se relaciona ao sistema periférico, procedente da perspectiva estrutural. Este sistema possibilita explicar o comportamento individual, já que nele coabita a ligação entre elementos



abstratos que são imprescindíveis à representação e contextos individualizados, que evidenciam a particularidade da situação (Flament, 2001). No entanto, Abric (1998) pontua que a adoção de práticas que contradizem uma representação, pode ocasionar mudança tanto no sistema periférico quanto no núcleo central de uma representação. Abric (2003) ainda acrescenta que os processos que compõem uma representação ocorrem por meio de ações sobre a realidade e que este pode ser a origem de práticas sociais.

Esta distinção entre representação e comportamento abordada até aqui é refutada por Wagner (1994), já que em sua visão o próprio comportamento compõe a representação social, não existindo esta separação. As ações são exemplos do conteúdo representacional e devem ser explicadas a partir do complexo “representação-ação” e seus reflexos para a realidade social.

E para Rouquette (1998) não existe determinação direta entre representação e prática social, a primeira exerceria uma coerção variável sobre a última, implicando numa ação remodelada por meio dos conteúdos de uma representação. Outra situação possível, de acordo com Campos (2003) é a relação circular, ou seja, a interação mútua. Neste caso, a definição da relação causal torna-se mais difícil e conseqüentemente a demarcação da influência de uma sobre a outra. Finalmente, apesar de existirem avanços nos estudos entre representação e comportamento, a temática requer investimentos em pesquisas, como a proposta deste trabalho, que apurem e refinem ainda mais esta relação.

### **3.6.3. Representações Sociais da Saúde**

Em pesquisa sobre práticas preventivas e representação social da saúde em uma comunidade ribeirinha, Bercini e Tomanik (2004) constataram que o contexto específico deste grupo construiu práticas de prevenção que se relacionavam diretamente ao modo como este grupo vive. Identifica-se em seus discursos a necessidade de cuidados preventivos, porém denota-se a visão fatalista do adoecer, como algo inevitável e que foi imposto por Deus, expressando contradição no entendimento do processo saúde-doença. As práticas preventivas expresso pela maioria das entrevistadas são cuidados gerais com a família, especialmente os filhos, medidas para prevenir infecções respiratórias, orientações dos pais aos adolescentes sobre as doenças sexualmente transmissíveis, orientações sobre higiene ambiental e

corporal, realização de consultas médicas com certa periodicidade, restrição de bebidas alcóolicas e tabaco. Os autores apontam um resgate da responsabilidade da saúde pelo indivíduo.

Em trabalho sobre a representação social da saúde e da doença na velhice, Andrade (2003) afirma que o grupo pesquisado representa este processo como dois estados diferentes, contudo, não separados. Ademais, tanto o processo de saúde como de doença se apresentam carregados de afeto, sendo que do primeiro denota-se felicidade, ânimo, motivação ao contrário do processo de doença. Já em relação ao comportamento, o qual este autor coloca como determinada pela representação social da saúde e doença, os idosos referem preocupação com medidas preventivas como também curativas. A vida regrada é um exemplo de cuidado para este grupo, e em relação a medicação, recorrem a outras formas de terapia além da alopatia. Por fim, em relação a dimensão social, este grupo pesquisado expressa que o trabalho, as relações interpessoais e a moradia interferem no processo saúde e doença.

Outro estudo sobre representação da saúde e doença foi realizado em unidade básica de saúde, com 27 usuários deste sistema portadores de hipertensão arterial e diabetes (Serpa, 2007). Segundo a autora, houve maior participação do sexo feminino e para o sexo masculino, um maior número de idosos. Sendo este resultado significativo já que ocorreu dentro de uma UBS, o que para a autora demonstra a maior busca pelos cuidados de saúde por parte de mulheres e idosos. O principal sentido de saúde obtido foi a ausência de doença, especificada pela ausência de sintomas.

Coutinho & Trindade (2006) a partir de um estudo sobre a representação social da saúde no tratamento da leucemia e linfoma, encontraram resultados similares ao estudo apontado anteriormente, ou seja, a representação social de saúde está atrelada à ausência de doença, todavia, diferencia-se que na pesquisa de Serpa (2007), os participantes referem eliminar os sintomas, nesta pesquisa, a preocupação se dá com a eliminação da própria doença e a morte. Estas diferenças ocorreram provavelmente devido a diversidade de doença apresentada pelos participantes, em Serpa (2007) os significados são constituídos a partir do contexto da doença crônica, já para Coutinho & Trindade (2006), os significados são relativos ao câncer.

Tura (2009) cita algumas pesquisas realizadas sobre as representações sociais da saúde, a partir da abordagem estrutural. O intuito destas foi conhecer e dialogar com os sentidos descobertos para atuar seguindo a lógica encontrada e beneficiar políticas públicas sobre

a saúde. A primeira delas investigou a representação social da saúde para professoras do Ensino Fundamental nas cidade de Belém do Pará e Rio de Janeiro. Os resultados encontrados demonstraram diferenciação entre as regiões, sendo que na primeira cidade, girou em torno de alegria, assistência e alimentação; e na segunda, em torno de prevenção e bem-estar. Outro estudo, também apontado por Tura (2009), realizou-se nos municípios de Belterra e Santarém, Pará. Foi realizado com os idosos com o objetivo de “aperfeiçoar as medidas de atenção à saúde” deste público. Os resultados ensejam três principais conteúdos, referentes a medicina curativa, a prevenção e a doenças.

### **3.6.4 Crenças em saúde**

A Psicologia Social tem contribuído para a compreensão entre práticas preventivas em saúde e conhecimento, para tanto, Stroebe e Sbroebe (1995) descrevem alguns modelos explicativos de adoção de comportamento, entre eles o comportamento de saúde, que supõem que as atitudes e as crenças são grandes influenciadores, como o modelo de crença na saúde, a teoria da ação refletida e a teoria do comportamento planejado. Estes modelos serão brevemente expostos aqui e após, serão abordados estudos sobre crenças em saúde.

O modelo de crenças na saúde de acordo com Stroebe & Stroebe (1995), pontua que quanto mais a pessoa acredita ser suscetível a certa doença e maior for sua percepção da gravidade de ter esta doença, maior a probabilidade de adotar um determinado comportamento de saúde. Neste modelo, a suscetibilidade e a gravidade, constituem fatores de vulnerabilidade. Após o sujeito ter claro a ameaça para sua saúde, o comportamento preventivo, ou comportamento de saúde irá ocorrer na medida em que este sujeito acredite que as ações adotadas poderão trazer mais benefícios, do que barreiras que se associem a adoção deste comportamento. Além disso, Stroebe & Stroebe (1995) referenciando Weinstein (1987), evidencia que as pessoas subestimam seu próprio risco se comparado com outras pessoas, dificultando a prática do comportamento saudável em saúde.

Outro modelo desenvolvido que obteve sucesso na previsão de comportamentos, é o Modelo da Ação Refletida por Ajzen e Fisbein (1977). Este modelo prevê que o comportamento é decorrente da intenção comportamental (atitude e norma subjetiva), considerando a percepção que as pessoas apresentam sobre os resultados da sua ação

como diretamente relacionados com a realização desta ação. A atitude é concebida como sentimentos pró ou contra um determinado fato, acontecimento ou mesmo pessoa e esta relacionada com fatores pessoais (Lima, 2004; Rodrigues, Assmar & Jablonski, 2002) e normas subjetivas são crenças que se originam das pressões exercidas por familiares, amigos e sociedades, normatizando o que é importante para cada indivíduo, ou seja, relaciona-se aos fatores sociais. Mas as normas subjetivas ou crenças normativas são ponderadas pela motivação para seguir essas normas. Em resumo, tanto a atitude quanto as normas subjetivas têm subcategorias que são as crenças comportamentais que se relacionam ao que o indivíduo crê que irá acontecer se desempenhar determinado comportamento e as avaliações destes comportamentos; e crenças normativas, que são originadas do entorno social de inserção deste indivíduo e a motivação para concordar com estes.

Ajzen incorpora ao Modelo da Ação Refletida (1975), a percepção do controle sobre o comportamento originando o Modelo do Comportamento Planejado (1987). Quando as pessoas não conseguem alcançar os seus objetivos elas tendem a ajustar suas intenções de acordo com a probabilidade do comportamento realmente acontecer. A percepção de controle somente deverá aumentar a previsão do comportamento (baseado na intenção), se este refletir de forma realista os níveis de controle. A percepção de controle envolve fatores internos (informação, aptidões, capacidades) e externos (oportunidades e dependência de outros), além da expectativa de eficácia (percepção da capacidade para executar uma ação) e expectativa de resultado (atingir um objetivo a partir da ação executada). Este modelo pode contribuir para os estudos sobre comportamentos preventivos e de risco, uma vez que a intenção de realizar um comportamento de proteção específico é determinada pelas atitudes relativas ao comportamento, normas subjetivas e percepção de controle (Lima, 2004; Stroebe & Stroebe, 1995).

A aplicação deste modelo para avaliar a intenção de realizar um comportamento de saúde ou preventivo, de acordo com esta pesquisa, pode ser exemplificado do seguinte modo: considerando as crenças sobre o resultado (se fizer dieta, perderei peso e ficarei mais atraente), as crenças normativas (minha família e amigos acham que devo fazer dieta), motivação para seguir as normas (eu quero fazer o que minha família e amigos sugerem), percepção de controle (eu consigo fazer dieta).

De acordo com Courtenay (2000), os comportamentos e crenças relacionados à saúde que em geral são utilizados para demonstrar a

hegemonia masculina incluem a negação da fraqueza e vulnerabilidade, aparência de ser forte e robusto, controle físico e emocional, negar a necessidade de ajuda, a mostra de comportamentos agressivos entre outros. Estes comportamentos e crenças em saúde são usados para a manutenção do ideal masculino tradicional que se estabelecem entre os homens, demonstrando que são dominantes e hegemônicos. Este autor pontua que, estes comportamentos e crenças reforçam o apego as crenças culturais de que os homens são mais poderosos e menos vulneráveis que as mulheres, que a estrutura dos corpos masculinos é mais eficiente e exige menos cuidados e desta forma, é superior ao corpo feminino. Além disso, reforçam a idéia de que pedir ajuda, ou ainda se importar com saúde e segurança são comportamentos irrelevantes para o universo masculino.

Outras pesquisas realizadas por Courtenay (1998, 1999a, b), demonstram que nos EUA, os recursos disponíveis para a construção da masculinidade incluem comportamentos de saúde menos salutareis, desta forma, reafirmando que ser homem perpassa um universo de aquisição de poder, que se estrutura a partir de práticas sociais que podem vir a minar a saúde masculina. Assim, tanto homens quanto meninos rejeitam comportamentos e crenças de saúde saudáveis para demonstrar e atingir um ideal de masculinidade. Este ideal é construído de forma que assumir riscos para a saúde torna-se constituinte do que é ser homem, exemplos pontuados pelo autor são, quando o homem afirma que necessita de menos sono ou ainda quando afirmam que beber não afeta sua forma de dirigir. Desta forma, a masculinidade acaba sendo definida contra comportamentos e crenças positivas à saúde, sendo que para adotar estas últimas seria necessário rejeitar múltiplas construções do que é ser homem.

Já a utilização de cuidados com a saúde, comportamentos e crenças salutareis são socialmente construídas como forma de feminilidade idealizada, e esta idealização leva a oposição masculina de adoção deste tipo de comportamento. Sendo assim, o homem renuncia aos cuidados com a saúde e passa a acreditar que estes não são necessários, para rejeitar o que é típico de mulher (Courtenay, 1998, 1999a,b; Schraiber, Gomes & Couto, 2005). Isso se manifesta, para este autor, na negação masculina da necessidade destes cuidados, na desconsideração do desconforto físico quando este acontece, pois estas são características de comportamentos presumidamente femininos. Interessante salientar, que estas colocações não podem ser generalizadas visto que nem todos os homens constroem a sua masculinidade em

oposição aos comportamentos e crenças saudáveis, ponto em que esta pesquisa pretende conhecer.

Em pesquisa recente realizada em uma prisão por Courtenay e Sabo (no prelo), evidencia-se que homens criticam companheiros prisioneiros que fazem muitas queixas sobre dor ou doença, ou ainda visitam com frequência à unidade de saúde, já que estes comportamentos podem estar negando um ideal de masculinidade preconizado por este grupo e por vezes reafirmado socialmente. Neste caso, são expressas as influências do contexto que permeia este indivíduo, bem como o uso de crenças e comportamentos de saúde utilizados para construir a estrutura de interação social da masculinidade, forjando práticas sociais que se tornam vigentes para o grupo em questão.

Sobre estes ideais de masculinidades, Korin (2001) afirma que se tornam uma barreira ao homem para o acesso aos serviços de saúde, contribuindo para maiores taxas de mortalidade em áreas como doenças cardiovasculares e respiratórias, doenças hepáticas e câncer, para uma crescente vulnerabilidade a certas enfermidades, para respostas disfuncionais às doenças que podem vir a prejudicar a possibilidade de recuperação das mesmas. E estes fatores impactam a saúde masculina. Sendo assim, é importante identificar os fatores que mais afetam a saúde dos homens e das mulheres, e quais as implicações entre a forma de viver e a maneira em que ocorreu a morte, para implementar medidas adequadas para cada sexo.

Em relação ao sexo feminino, Korin (2001) coloca que as mulheres são encorajadas a buscarem a atenção à saúde, principalmente em áreas como a prevenção do câncer, cuidado pré-natal e planejamento familiar. Sendo assim, cabe a mulher o cuidado com a saúde, levando os homens a se tornarem dependentes em relação à atenção a sua saúde, em primeiro lugar, dependente da mãe e após, da esposa.

As crenças de saúde também pode repercutir em comportamentos específicos que implicam a saúde, como o tabagismo e outras drogas. Velasquez (2008) constata em pesquisa realizada com universitários, que a maioria dos fumantes apresentou crenças disfuncionais em relação ao uso do tabaco, propiciando a manutenção de seu uso. As crenças que se destacaram foram o aumento da eficácia e melhoria da sociabilidade por meio do uso do cigarro, como também, crenças relacionadas à percepção do cigarro como fonte de alívio de estados tanto emocionais quanto físicos desagradáveis.

Beck, Wright, Newman e Liese (1993) pontuam que crenças disfuncionais associadas ao uso de drogas, como o tabaco entre outras,

geralmente envolvem a idéia de expectativa de obtenção de prazer e alívio de estados físicos e emocionais indesejáveis, além de melhor desempenho social e intelectual. Assim, embora saibam dos malefícios provocados, tabagistas avaliam de forma distorcida o consumo do tabaco, e desta forma, confiam nas previsões de que o comportamento de fumar vai propiciar o afastamento de sensações e sentimentos ruins. Estes mesmos autores apontam as crenças disfuncionais como um dos maiores obstáculos para a eliminação do uso das drogas e do álcool. Como exemplos, são citadas crenças de que a felicidade só é possível a partir do uso da droga, crenças de se sentir no controle ao consumir alguns *drinks* e crenças em torno da privação, de que não é possível suportar a dor ou a depressão caso pare o consumo, a perda de amigos, a certeza da infelicidade, entre outras crenças que contribuem para a manutenção do comportamento não salutar.

Em estudo sobre a prática do auto-exame de mama, Gonçalves e Dias (1999), pretenderam identificar a partir da Teoria da ação racional (TAR), cujo autores são Fishbein e Ajzen, as crenças sobre o auto-exame de mama. O resultado desta pesquisa constatou que o baixo índice de prática de auto-exame de mama vincula-se às crenças comportamentais e normativas que perpassam o universo cognitivo e dificultam a realização do exame. Assim, destaca-se nesta pesquisa em relação às normas subjetivas, que além de motivar a mulher para a prática do auto-exame, é necessário esclarecer seu entorno familiar e social, sobre a importância deste, já que este está implicando em suas crenças e contribui para a determinação de comportamentos, neste caso, de saúde. Importante salientar que apesar do câncer de mama não poder ser combatido por meio da prevenção primária, ainda assim, depende da prevenção, esta secundária, para detectá-lo no início e retardar/evitar sua evolução. Outro ponto relevante a ser explorado desta mesma pesquisa (Gonçalves & Dias, 1999), diz respeito às vantagens do auto-exame de mama, já que a adoção deste comportamento preventivo, mesmo em nível secundário, pode repercutir tanto individualmente quanto coletivamente. Todavia, neste momento, evidencia-se o processo cognitivo que está correlacionado com estes tipos de comportamentos de saúde, já que sua adoção passa pela influência da informação para a aquisição de novas crenças e pensamentos que tenham a finalidade de mudança numa direção mais preventiva.

Siqueira e cols. (2006), em estudo sobre crenças populares em relação à saúde, confirmam o papel influenciador destas nos comportamentos de saúde, o que corrobora os estudos abordados neste capítulo. Estes autores apontam que a medicina do saber popular, por

meio de medidas profiláticas e terapêuticas, fazem parte do cotidiano das pessoas e são vivenciadas em âmbito familiar e repassadas para as próximas gerações. Segundo este mesmo estudo, algumas práticas alternativas são utilizadas antes de acessar a medicina convencional, tais como chá caseiro, benzeduras, banhos, alimentos específicos e emplastos. Independente do reconhecimento e comprovação destas práticas no meio científico o seu uso permanece, já que os indivíduos se preocupam com a sua funcionalidade e não cientificidade, ou seja, o foco principal se relaciona com os resultados alcançados.

Os mesmos autores pontuam que as informações relativas ao uso de plantas medicinais, como o chá caseiro, serem repassadas dentro da família e socializadas por todo o entorno deste indivíduo. Assim sendo, estes conhecimentos tornam-se crenças, as quais vão influir no comportamento adotado perante um processo de doença. Ademais, a própria experiência empírica deste sujeito dota esta prática de credibilidade, o que depende apenas do resultado desta (Siqueira & cols., 2006).

Sobre crenças que repercutem de forma negativa nos comportamentos de cuidados de saúde Ricou e cols. (2004, p. 133) afirmam que informações novas que se relacionam aos riscos de um comportamento específico tendem a ser minimizados por meio de comparação com idéias que são familiares, e “mesmo quando a informação é adequada, os riscos percebidos poderão ser desvalorizados por estas crenças”. A partir do exposto, destaca-se o quanto as crenças sobre saúde podem interferir em comportamentos de saúde e consequentemente afetarem o processo saúde-doença.

Em estudo sobre crenças e expectativas sobre o álcool em universitários (Oliveira, Soibelman & Rigoni, 2007), ressalta-se no sexo masculino o uso do álcool como facilitador das relações interpessoais, o que também ocorre no sexo feminino, porém em menor frequência. Este estudo afere a importância das crenças e expectativas no tratamento da dependência química, já que estas impactam os comportamentos que se vinculam à saúde. Em relação ao tabaco, existe a crença de que o seu consumo auxilia na prevenção do ganho de peso, o que está relacionado a auto-imagem corporal e contribui para motivar o comportamento de fumar, principalmente no sexo feminino (Smith & cols., 1994). Para os adolescentes, outros fatores que aumentam o risco de fumar incluem a pressão dos pares, como amigos e irmãos fumantes, a baixa auto-imagem e perceber o comportamento tabágico como natural (WHO, 2002).



Finalmente, esta revisão aponta a importância das crenças em saúde, no que tange o entendimento de suas possíveis interferências neste processo, dado que podem tanto propiciar meios alternativos para tratamentos das doenças, como no caso das plantas medicinais, quanto, podem ocasionar agravos à saúde, por serem disfuncionais. Outra consideração é que independente da ciência se propor a explicar os fenômenos por meio do método científico, ainda assim, são evidenciadas entre a população inúmeras crenças sobre a saúde, o que a torna um saber popular que deve ser pesquisado e compreendido para ser revertido em benefício dos indivíduos.

## **4. MÉTODO**

### **4.1 Delineamento da pesquisa**

Na presente pesquisa foi utilizado o método de levantamento de dados. Segundo Grisez (1978) ele tem objetivo de atingir populações mais extensas, em que o indivíduo é considerado tanto como componente de um grupo mais amplo quanto como agente de relações mais gerais que as relações entre os pares. A natureza da pesquisa é descritiva e comparativa, baseada em avaliações individuais, porém dentro de um grupo circunscrito a um determinado contexto. O delineamento do estudo é transversal e exploratório na medida em que analisa os comportamentos de cuidados de saúde no momento atual de vida dos participantes.

### **4.2 Participantes, locais e critérios de inclusão**

Participaram deste estudo 638 pessoas de ambos os sexos. Os participantes foram divididos de forma paritária por sexo e faixa etária, envolvendo aproximadamente 200 pessoas para cada grupo etário (adolescente, adulto e idoso), 100 homens e 100 mulheres, todos residentes em Florianópolis. A diferença entre os homens e as mulheres, além de uma demarcação biológica, estende-se também a diferenças de papel e de estatuto, que podem variar segundo faixa etária, diferenças profissionais, entre outras (Ghiglione & Matalon, 1978). Baseado nisso, considerou-se importante para esta pesquisa diferenciar de modo

controlado o sexo dos participantes. O perfil de cada grupo obedeceu aos seguintes critérios:

Grupo 1 - Adolescente: idade entre 15 e 18 anos, estudante do ensino médio ou técnico.

Grupo 2 - Adulto: idade entre 25 e 55 anos, estudante ou servidor público em instituições federais ou estaduais de educação.

Grupo 3 - Idoso: a partir de 60 anos, freqüentador de centros de convivência localizados nas seguintes instituições federais e estaduais de educação: a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), a Universidade Estadual do Estado de Santa Catarina (UDESC) e o Instituto Estadual de Educação (CEFET).

### **4.3 Instrumento**

Foi utilizado como instrumento um questionário auto-aplicado em situação coletiva, composto por 19 questões divididas em quatro partes (Anexos A, B):

- a) Características sócio-demográficas (idade, escolaridade, condição sócio-econômica, situação conjugal, renda familiar).
- b) Diagnóstico das representações sociais da saúde: envolvendo um teste de evocação livre a partir do estímulo indutor “Saúde” e uma questão aberta .
- c) Questões relativas aos comportamentos de saúde, comportamento preventivo e hábitos relativos à saúde, predominantemente questões fechadas e uma questão aberta,.
- d) Questões relacionadas às crenças normativas (familiar e amizades) apresentadas de forma aberta.

### **4.4 Procedimentos de coleta de dados**

A presente pesquisa derivou-se de um projeto realizado com apoio do CNPq, sobre a saúde masculina, um estudo comparativo entre duas capitais de diferentes regiões do país, Goiânia e Florianópolis. Esse projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Católica de Goiás sob o nº. 0510. A presente pesquisa considerou apenas o material obtido em Florianópolis e

produziu material relativo a participantes do sexo feminino, para que o foco de comparação considerasse o sexo.

O instrumento utilizado nesta pesquisa foi elaborado por pesquisadores do Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição (LACCOS) para este projeto base sobre saúde masculina. Os procedimentos para a elaboração tomaram como base a realização de 18 entrevistas semi-estruturadas, 6 para cada grupo etário (adolescentes, adultos e idosos).

Após o contato com os locais para a realização da coleta de dados e diante da aceitação dos participantes, foram respondidos os questionários e preenchido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Anexo D). Concluída a coleta de dados com participantes do sexo masculino foi iniciada a coleta com o sexo feminino. Para a maioria dos participantes a aplicação foi realizada em situação coletiva e auto-administrada, a exceção dos idosos, com os quais a aplicação foi feita em pequenos grupos e com auxílio da pesquisadora quando necessário. A pesquisadora deste projeto foi auxiliada por pesquisadores do LACCOS na realização da coleta de dados.

#### **4.5 Procedimento para tratamento e análise dos dados**

Inicialmente foram analisadas as principais variáveis clássicas (Ghiglione & Matalon, 1978), como idade, condição sócio-econômica, situação conjugal, escolaridade. Para esta análise os participantes foram divididos segundo o sexo e a faixa etária, sendo o sexo a principal variável de comparação. O objetivo de analisar inicialmente as principais variáveis clássicas está na intenção de promover controle das variáveis intervenientes buscando maior homogeneidade dos grupos. Os dados coletados por meio das questões fechadas foram analisados por estatística descritiva (medidas de tendência central e dispersão) e estatística relacional (Qui-quadrado e t-Student), empregando-se o Programa Estatístico SPSS 17,0 (*Statistical Package for the Social Sciences*).

A análise dos dados obtidos a fim de diagnosticar as representações sociais sobre saúde foi lexicográfica, por meio do programa informático Evocation 2000, técnica desenvolvida por Vergès, (Scano, Junique & Vergès, 2002) e Similitude 2000 (Junique, Barbry, Scano, Zeliger & Vergès, 2002). Foram consideradas a frequência, a

ordem de evocação das palavras e a conexão entre os elementos da representação social (Sá, 1996). A análise a partir do Evocation 2000 possibilitou a identificação da estrutura base da representação social, identificando os elementos centrais e periféricos desta. A partir do programa Evocation 2000 foi possível derivar categorias do material empírico, as quais foram utilizadas no programa Similitude 2000.

Este último programa busca descrever a conexão dos elementos que participam da composição prototípica do núcleo das representações sociais. Tal técnica se baseia na teoria dos grafos, indicada pela relação de pareamento entre as variáveis, cujos resultados são árvores máximas, que demonstram vértices nos quais se encontram as variáveis, e, nas arestas que as ligam, a conexão ou co-ocorrência dentro de um grupo de evocações. Quando o índice de co-ocorrência é filtrado, delimita-se um valor limite para definir as arestas de escore superior que permanecem. As categorias que aparecem ao final são aquelas que apresentam um grau de conexão mais forte, o que está diretamente relacionado ao número de indivíduos que trata aqueles elementos de forma similar. Assim, um determinado elemento será tanto mais conexo quanto mais aparecer em um conjunto de clique (filtro) mais elevado (Vergès, 2002).

Por fim, as análises dos materiais textuais advindos das questões “*Quais foram as coisas mais importantes que sua família lhe ensinou sobre como cuidar da sua saúde*” e “*O que você acha que seus amigos pensariam de você se fosse a uma consulta sem estar se sentindo doente?*”, presentes no questionário (Anexos A, B), foram realizadas respectivamente pelos softwares ALCESTE (*Analyse Lexicale par Contextes de Segments de Textes*) e SPAD 7.0 (*Système Portable pour l'Analyse des Données Textuelles*). (SPAD Copyright, 1996, Lebart & Salem, 1988) O primeiro programa realiza uma classificação hierárquica descendente (CHD) e o segundo, análises fatoriais de correspondências com base nos vocabulários específicos considerando os grupos (adolescentes, adultos e idosos) e o sexo dos participantes.

A CHD forneceu os contextos textuais que foram caracterizados pelo seu vocabulário, e também segmentos de texto que compartilhavam esse vocabulário (Camargo, 2005). O corpus de análise foi formado por UCIs (Unidades de Contexto Inicial) – que correspondem as respostas dos participantes. Após o reconhecimento das UCIs, na análise *standart* o programa secciona as UCIs em UCEs (Unidades de Contexto Elementar), que constituem o ambiente de enunciação da palavra, dando origem à unidade sobre a qual são feitos os cálculos estatísticos. As linhas de comando, que precederam e codificaram cada UCI, foram

compostas pelas seguintes variáveis: sexo, idade, escolaridade e situação conjugal. O vocabulário mais significativo de cada classe foi selecionado com base em dois critérios: (1) frequência, superior à média de ocorrências no corpus específico; (2) associação à classe, determinada pelo valor do qui-quadrado.

## 5. RESULTADOS

### 5.1. Caracterização dos participantes

Participaram deste estudo 638 pessoas e conforme delineamento do estudo, estes foram emparelhados por sexo e faixa etária, sendo, portanto, metade dos participantes de cada sexo. Quanto à faixa etária dos grupos, a média de idade dos adolescentes foi de 15 anos e 8 meses (DP = 1,04); dos adultos foi de 43 anos e 2 meses (DP = 9,6). A partir do teste t, conforme a tabela 1, houve diferença estatisticamente significativa na comparação entre os sexos em relação à média de idade tanto dos adolescentes [ $t(202) = 2,41$ ;  $p \leq 0,05$ ], quanto dos adultos [ $t(222) = 10,70$ ;  $p \leq 0,001$ ]. Já entre os idosos, a média de idade foi de 66 anos (DP = 5,7), e, não houve diferença estatisticamente significativa em relação à média de idade entre os sexos. Indicativo de que este último grupo foi o mais homogêneo entre os demais.

**Tabela 1** Distribuição das médias de idade segundo o sexo dos participantes

Faixas etárias	Sexo	M	DP	t	gl	p
Adolesc	Masculino	15,99	0,98	2,41	202	0,04
	Feminino	15,64	1,06			
Adulto	Masculino	37,43	9,42	10,70	222	0,00
	Feminino	48,72	6,07			
Idoso	Masculino	66,48	6,11	1,25	208	0,27
	Feminino	65,45	5,72			

No que se refere à escolaridade de toda a amostra, verificou-se, que 14% tinham o ensino fundamental incompleto ou completo, 50% ensino médio incompleto ou completo e 36% ensino superior completo ou incompleto. Em relação ao sexo e o grupo etário, observa-se na

tabela 2, que metade dos homens tinham o ensino fundamental ou menos, para as mulheres, verifica-se o predomínio dos ensinos médio e superior (69,2%). Por meio do qui-quadrado, constatou-se uma associação estatisticamente significativa entre escolaridade e sexo, e com força moderada [ $\chi^2(2)=131,32$ ;  $V = 0,45$ ;  $p \leq 0,001$ ], pelo fato de que as mulheres demonstram ter escolaridade mais elevada se comparadas com os homens. Além disso, ainda em relação à escolaridade, a associação também é significativa na comparação entre sexo e grupo etário, tanto para adolescentes [ $\chi^2(2)=39,72$ ;  $V = 0,42$ ;  $p \leq 0,001$ ], quanto para os adultos [ $\chi^2(1)=174,05$ ;  $C = 0,68$ ;  $p \leq 0,001$ ], sendo a força de associação das variáveis respectivamente moderada e forte. O que não se constata para o grupo etário dos idosos. Indicativo de que nesses dois grupos o sexo feminino referiu ter mais escolaridade em comparação ao sexo masculino.

**Tabela 2** Escolaridade dos participantes considerando o sexo e o grupo etário.

Escolaridade	Grupos etários masculinos					
	Adolescentes		Adulto		Idosos	
	n	%	n	%	n	%
Fundamental ou menos	103	50,5%	30	13,4%	27	13%
Média	0	0%	30	13,4%	32	15%
Superior	0	0%	49	21,9%	49	23,6%
Total	103	50,5%	109	48,7%	108	51,9%
Escolaridade	Grupos etários femininos					
	Adolescentes		Adulto		Idosos	
	n	%	n	%	n	%
Fundamental ou menos	7	3,4%	1	0,4%	23	11,1%
Média	94	46,1%	24	10,7%	36	17,3%
Superior	0	0%	90	40,7%	41	19,7%
Total	101	49,5%	115	51,3%	100	48,1%

Conforme a tabela 3, em relação à situação sócio-econômica, indicada pela renda familiar dos participantes, no que se refere à diferenciação entre o sexo, verifica-se que aproximadamente metade dos homens apresentam renda acima de oito salários mínimos (53,3%), e as mulheres com renda predominantemente de até quatro salários mínimos (66,6%). A partir do teste qui-quadrado, os primeiros apresentaram

renda significativamente mais elevada, e com uma força moderada [ $\chi^2(3) = 121,08; V = 0,44; p \leq 0,001$ ].

**Tabela 3** Renda familiar dos participantes considerando o sexo.

		<b>Renda Familiar</b>				
		<b>Até 4SM</b>	<b>De 4 a 8 SM</b>	<b>De 8 a 12 SM</b>	<b>Mais que 12 SM</b>	<b>Total</b>
Sexo	Masculino	N 65	83	62	107	317
		% 10,3%	13,2%	9,9%	17%	50,4%
	Feminino	N 95	113	102	2	312
		% 15,1%	18%	16,2%	3%	49,6%
Total		N 160	196	164	109	629
		% 25,4%	31,2%	26,1%	17,3%	100%

\* SM= Salário mínimo, que durante a realização do estudo variou entre R\$ 380,00 e R\$415,00.

Na tabela 4, apresenta-se a distribuição dos participantes segundo à situação conjugal dos mesmos, cujos valores foram aproximados.

**Tabela 4** Descrição dos participantes segundo sexo e situação conjugal.

<b>Estado Civil</b>	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>
Casado	58%	42%
Solteiro	50%	50%
Separado	35%	65%
Viúvo	22%	78%
Relacionamento estável	63%	37%

*N* = 638

Em relação à situação conjugal dos participantes e o sexo, verifica-se que para os homens existe uma predominância de casados e com relacionamento estável (45,9%), já para as mulheres a predominância são de solteiras, por serem ou separadas ou viúvas (78%). Pela associação entre ambas as variáveis, houve associação significativa entre ser homem e ser casado ou manter relação estável; ser

mulher, e ser separada ou viúva; com uma associação de força regular [ $\chi^2(4)=26,40$ ;  $V=0,20$ ;  $p \leq 0,001$ ].

## 5.2 Cuidados com a saúde

Quanto aos cuidados com a saúde os participantes de ambos os sexos relatam principalmente uma preocupação com a manutenção dos “exercícios regulares” (71,8%) e do “check-up de forma periódica” (61%). Ademais, metade dos participantes relatam “ir ao médico quando doente” e somente 1,6% afirmam “não realizar nenhum tipo de cuidado com a saúde”. Em relação à porcentagem dos participantes que tomam “medicação caseira”, apenas 11% afirmaram positivamente, e em relação à “medicação indicada na farmácia”, aproximadamente 8%.

Em relação à associação entre as variáveis sexo e “tomar remédios caseiros”, a relação foi significativa, e com força fraca entre as variáveis [ $\chi^2(1)=5,01$ ;  $C=0,09$ ;  $p \leq 0,05$ ], sendo que os homens foram mais favoráveis a este uso. Também quando se avaliou a associação entre sexo e a “realização periódica de check-up”, verificou-se que houve diferença significativa entre essas variáveis [ $\chi^2(1)=13,46$ ;  $C=0,14$ ;  $p \leq 0,001$ ], indicando que as mulheres deste estudo realizam mais regularmente check-up em comparação aos homens. Pela análise do Coeficiente de Contingência a força de associação entre as variáveis é fraca.

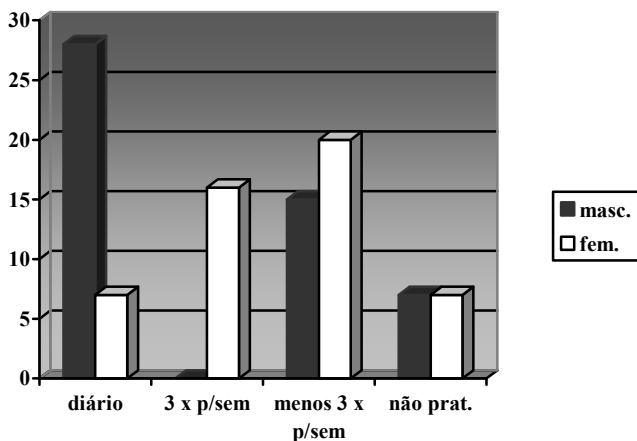
Ainda com base no teste qui-quadrado, não houve associação estatisticamente significativa entre sexo e alimentação saudável [ $\chi^2(1)=1,68$ ;  $C=0,55$ ;  $p > 0,05$ ], como também não houve associação significativa entre as demais variáveis que seguem: “sexo e realizar exercícios regulares” [ $\chi^2(1)=2,38$ ;  $C=0,65$ ;  $p > 0,05$ ]; “sexo e ir ao médico” [ $\chi^2(1)=0,02$ ;  $C=0,06$ ;  $p > 0,05$ ]; “sexo e tomar remédios indicados pela farmácia” [ $\chi^2(1)=0,94$ ;  $C=0,04$ ;  $p > 0,05$ ]. Indicativo de que não existe predominância entre os sexos na associação entre essas variáveis.

A maioria dos participantes relata que fazer exercícios regulares é importante para se cuidar da saúde (71,8%), e, quando questionados sobre o quanto os mesmos efetivamente praticam exercícios, sobressaem os praticantes aos não praticantes. Com aproximadamente 1/3 deles afirmando realizar atividade física diariamente (35%), sendo que os homens relatam com maior frequência esta prática (28%). A partir do



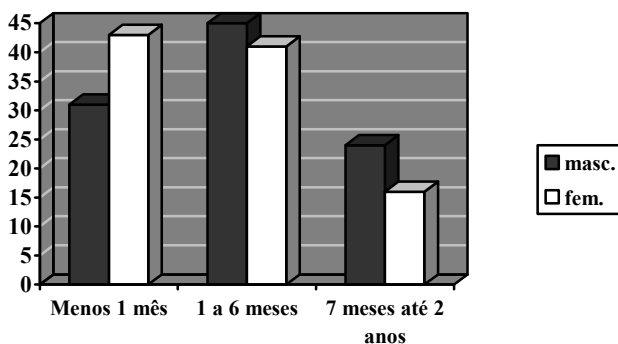
teste qui-quadrado, houve diferença significativa entre os sexos e com força forte de associação entre as variáveis [ $\chi^2(3) = 194,43$ ;  $V = 0,55$ ;  $p \leq 0,001$ ].

Ainda caracterizando a prática regular de atividade física, 16% das mulheres relatam praticá-la três vezes por semana e aproximadamente 1/3 dos participantes realizam menos de três vezes por semana (35,3%), o que descaracteriza a prática freqüente. Apenas 13,4% relatam sedentarismo, não havendo diferenciação entre os sexos. Como se observar na figura 3, há uma tendência de os homens praticarem exercícios de forma mais regular que as mulheres.



**Figura 3:** Distribuição da freqüência da prática de exercícios físicos

Os participantes também foram indagados sobre a periodicidade das consultas médicas, a fim de verificar o quanto estes procuram os serviços de saúde, sendo um indicador de cuidados com a saúde. Conforme figura 4, visualiza-se a distribuição dos resultados considerando os sexos e o tempo da última consulta realizada.



**Figura 4:** Distribuição da freqüência em função do tempo da consulta de saúde

Observa-se que a maioria dos participantes afirma ter comparecido a consultas médicas nos últimos seis meses. No entanto, os participantes do sexo feminino se destacaram na freqüência de consultas no último mês, o que indica que entre essas pessoas a realização do atendimento médico foi mais recente. Houve associação estatisticamente significativa e com força fraca entre essa variável e o sexo [ $\chi^2(2) = 11,03$ ;  $V = 0,13$ ;  $p \leq 0,05$ ]. Além da periodicidade das consultas, também foi importante verificar se diante de uma consulta marcada os participantes compareciam as mesmas. Houve uma variação de respostas entre “sempre e às vezes”, contudo, aproximadamente 90% dos participantes responderam “sempre”, indicando um destaque para esta resposta e sem predominância entre homens e mulheres.

### 5.3. Fonte de informação sobre os cuidados de saúde

Após descrever as respostas dos participantes sobre alguns indicadores de saúde, torna-se importante pontuar quais foram as fontes utilizadas sobre as informações obtidas a respeito do assunto. Em relação à questão “*Com quem obteve a maior parte das informações sobre como cuidar da sua saúde*”, observa-se a família com um papel primordial na comunicação de informações desse tipo de cuidado.

Evidencia-se que, aproximadamente metade dos participantes refere como fonte de informação à família (46,4%), dentre os demais participantes, quase  $\frac{1}{4}$  declarou receber informações principalmente dos

profissionais de saúde. Importante salientar que o papel familiar é representado principalmente pelas mães, e em segundo lugar, a figura paterna (35,7% e 8,5% respectivamente). A tabela 5 apresenta a distribuição dos grupos etários segundo o sexo considerando a fonte de informação sobre cuidados de saúde.

**Tabela 5** Distribuição dos grupos etários por sexo segundo a fonte de informação sobre cuidados com a saúde

Fonte de Informação	Grupos etários masculinos					
	Adolescentes		Adultos		Idosos	
	n	%	n	%	n	%
Família	76	38,4%	55	27,9%	32	17,8%
Profissionais saúde	8	4%	18	9,1%	54	30%
Outros	19	9,6%	36	18,3%	22	12,2%
Total	103	52%	109	55,3%	108	60%
Fonte de Informação	Grupos etários femininos					
	Adolescentes		Adultos		Idosos	
	n	%	n	%	n	%
Família	67	33,8%	25	12,7%	12	6,7%
Profissionais saúde	14	7,1%	28	14,2%	41	22,8%
Outros	14	7,1%	35	17,8%	19	10,6%
Total	95	48%	88	44,7%	72	40%

Em relação aos grupos, é possível constatar que para os adolescentes, de ambos os sexos, a principal fonte de informação referida é a família (72,2%). No caso dos adultos, 84,1% dos indivíduos do sexo masculino referem esta fonte, sendo a associação, entre essa variável e o sexo, significativa e com força regular entre as variáveis [ $\chi^2(2) = 11,32$ ;  $V = 0,24$ ;  $p \leq 0,05$ ]. Em relação aos idosos, 52,8% deles citam os profissionais de saúde como a fonte principal, com a família ocupando o segundo lugar. Apesar de entre os idosos não ter havido associação significativa entre os sexos, a frequência com que os homens descrevem a família como fonte é maior que entre as mulheres. O papel da família se mostra decisivo principalmente entre adolescentes e adultos, para os idosos este papel recai para os profissionais de saúde.

## 5.4 Comportamentos de risco – indicadores

No que se refere à variável “realização de tratamento prolongado”, aproximadamente a metade dos participantes afirmou estar realizando ou já ter realizado algum até o momento da pesquisa, indicativo de que estas pessoas já tiveram algum tipo de doença crônica. Observa-se que o número de mulheres que afirmam ter realizado tratamento prolongado é maior do que entre os homens (respectivamente 56,6% e 43,4%). Consta-se que houve associação estatisticamente significativa e com força fraca [ $\chi^2(1) = 11,95$ ;  $C = 0,13$ ;  $p \leq 0,001$ ], demonstrando que provavelmente as mulheres realizaram com mais frequência este tipo de tratamento.

Ao se verificar a associação entre a “renda” e a “realização de tratamento prolongado”, constata-se significativa diferença estatística com um crescimento diretamente proporcional, indicando que quanto maior a renda maior a frequência desses tipos de tratamentos [ $\chi^2(3) = 13,61$ ;  $V = 0,14$ ;  $p \leq 0,05$ ]. Pela análise de Cramer (V), verifica-se força fraca de associação entre as variáveis.

Em relação ao “consumo de bebidas alcoólicas”, aproximadamente metade dos participantes afirma que não costumam ingerir bebidas alcoólicas (46,2%), já parte dos participantes afirmam consumir bebidas alcoólicas com a periodicidade semanal e a outra parte quinzenal (37,1% e 14,4%, respectivamente). Observou-se associação significativa entre o “sexo” dos participantes e o “consumo de álcool” [ $\chi^2(2) = 105,30$ ;  $V = 0,41$ ;  $p \leq 0,001$ ], sendo que entre os participantes que ingerem bebidas alcoólicas, os homens o fazem com maior frequência. Pela verificação da análise de Cramer (V), houve força de associação moderada entre as variáveis.

Ao se verificar a associação entre os grupos etários e a “ingestão de bebidas alcoólicas”, o número de adolescentes que afirma não ingerir bebidas (43,1%) foi superior ao número de adolescentes que bebe semanalmente (19%). Diferente dos adultos, pois enquanto 26,4% afirmam que não ingerem bebidas alcoólicas, 44,3% afirmam que bebem semanalmente. Já entre os idosos, 36,7% afirmaram que bebem semanalmente, e 30,5% não ingerem bebida alcoólica. Observou-se associação estatisticamente significativa entre os grupos etários e a ingestão de bebidas alcoólicas, com força regular entre as variáveis [ $\chi^2(4) = 37,55$ ;  $C = 0,23$ ;  $p \leq 0,001$ ]. As medidas são indicativas de que

entre os grupos etários, os adultos ingerem mais frequentemente bebidas alcoólicas.

Quando os mesmos foram separados por sexo segundo os grupos etários, houve prevalência do uso de álcool também pelo sexo masculino, com significativa associação, sendo tanto para o grupo dos adolescentes [ $\chi^2(2) = 38,33$ ;  $V = 0,43$ ;  $p \leq 0,001$ ] quanto para o grupo dos adultos [ $\chi^2(2) = 41,85$ ;  $V = 0,43$ ;  $p \leq 0,001$ ], força de associação moderada, já para os idosos, com força regular de associação entre as variáveis [ $\chi^2(2) = 27,42$ ;  $V = 0,36$ ;  $p \leq 0,001$ ].

Ao se comparar o resultado dos participantes quanto à “renda” e o “consumo de álcool”, 31,3% dos participantes com renda de até quatro (4) salários mínimos afirmam não beber, já os participantes com renda de até doze (12) salários, apenas 9,4% relatam que não ingerem bebida alcoólica. Observa-se que houve uma associação significativa, sendo que pela análise de Cramer (V), verifica-se força fraca de relação entre as variáveis [ $\chi^2(6) = 47,28$ ;  $V = 0,19$ ;  $p \leq 0,001$ ]. O resultado desta análise é indicativo de que os participantes com maior poder aquisitivo declaram com maior frequência o consumo de bebidas alcoólicas.

Em relação à variável “tabagismo”, 8% dos participantes afirmaram ser usuários de tabaco (cigarro), sendo que a grande maioria não era fumante no momento da pesquisa. Ao verificar a relação do “consumo de cigarros” considerando o “sexo”, percebe-se que a maioria dos homens e das mulheres não fumava ou havia parado de fumar no momento da pesquisa (91,3% e 92,7% respectivamente). Pelo teste qui-quadrado, não houve associação entre variáveis descritas [ $\chi^2(1) = 0,26$ ;  $C = 0,02$ ;  $p > 0,05$ ], demonstrando que não houve proeminência entre os sexos para este tipo de comportamento.

No que se refere aos “grupos etários” e ao “consumo de tabaco”, apenas 3% dos adolescentes relataram fumar, 4,8% dos idosos afirmam o mesmo e, já entre os adultos, o percentual aumenta para 15,6%. O teste qui-quadrado evidenciou diferenças estatisticamente significativa e associação entre as referidas variáveis com uma força regular [ $\chi^2(2) = 27,37$ ;  $V = 0,20$ ;  $p \leq 0,001$ ]. As medidas são indicativas de que os adultos no momento da pesquisa consumiam cigarro com maior frequência. Já em relação à associação entre as variáveis “renda” e o “consumo de tabaco”, constata-se que não houve diferença estatisticamente significativa entre estas variáveis [ $\chi^2(3) = 1,39$ ;  $V = 0,047$ ;  $p > 0,05$ ], indicando que o poder aquisitivo não interfere no comportamento de fumar destes participantes.

### 5.5. Aspectos normativos sobre cuidados com a saúde (crenças normativas)

Os aspectos mais mencionados pelos respondentes sobre a percepção da família de como se deve cuidar da saúde foram: alimentação saudável e fazer atividade física regularmente, e realizar check-up anualmente (72,4% e 57,4% respectivamente). Já em relação a ir ao médico independente de sentirem dor, apenas 25,9% dos respondentes indicou esta alternativa.

A partir do teste qui-quadrado, não houve associação estatisticamente significativa entre “renda” e “ir ao médico anualmente” [ $\chi^2(3) = 1,44$ ;  $V = 0,04$ ;  $p > 0,05$ ], também não houve associação entre “renda” e a “manutenção de alimentação saudável” [ $\chi^2(3) = 0,13$ ;  $V = 0,01$ ;  $p > 0,05$ ]. Outras variáveis comparadas pelo teste qui-quadrado, as quais não houve associação foram: “renda” e o fato de “não se preocupar por ter bastante saúde” [ $\chi^2(3) = 1,81$ ;  $V = 0,05$ ;  $p > 0,05$ ], “renda” e o “uso de medicação quando doente” [ $\chi^2(3) = 2,65$ ;  $V = 0,06$ ;  $p > 0,05$ ], por fim, “renda” e “consultar médico independente de estar doente” [ $\chi^2(3) = 6,56$ ;  $V = 0,10$ ;  $p > 0,05$ ].

A questão “*O que você pensa a respeito dos homens/mulheres que procuram atendimento médico de vez em quando?*”, investigou a percepção dos entrevistados referente às pessoas cuidarem da sua saúde, sendo que os homens responderam avaliando o sexo masculino e as mulheres avaliando o sexo feminino. Para a grande maioria dos participantes, das três faixas etárias (adolescentes, adultos e idosos), os cuidados de saúde são motivados pela preocupação consigo (83,9%). Com percentual consideravelmente menor, as alternativas “ter tempo disponível”, “serem pessoas fracas e doentes”, “ter dinheiro suficiente”, “serem estimulados pela família” e “por amigos”, ficaram abaixo de 25% cada uma.

Ao se comparar os sexos com as variáveis apontadas acima, verifica-se associação estatisticamente significativa em várias dessas relações. Para os homens, os motivos mais relevantes percebidos para o cuidado com a saúde foram: a busca por médico quando tem tempo disponível, com associação estatisticamente significativa e força fraca entre as variáveis [ $\chi^2(1) = 15,02$ ;  $C = 0,15$ ;  $p \leq 0,001$ ] e, o fato de ter dinheiro suficiente para pagar o atendimento, também com associação significativa [ $\chi^2(1) = 6,85$ ;  $C = 0,10$ ;  $p \leq 0,05$ ]. O coeficiente de

contingência de Pearson indica fraca força de associação entre as variáveis.

O papel da família em relação aos cuidados com a saúde parece ser importante, principalmente para os homens, em comparação com as mulheres, sendo a associação significativa e com força regular entre as variáveis [ $\chi^2(1) = 32,91$ ;  $C=0,22$ ;  $p \leq 0,001$ ]. O sexo masculino também considera que os amigos motivam na busca de cuidados com a saúde. Na comparação entre sexo e a variável citada acima, ocorre associação significativa e com força fraca de associação entre as variáveis [ $\chi^2(1) = 10,84$ ;  $C = 0,13$ ;  $p \leq 0,001$ ].

Além disso, a associação entre a variável faixa etária (categorizada) e a motivação pela busca de atendimento médico, aponta que para os idosos as pessoas são fracas e doentes [ $\chi^2(2) = 10,88$ ;  $V = 0,13$ ;  $p \leq 0,05$ ], sendo a associação significativa e a força entre as variáveis fraca. Já com a realização do teste do qui-quadrado, para verificar a associação entre “renda” e o fato de “terem dinheiro suficiente para pagar atendimento”, como motivação para busca de cuidados com a saúde, verifica-se associação significativa embora fraca [ $\chi^2(3) = 12,67$ ;  $V = 0,14$ ;  $p \leq 0,05$ ]. Isto parece indicar que as pessoas com maior renda, devido a facilidade de acesso, buscam com maior frequência o atendimento médico.

## **5.6 Procuras dos serviços de saúde e vulnerabilidade**

No que se refere às dificuldades encontradas para realizar consultas e exames médicos, os participantes relataram, em primeiro lugar, o medo de descobrir doenças (48%) e, em segundo lugar, a demora no atendimento (46,7%), e, em terceiro, a falta de tempo (43,4%). Os dados provenientes desta questão estão relacionados na tabela 6.

**Tabela 6** Frequência das dificuldades alegadas para realizar consultas e exames médicos.

<b>Dificuldades encontradas para ir a consultas ou exames</b>	<b>Frequência</b>			
		<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Total</b>
Falta de tempo	N	277	361	638
	%	43,4%	56,6%	100%
Medo de descobri doenças	N	307	331	638
	%	48,1%	51,9%	100%
Vergonha dos profissionais	N	157	481	638
	%	24,6%	75,4%	100%
Atendimento de má qualidade	N	245	393	638
	%	38,4%	61,6%	100%
Demora no atendimento	N	298	340	638
	%	46,7%	53,3%	100%
Receio do que os amigos vão pensar	N	54	584	638
	%	8,5%	91,5%	100%

\* A questão permitia múltiplas respostas e as mesmas não eram excludentes entre si.

Apesar de apenas 8,5% dos participantes apontarem “receio do que os amigos vão pensar”, como uma dificuldade encontrada na busca por consultas ou a realização de exames; destes, 81,5% eram do sexo masculino. Constata-se associação estatisticamente significativa e com força fraca entre sexo e a alegação do receio do que os amigos vão pensar [ $\chi^2(1) = 21,80$ ;  $C = 0,18$ ;  $p \leq 0,001$ ]; indicando assim que isto é um dos obstáculos na busca por consultas ou exames quase exclusivamente para homens. Nas demais associações não houve relação significativa, indicativo de que não ocorreu predominância entre os sexos.

No que se refere à relação entre faixa etária (categorizada) e a falta de tempo, 46,2% dos adolescentes alegaram esta dificuldade para a realização de consultas ou exames, seguidos dos adultos com 39,7%, e apenas 14,1% dos idosos. Houve associação estatisticamente significativa [ $\chi^2(2) = 86,74$ ;  $V = 0,36$ ;  $p \leq 0,001$ ], com predominância dos adolescentes afirmando esta dificuldade. Pela coeficiente de Cramer (V), há força de associação regular entre as variáveis. Ainda para os



adolescentes, outra dificuldade apontada e com associação significativa foi o receio do que os amigos vão pensar. Sendo a força desta relação fraca [ $\chi^2(2) = 6,61$ ;  $V = 0,10$ ;  $p \leq 0,05$ ], indicativo de que os adolescentes do sexo masculino relatam com maior frequência a interferência da crença dos seus pares em seus comportamentos preventivos.

Segundo a tabela 7, embora aproximadamente metade dos participantes declarou ter realizado tratamento prolongado, eles são muito mais numerosos a ter comparecido a uma consulta nos últimos 6 meses do que aqueles que declararam não ter feito este tipo de tratamento (respectivamente 86,7% e 72,3%). Considerando à relação entre história de tratamento prolongado e a realização da última consulta, constata-se que houve associação regular entre as variáveis relacionadas [ $\chi^2(2) = 29,91$ ;  $V = 0,22$ ;  $p \leq 0,001$ ]. O fato de ter tido experiência de tratamento prolongado pode ser indicativo de ter realizado consultas mais recentemente, neste caso, pode indicar a busca pela medicina curativa.

**Tabela 7** Relação entre história de tratamento prolongado de saúde e consulta médica

Tratamento prolongado	Tempo da última consulta				Total
	Menos de um mês	De 1 a 6 meses	De 7 meses até 2 anos		
Sim	N	143	126	41	310
	%	46,1%	40,6%	13,2%	100,0%
Não	N	81	131	81	293
	%	27,6%	44,7%	27,6%	100,0%
Total	N	224	257	122	603
	%	37,1%	40,7%	20,2%	100,0%

Dos participantes que realizaram tratamento prolongado (50%), metade refere a busca por consulta médica quando doente. O teste do qui-quadrado foi realizado para verificar a associação entre cuidados de saúde, por meio da busca de médico quando doente, e tratamento prolongado, sendo a força de associação entre as variáveis fraca [ $\chi^2(1) = 6,27$ ;  $C = 0,10$ ;  $p \leq 0,05$ ]. Dentre os participantes que realizaram este tipo de tratamento, 12% afirmam ter ingerido medicamentos caseiros, e 12%

ingeriram medicamento indicados na farmácia. O fato de ter realizado tratamento prolongado, não evidenciou aumento na adesão à alimentação saudável ou a prática de exercícios físicos. Sendo que a não associação foi evidenciada pelo teste do qui-quadrado.

Ainda em relação ao cuidados de saúde, porém, através da variável “fazer *check-up*” e “realizar tratamento prolongado”, dos participantes que realizaram este tipo de tratamento, mais da metade deles realizam *check-up* regularmente. Sendo a associação entre estas variáveis significativa e com força regular a partir do coeficiente de contingência de Pearson [ $\chi^2(1)= 35,97$ ;  $C=0,23$ ;  $p\leq 0,001$ ]. Evidenciando que possivelmente os participantes que fazem ou já fizeram algum tipo de tratamento prolongado realizam com maior frequência os *check-up* de saúde.

Conforme a tabela 8, os participantes que referem praticar regularmente exercícios físicos são maiores entre os não fumantes do que entre fumantes (respectivamente 53,2% e 32%). Entre os entrevistados fumantes a realização de exercícios físicos ocorre predominantemente menos de três vezes por semana (38%), já para os não fumantes o predomínio é da prática diária de atividade física (36,7%). A associação entre tabagismo e prática de exercício físico é significativa, com força fraca entre elas [ $\chi^2(3)= 15,88$ ;  $V=0,15$ ;  $p\leq 0,001$ ].

**Tabela 8** Relação entre tabagismo e prática de exercício físico

Fumante	Prática de exercício físico					
	Diária	3 vezes por semana	Menos de 3 vezes	Não pratica	Total	
<b>Sim</b>	N	9	7	19	15	50
	%	18%	14%	38%	30%	100,0%
<b>Não</b>	N	213	96	202	70	581
	%	36,7%	16,5%	34,8%	12%	100,0%
<b>Total</b>	N	222	103	221	85	631
	%	35,2%	16,3%	35%	13,5%	100,0%

## 5.7 Ensinaamentos familiares sobre cuidados com a saúde

Os 638 participantes responderam à questão: *Quais foram as coisas mais importantes que sua família lhe ensinou sobre como cuidar da sua saúde?* As respostas compuseram um *corpus* que foi submetido à análise de classificação hierárquica descendente.

Os critérios para análise do vocabulário de cada classe foram: (a) palavras com frequência superior ao dobro da frequência média do *corpus* (critério lexicográfico adotado); (b) qui-quadrado de associação da palavra à classe estatisticamente significativa ( $\chi^2 \geq 3,84$ ,  $gl = 1$ ). Seguindo esses critérios, as palavras destacadas nos contextos, classificados através do *software* Alceste, foram analisadas e comparadas, na intenção de definir o conteúdo apresentado pelos participantes em relação aos ensinamentos da família relativos aos cuidados em saúde. Alguns trechos das entrevistas são apresentados no corpo do texto para ilustrar as classes e os resultados são expostos a seguir.

O *corpus* foi dividido em 569 unidades de contexto elementar (UCEs), das quais 91,9% foram consideradas na classificação hierárquica descendente (CHD); 6.474 palavras foram analisadas e tiveram, em média, seis ocorrências, sendo que as palavras com frequência inferior a doze foram excluídas da apresentação dos dados. Das palavras encontradas 1.089 são de formas distintas (Apêndice A).

Conforme o dendograma apresentado pela figura 5, A classificação hierárquica descendente, primeiramente dividiu o *corpus* original em dois *sub-corpora* (1ª partição); de um lado temos as classes 1, 3 e 6; e do outro as classes 2, 7, 5 e 4. Uma 2ª partição, sobre o primeiro *sub-corpora* separou a classe 6 das classes 1 e 3; e uma 3ª partição separou estas duas últimas classes. Uma 4ª partição, sobre o segundo *sub-corpora* (o do lado esquerdo do dendograma) contrapoz a classe 4 as classes 2, 7 e 5. Uma 5ª partição separou a classe 5 das classes 2 e 7; e uma 6ª partição separou estas duas últimas classes entre si. O resultado foi a obtenção de 7 classes.

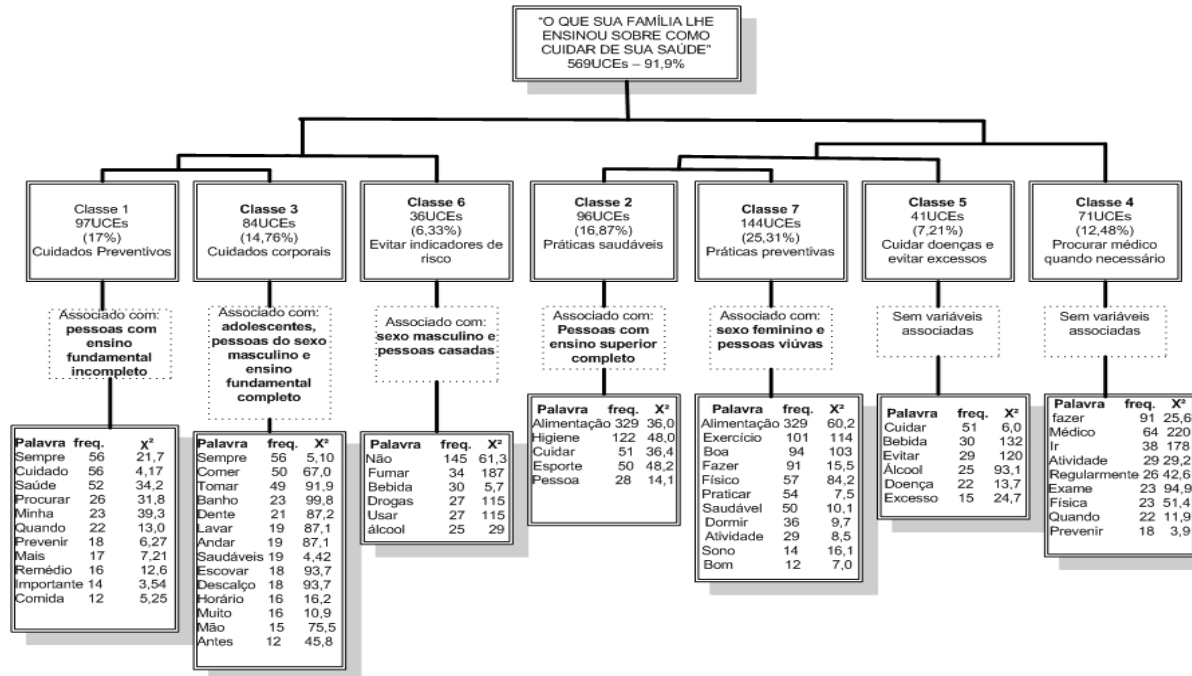


Figura 5: Dendrograma do corpus ensinamentos familiares sobre cuidado e saúde

A partir dos conteúdos das classes, verifica-se que os ensinamentos familiares envolvem desde a higiene corporal (Classe 3) até as práticas preventivas no que tange os comportamentos de cuidados de saúde (Classe 1), o que se complementa com os ensinamentos de evitar indicadores de risco, como o uso de drogas lícitas (álcool e tabaco) e ilícitas (Classe 6). Destaca-se também a busca por médicos quando necessário (Classe 4), relacionada à realização de exames e consultas médicas periódicas, o que alude aos cuidados de saúde em caso de algum sintoma de doença. Em oposição, constam as práticas saudáveis, (Classe 2) como alimentação e higiene. Sendo esta classe complementada por prática saudáveis em âmbito geral, incluindo além da alimentação saudável, o exercício físico e o sono (Classe 7), privilegiando a atenção primária à saúde. Em contraposição a esta última classe (Classe 7), a proposição de evitar excessos em relação às drogas lícitas e o cuidado curativo em relação as doenças, remetendo à atenção terciária à saúde (Classe 5).

#### *Classe 6. Evitar indicadores de risco (36 uce)*

A classe 6 representa 6,33% das unidades de contexto elementar (UCE) ou segmentos de texto do *corpus* analisado. Nessa classe, os ensinamentos mais consistentes realizados pela família envolvem evitar indicadores de risco para a saúde, como as drogas lícitas e ilícitas. As palavras que mais representam esta classe são: “*não, fumar, bebidas, drogas, usar e álcool.*” Contribuíram significativamente para essa classe pessoas casadas e pessoas do sexo masculino.

*“[...]não fumar, não beber e se preocupar com a saúde do dia a dia.”* (homem adulto)

*“[...]praticar exercícios, não fumar, não beber, não exagerar [...]”*(Homem idoso).

Conforme os dois trechos apresentados, dois elementos são recorrentes: o fumo e o álcool.

#### *Classe 1.Cuidados preventivos (97 uce)*

Esta classe foi característica de pessoas com baixa escolaridade, representada pelo ensino fundamental incompleto, responsável por 17% das unidades de contexto elementar. O contexto da classe 1 está

associado aos cuidados preventivos, especificamente a alimentação, conforme ilustra o recorte textual.

*“[...] saber e procurar se prevenir tomar os cuidados básicos com a saúde.” (homem adulto)*

*“[...] cuidar bem da minha alimentação, comendo sempre coisas saudáveis onde contem vitaminas e coisa do tipo não me expor ao sol, procurar sempre um médico para rotina diária e várias outras coisas.” (mulher adolescente)*

*“[...] não cometer excessos e se alimentar bem com produtos se possível naturais. (homem adulto)*

Nos excertos apresentados a alimentação é o elemento recorrente.

### *Classe 3. Cuidados corporais (84 uce)*

A classe 3, com 14,76% das unidades de contexto elementar, foi caracterizada por cuidados corporais, expressos pela higiene, como o ensinamento familiar mais recorrentemente repassado. Assinala-se desde a higiene bucal, até a higiene corporal e os comportamentos de higiene, como lavar as mãos antes de se alimentar. Além disso, também apontam como importante evitar andar descalço. Estiveram mais significativamente associados a esta classe, os adolescentes e as pessoas com baixa escolaridade, especificamente do ensino fundamental. As palavras representativas foram: “*sempre, comer, tomar, banho, lavar, dente, andar, saudável e escovar.*” O seguinte excerto da resposta dos participantes pode exemplificar a mesma:

*“não andar descalço, não tomar banho de chuva, não sair do banho e ir para o sereno, não andar sem camisa no frio, lavar os alimentos, não comer nada com as mãos sujas, não roer a unha [...]”.* (Homem adolescente)

*Classe 4. Procurar médico quando necessário (71 uce)*

Procurar o médico quando necessário foi caracterizado pelos participantes como um dos ensinamentos abordados pela família. Essa classe gerou 12,48% das unidades de contexto elementar e, foram agrupadas predominantemente em procurar o médico como uma forma de prevenção. Além da prevenção, foram apontados também aspectos relativos à atenção terciária à saúde, atrelados à presença de sintomas e, ou doenças. Algumas das palavras que mais se destacaram nesta classe foram: “*fazer, médico, ir, atividade, regularmente, exame, física.*”

“[...] *ir ao médico quando não se sentir bem[...].*”(Mulher adolescente)

*Classe 5. Cuidar doenças e evitar excessos (41 uce)*

A classe 5 complementa o sentido da classe 6, sendo 7,28% das unidades de contexto elementar geradas. As palavras representativas dessa classe foram: “*Cuidar, bebida, evitar, álcool, doença, excesso.*” Os ensinamentos familiares, nessa classe, revelam os cuidados relativos aos excessos na ingestão de bebida alcoólica (droga lícita). Demarcando uma diferenciação da classe 6 que engloba as drogas ilícitas também.

*Classe 2. Práticas saudáveis (96 uce)*

As pessoas com ensino superior contribuíram para esta classe de forma predominante. Esta classe evidenciou os comportamentos preventivos associados à saúde como cuidados repassados pela família. Para se ter uma vida saudável, considerou-se necessário cuidar da alimentação, praticar esporte e higiene. As práticas apontadas demonstram cuidados gerais e específicos relativos à prevenção. As palavras representativas da classe foram: “*alimentação, higiene, cuidar, esporte, pessoa.*”

“[...] *cuidar da higiene, alimentar-me de maneira saudável, praticar exercícios.*”(Mulher adolescente)

“[...] *cuidar da alimentação e fazer exercícios.*”(Mulher adulta)

### *Classe 7. Práticas preventivas (144 uce)*

A classe sete, maior dentre o *corpus*, representa 25,31% das unidades de contexto elementar (UCEs) ou segmentos de texto do *corpus* analisado e envolve as práticas preventivas como, boa alimentação, prática de exercícios e a qualidade do sono, demonstrando uma variedade das mesmas em comparação a classe 1, que prioriza a alimentação. Esta classe foi característica do sexo feminino e de pessoas viúvas. As palavras que mais representam a classe são: “*alimentação, exercício, boa, fazer, físico, praticar, saudável, dormir, atividade, sono, bom.*”

“[...]sempre comer alimentos saudáveis e praticar exercícios físicos regularmente.”(Mulher adolescente)

“[...]alimentação balanceada, prato colorido, comer de três em três horas, em quantidade pequena, exercício físico, caminhada.”(Mulher adolescente)

Os excertos apontados acima trazem como elementos recorrentes os exercícios físicos e a alimentação saudável.

### **5.8 Representações sociais da saúde**

A partir da questão “*Escreva as cinco primeiras palavras que você pensa quando lê a palavra Saúde,*” de evocação livre, buscou-se investigar a estrutura da representação social de saúde para homens e mulheres dos três grupos etários. O *software* utilizado para análise foi o *Evocation*, o qual realiza uma análise lexicográfica. Na Tabela 9, apresenta-se o diagrama dos quadrantes referentes ao cruzamento dos critérios de frequência e ordem média de evocação de todos os participantes a partir do termo indutor “saúde”.

A análise realizada pelo programa *Evocation* gera um diagrama de quatro quadrantes organizados em dois eixos: o eixo vertical corresponde à frequência de evocação das palavras e o eixo horizontal, à ordem média de evocações. Foram evocadas 3.017 palavras, com 635 palavras distintas, sendo consideradas na análise aquelas com frequência superior a cinco. A frequência mínima aqui considerada foi de 10 para representação na tabela; a frequência média foi de 18, e a ordem média de evocação foi de 3.



**Tabela 9** Quadrantes segundo frequência e ordem média de evocação

		OME < 3,0		OME ≥ 3,0		
		<i>F</i>	OME	Elemento	<i>F</i>	OME
<i>f</i> ≥ 18	Alimentação	234	2,52	Lazer	67	3,25
	Bem-estar	136	1,96	Remédio	65	3,29
	Exercício	126	2,58	Trabalho	31	3,35
	Médico	79	2,92	Longevidade	26	3,50
	Hospital	74	2,90	Família	25	3,92
	Cuidado	71	2,80	Amor	24	3,66
	Vida	71	2,07	Paz	22	3,50
	Esporte	66	2,42	Amizade	20	3,90
	Felicidade	60	2,93	Exame	18	3,55
	Doença	57	2,50	Plano_saúde	18	3,05
	Qualidade_vida	53	2,17			
	Higiene	45	2,91			
	Prevenção	40	2,25			
	Importante	37	2,13			
	Disposição	32	2,53			
	Saudável	31	2,87			
	Tranquilidade	31	2,80			
	<i>f</i> < 18	Posto_saúde	15	2,53	Segurança	16
Atividade		14	2,64	Atendimento	13	3,00
Necessidade		14	1,85	Harmonia	13	3,00
Preocupação		12	2,66	Morte	13	3,84
Qualidade		12	2,83	Prazer	13	3,07
Mau_atendimento		11	2,36	Qualidade_sono	12	4,08
Precariedade		11	2,18	Responsabilidade	12	3,00
Corpo		10	2,40	Sexo	12	3,83
				Caminhada	11	3,45
				Força	11	3,63
				Conforto	11	3,09
				Sus	11	3,18
				Auto_estima	10	3,90
				custo	10	4,10
				educação	10	3,70
				Relacionamento	10	4,00

O quadrante superior esquerdo da tabela indica os elementos da representação considerados como provavelmente centrais, são aqueles em que as frequências são maiores e que foram mais prontamente evocados. Quanto aos elementos intermediários, o quadrante superior direito, constitui a periferia próxima (1ª periferia), e há chances desses elementos serem periféricos com alto grau de ativação. Já o quadrante inferior esquerdo contém os elementos pouco evocados mas mencionados com prontidão e se referem também a outra periferia próxima (2ª periferia). Ambos os quadrantes, superior direito e inferior esquerdo, são cognições relacionadas e que servem de suporte para o núcleo central da representação. Os elementos do quadrante inferior direito compõem a periferia longínqua, que se constitui pelas menores frequência e evocações com menos prontidão.

Conforme a tabela 9, no quadrante superior esquerdo, destacam-se os elementos “alimentação, bem-estar, exercício, médico, hospital, cuidado, vida, esporte, felicidade, doença, qualidade de vida, higiene, prevenção, importante, disposição, saudável e tranquilidade.” Sendo estes os possíveis elementos centrais da representação. Destacam-se os elementos “alimentação, bem-estar e exercício”, com significativa frequência quando comparados com os demais elementos, assumindo maior força para a centralidade. Enquanto o elemento “alimentação” possui maior frequência (234) que o elemento “bem-estar” (136), o segundo elemento possui maior prontidão ao ser evocado, com ordem média de evocação inferior (1,96).

A partir dos elementos apontados acima, verifica-se que para os participantes a saúde está atrelada aos cuidados preventivos, sendo que estes podem ocasionar bem-estar. Todavia, além de aspectos relacionados à atenção primária, ou seja, relativos à prevenção, elementos como “médico e hospital” evidenciam o aspecto mais curativo, ligados à atenção terciária à saúde.

O quadrante superior direito indica elementos periféricos com alto grau de ativação, são eles: “lazer, remédio, trabalho, longevidade, família, amor, paz, amizade, exame e plano de saúde.” Estes confirmam os indicativos da relação entre saúde e aspectos curativos, a partir dos elementos “remédio e exame”, já enunciados no primeiro quadrante. O tipo de serviço também afeta a representação de saúde, enunciado pelos “planos de saúde”, como também a rede social, apontada por meio do elemento “família”. Outro destaque para este quadrante são os elementos de ordem da subjetividade como “amor e paz”.

No quadrante inferior esquerdo contém os elementos pouco evocados, representados pelas seguintes palavras: “posto de saúde,

necessidade, atividade, preocupação, qualidade, mau atendimento, precariedade, corpo.” Estes elementos remetem à qualidade da prestação de serviço e a falta de eficiência do sistema de saúde. Denota-se que a compreensão de saúde está ligada também ao estrutura de seu sistema. Ressalta-se que os elementos dos quadrantes superior direito e inferior esquerdo possibilitam uma interpretação menos direta no sentido de sua proximidade em relação ao núcleo.

No quadrante inferior direito, constituído pela periferia mais distante, constam as seguintes palavras: “segurança, atendimento, harmonia, morte, prazer, qualidade do sono, responsabilidade, sexo, caminhada, força, conforto, SUS, auto-estima, custo, educação, relacionamento.” Estes elementos não são organizadores e definidores da representação social, mas constituem contextos condicionais e as particularidades dela.

Constata-se, nesse quadrante, indicações relativas aos demais quadrantes, demonstrando as práticas sociais que por vezes são contraditórias e as possíveis especificidades dos vários contextos dos grupos. Nas palavras apontadas, pode-se verificar tanto questões relativas à prevenção, por meio da “caminhada e qualidade do sono,” quanto questões relacionadas ao sistema de saúde, a partir das palavras “atendimento e custo”, como também, menção a estrutura do sistema de saúde, com a palavra “sus”.

Foi possível verificar indicativos de quatro aspectos diferentes da representação social da saúde:

1. Preventiva: relacionada com comportamento de cuidados de saúde, apontando práticas do que fazer para se ter saúde.
2. Curativa: relacionada aos aspectos relativos ao tratamento de doenças.
3. Subjetiva: relacionada ao bem-estar e atrelada ao estado emocional, o que interfere diretamente na representação preventiva.
4. Programática: relacionada à constituição do sistema de saúde e a sua operacionalização na garantia do direito à saúde.

Na intenção de realizar uma comparação dos elementos da representação social da saúde considerando as características dos sexos, foram realizadas análises para verificar a relação entre as variáveis de acordo com a palavra evocada, classificando assim, as palavras características do sexo masculino e do sexo feminino.

**Tabela 10** Análise dos principais elementos evocados pela variável sexo

<b>Palavra evocada</b>	<b>Homem</b>	<b>Mulher</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>P</b>
alimentação	110	124	0,58	0,45
Bem-estar	55	81	3,86	0,049*
Exercício	51	75	3,57	0,058
hospital	51	23	8,62	0,003*
alegria	19	41	6,78	0,009*
Vida	31	41	1,04	0,307
Doença	32	25	0,53	0,466
Qualidade de vida	20	33	2,54	0,111
Prevenção	12	28	5,34	0,02*

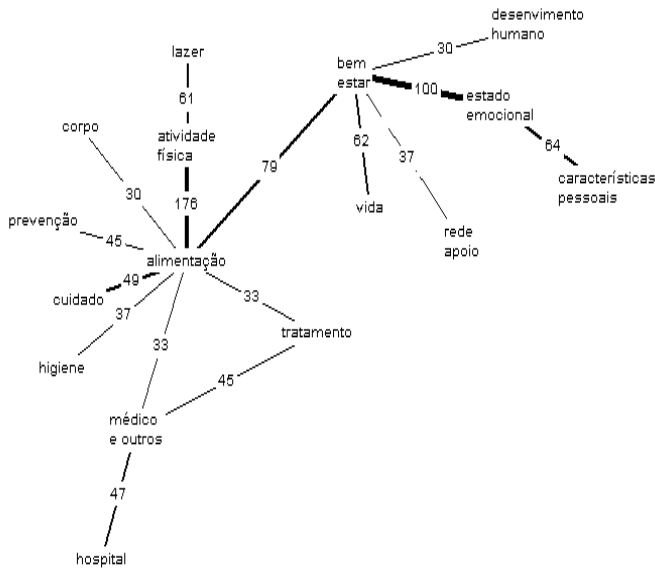
$N = 638$       \* $p \leq 0,05$ ; \*\*\* $p \leq 0,001$

Verifica-se a partir da tabela 10, que as mulheres evocaram com mais frequência elementos relacionados aos cuidados preventivos como “alimentação”, “exercício” e “qualidade de vida”, como também, questões relacionados ao “bem-estar” como a “alegria e vida”. Já para os homens, os elementos mais evocados foram “hospital e doença”. Em relação a estas palavras, observa-se que houve diferença estatisticamente significativa entre as respostas de homens e de mulheres em relação as palavras “hospital” ( $\chi^2 = 8,62$ ;  $p \leq 0,05$ ) e “alegria” ( $\chi^2 = 6,78$ ;  $p \leq 0,05$ ). Ou seja, enquanto a primeira palavra foi mais evocada pelos homens, a segunda palavra foi mais evocada pelas mulheres.

Ainda em relação ao sexo, as mulheres evocaram mais frequentemente as palavras “bem-estar” ( $\chi^2 = 3,86$ ;  $p \leq 0,05$ ) e “prevenção” ( $\chi^2 = 5,34$ ;  $p \leq 0,05$ ), indicando associação significativa. As diferenciações apontam para uma representação da saúde voltada a aspectos mais curativos em relação ao homem, e mais preventivo em relação a mulher.

Para visualizar a organização da representação social de saúde foi realizada uma análise de Similitude, que contempla a conexidade dos elementos desta. Esta análise mostra as relações, a partir do filtro de um número mínimo de co-ocorrências entre os elementos. A representação gráfica do resultado dos estudos de conexidade é denominada de árvore máxima, em cujos vértices se encontram as variáveis e, nas arestas que as ligam, a conexidade, ou co-ocorrência dentro um grupo de evocações. As categorias que aparecem conexas ao final da aplicação de um critério (filtro) são aquelas que apresentam um grau de conexão mais forte, o que está diretamente relacionado ao número de indivíduos que trata aqueles elementos de forma similar, indicativos estruturais da representação social (Junique, Barbry, Scano, Zeliger, & Vergès, 2002).

Assim, um determinado elemento será tanto mais conexo quanto mais aparecer em um conjunto de clique (filtro) mais elevado (Moliner, 1994). O clique é um critério utilizado para determinar no gráfico as co-ocorrências a partir de 20 ou mais. Conforme demonstrado na Figura 6, a árvore máxima representa as conexões obtidas pela aplicação do primeiro filtro, cujo critério foi de 30 co-ocorrências. Nesta, apresenta-se a conexão entre elementos da representação social da saúde e sua centralidade.



**Figura 6:** Conexão entre elementos da Representação Social da Saúde (clique 30)

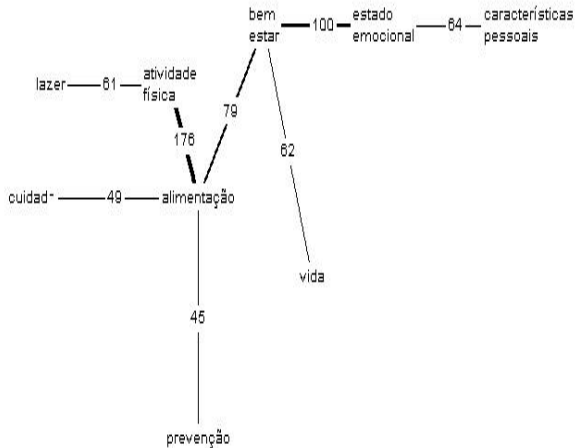
Inicialmente constata-se a partir da hierarquia dos valores das ligações entre os termos, a formação de dois subconjuntos formados em função dos agrupamentos das categorias. O primeiro deles verifica-se através de uma forte conexidade, entre as categorias “alimentação e atividade física”, o que evidencia o papel organizador desses dois elementos para o significado acerca do objeto de representação tratado aqui. A categoria “alimentação” guardava relação com aspectos relativos aos “cuidados” com a saúde, por meio da “prevenção e da higiene”, e por outras categorias que denotam o aspecto mais curativo, como “tratamento, médicos e demais profissionais e hospital”. Estas últimas conexidades possuem força menos intensa, demonstrado pelo menor número de co-ocorrências. Além disso, os conteúdos da categoria “atividade física” relacionam-se ao lazer, com força média, expressando possivelmente uma forma com que os participantes compreendem as práticas esportivas.

Por sua vez, “alimentação” estabelece conexão com força moderada com os conteúdos da categoria “bem-estar”, e retoma uma forte conexão com a categoria “estado emocional”. Apontando o segundo subconjunto de categorias agrupadas, a partir da força da conexão e frequência de co-ocorrências. Sendo que nessa última conexão, entre as categorias “bem-estar e estado emocional”, evidencia-se possivelmente outros elementos organizadores da representação social de saúde, demarcando que os sentidos contruídos sobre saúde perpassam aspectos subjetivos que se ligam às características pessoais.

Outra noção central relacionada à representação da saúde é “bem-estar” relacionado à “vida”. Esta conexão, com intensidade média, demarca a idéia inerente a aspectos de subjetividade, mais especificamente a forma de perceber e desfrutar a vida. Outras categorias associadas à representação de saúde, com fraca intensidade de conexão, são “rede de apoio e desenvolvimento humano”, indicando à relação entre saúde e forma de envelhecimento, relacionado ao apoio recebido.

Foi realizada uma tentativa de testar a conexidade das categorias centrais (alimentação – atividade física; bem-estar – estado emocional), empregando um filtro mais exigente, de 45 co-ocorrências, que indica no gráfico apenas as co-ocorrências iguais ou acima de 45. O aumento do nível de exigência de co-ocorrência manteve a ligação anterior entre estes elementos. Pode-se verificar na árvore máxima representada pela figura 7 que os elementos centrais considerados na

análise anterior, não se separam pelo aumento do rigor de exigência do filtro.



**Figura 7:** Conexão entre elementos da Representação Social da Saúde (clique 45)

Ressalta-se que houve uma redução de elementos da representação pelo aumento do rigor do critério do filtro, sendo que ficaram apenas 9 categorias das 16 anteriores, com a utilização de filtro cujo número de co-ocorrências era igual ou maior que 30. Por outro lado, as categorias centrais mantiveram sua conexidade, evidenciando a importância destas na constituição estrutural da representação da saúde para o grupo estudado.

Nessa representação gráfica (figura 7), manteve-se a conexidade forte e moderada respectivamente entre as categorias “alimentação e atividade física”, e “bem-estar e estado emocional”. Evidencia-se o papel organizador principalmente das categorias “alimentação e atividade física”, sendo que o primeiro organiza aspectos referentes ao bem-estar, à prevenção e ao cuidado; e, o segundo, organiza aspectos relacionados ao lazer.

A forte conexão entre as categorias centrais “alimentação e atividade física”, é indicativa de que a noção de saúde e a sua

manutenção se associam aos cuidados preventivos. A partir do aumento do filtro, considerando um número mais elevado de co-ocorrência (igual ou maior a 45), constata-se que os aspectos curativos associados à saúde, como “tratamento, médico e outro profissionais e hospital, não se mantêm neste gráfico, prevalecendo as noções que remetem à atenção primária.

### **5.9 Norma subjetiva em relação à consulta médica**

Para análise das respostas dadas pelos participantes a questão 14 do questionário (Anexo B): *O que você acha que seus amigos pensariam de você sobre procurar um médico sem estar se sentindo doente?* foi utilizado o software SPAD 7, o qual a partir do conteúdo textual realiza uma análise fatorial de correspondência binária (AFC), com intuito de reconhecer as crenças relacionadas a amizades, ou seja, crenças dos pares. As variáveis ativas consideradas foram o sexo, feminino e masculino; e, a faixa etária, adolescente, adultos e idosos. A análise de correspondência é uma técnica exploratória e descritiva que avalia associações entre variáveis nominais, onde os fatores organizam e demonstram as diferenças de representações sociais para grupos com características distintas, neste caso, considerando o sexo e a faixa etária.

Para verificar a contribuição das variáveis em cada fator dividiu-se 100 pelo número de modalidades de variáveis (5), obtendo vinte, como ponto de corte, o mesmo procedimento foi seguido para estabelecer o ponto de corte das palavras, dividindo 100 pelos números de palavras evocadas, sendo consideradas integrantes do fator as palavras que apresentassem uma contribuição acima de 1,40. A análise fatorial de correspondência foi realizada utilizando uma tabela lexical onde as respostas dadas pelos participantes à pergunta descrita acima se situavam nas linhas e as modalidades (sexo e faixa etária) se situavam nas colunas (638 x 5).

O  $\Phi^2$  total da análise foi de 0,096, a partir da extração de três fatores, sendo que os dois primeiros fatores explicam 86,94% da variância. O fator um explica 58,28% da variância, o fator 2, 28,66% e, o fator 3, 13,06%. Sendo assim, optou-se por reter os dois primeiros fatores, uma vez que estes explicam acima de 80% da porção de variância. A tabela 11 apresenta os dois fatores retidos considerando as modalidades das variáveis.

O primeiro fator foi o mais representativo na AFC, pois explica sozinho 58,28% da proporção de variância, com autovalor de 0,056. Em



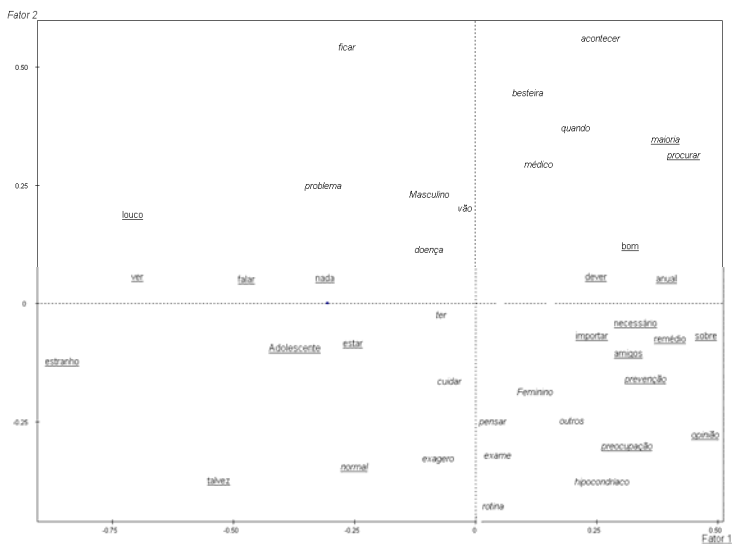
relação à faixa etária, verifica-se que apenas os adolescentes contribuíram para o fator 1. Já quando foi priorizado o sexo, observa-se que tantos homens quanto mulheres contribuíram para o fator 2, no entanto, estes se localizam em coordenadas opostas, e relacionados a elementos distintos no que tange à representação da saúde.

**Tabela 11** Variáveis e fatores da Análise Fatorial de Correspondência

Modalidade	P.Rel.	Fator 1		
		Cood.	CPF	Cos <sup>2</sup>
<i>Sexo</i>				
Feminino	26,53	-0,08	3,30	0,15
Masculino	23,47	0,09	3,70	0,15
<i>Faixa etária</i>				
Adolescente	19,03	-0,41	<b>57,5</b>	0,97
Adulto	17,67	0,24	17,8	0,53
Idoso	13,30	0,27	17,7	0,55
Modalidade	P.Rel.	Fator 2		
		Cood.	CPF	Cos <sup>2</sup>
<i>Sexo</i>				
Feminino	26,53	0,18	<b>32,7</b>	0,74
Masculino	23,47	-0,21	<b>37,0</b>	0,74
<i>Faixa etária</i>				
Adolescente	19,03	-0,07	3,90	0,03
Adulto	17,67	0,17	19,2	0,28
Idoso	13,30	-0,12	7,30	0,11
Modalidade	P.Rel.	Fator 3		
		Cood.	CPF	Cos <sup>2</sup>
<i>Sexo</i>				
Feminino	26,53	-0,07	11,0	0,11
Masculino	23,47	0,08	12,4	0,11
<i>Faixa etária</i>				
Adolescente	19,03	0,02	0,06	0,00
Adulto	17,67	0,14	<b>27,7</b>	0,19
Idoso	13,30	-0,21	<b>48,4</b>	0,34

A figura 8 mostra a representação gráfica dos dois primeiros fatores no plano cartesiano. As palavras que contribuíram para o fator 1 estão sublinhadas, já as palavras que contribuíram para o fator 2 estão

em *italico*, as palavras em *itálico e sublinhadas* contribuíram para os dois fatores; e as palavras com fonte maior são as modalidades de variáveis. As modalidades que apresentaram valores abaixo do ponto de corte estabelecido (5), não foram incluídas no plano fatorial.



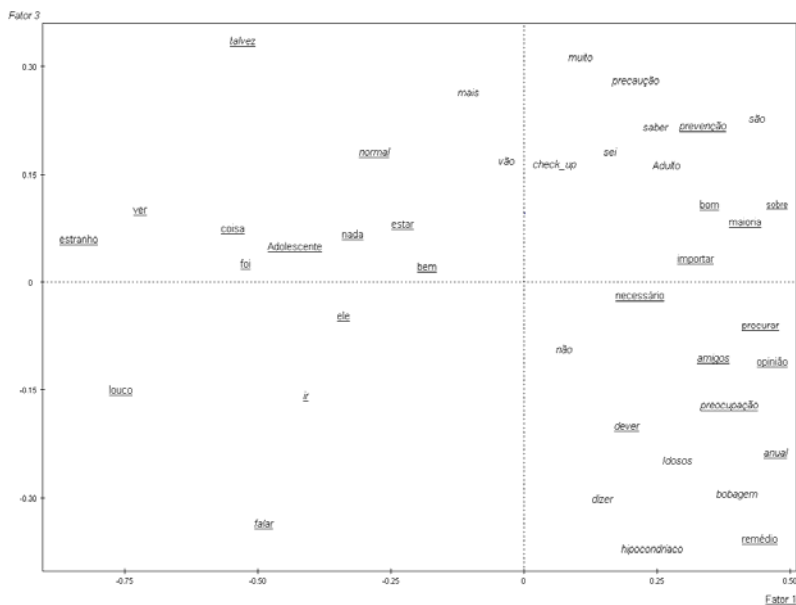
**Figura 8:** Representação gráfica dos primeiros dois fatores da análise de correspondência (palavras x elementos)

Verifica-se na figura 8 que, no lado direito, no plano inferior, encontram-se os elementos que retratam tanto cuidados preventivos quanto cuidados curativos em relação à saúde. Estes se localizam próximos no plano fatorial e, são: “importar, necessário, amigos, remédio, sobre, prevenção”. Ainda nesse plano, localizado mais abaixo, aparecem os elementos: “pensar, outros, exame, preocupação, opinião, hipocondríaco, rotina.” Indicando que a saúde é motivo de preocupação e reafirmando os cuidados relacionados à atenção primária. Além disso, destaca-se também a rede social, representada por amigos e os pedidos de opinião. Em relação à modalidade, destaca-se nesse plano o sexo feminino.

Em oposição ao sexo feminino, o sexo masculino se encontra na parte superior, juntamente com os seguintes elementos: “vão, doença, ficar, problema, nada, falar, ver, louco”. Indicando que a saúde é

problema quando se está doente, além do elemento louco, que reafirma a busca desnecessária ao médico no caso de não haver doença. Como colocado anteriormente, os sexos se opuseram entre si no que tange aos cuidados de saúde, enquanto para o sexo masculino existe um problema apenas quando se fica doente, para o sexo feminino, denota-se uma posição mais favorável em relação aos hábitos preventivos, indicados pela preocupação com a saúde, desde a rotina estabelecida e a prevenção, como também no uso de medicação quando necessário.

A figura 9 demonstra a representação gráfica dos fatores 1 e 3 no plano cartesiano. Tal qual a representação gráfica anterior, as palavras sublinhadas se referem ao fator 1, e as palavras em itálico, fator 3. As palavras “adolescentes, adulto e idoso”, referem-se as modalidades de variáveis.



**Figura 9:** Representação gráfica dos fatores um e três da análise de correspondência (palavras x elementos).

Na parte inferior direita do plano, observa-se o seguintes elementos: “amigos, procurar, opinião, preocupação, anual, bobagem, dever, remédio e hipocondríaco”. Todo eles estão próximos no plano cartesiano, sendo que a modalidade evidenciada foi idoso. Denotando-se contradição destes elementos, já que alguns deles expressam a noção de preocupação com saúde, como “procurar, preocupação, anual e dever”, todavia, outros elementos, como “bobagem e hipocondríaco”, apontam que grupo acredita que os pares que frequentam consultas médicas sem estarem doentes o fazem por exagero. Evidencia-se também, a importância da opinião dos amigos, possível indicativo de que a rede social, além de necessária, pode estar influenciando nas decisões tomadas.

No lado direito, mas agora no plano superior, evidenciam-se os elementos “muito, precaução, prevenção, saber, bom, maioria, sobre, importar, sei e check-up.” Com a modalidade de destaque, adulto. Os elementos referidos por este grupo, demonstram que os cuidados de saúde de seus pares é entendimento como prevenção. Ainda no plano superior, mas no lado esquerdo, encontra-se a modalidade adolescente e próxima a esta, os elementos “nada, estar, bem, coisa, foi”. Outros elementos encontrados no mesmo plano, todavia, mais distante da modalidade foram: “estranho, ver, talvez, normal, mais e vão”. Diferenciando tanto dos adultos quanto dos idosos, o sentido mais próximo deste grupo etário demonstra a não constituição de crença sobre o assunto, quando afirmam que não pensam nada; porém, mais distante da modalidade, mas ainda no mesmo quadrante, evidencia-se o pensamento de que a busca por médico sem estar doente é estranha.

Como descrito acima, os grupos etários demonstram oposição entre si, principalmente os adolescentes, em oposição tanto dos adultos, quanto dos idosos. A partir dos elementos encontrados, o grupo que demonstrou uma perspectiva mais favorável aos cuidados com a saúde foram os adultos; após, os idosos, com evidente contradição, e por último, os adolescentes, com o predomínio da não constituição de crença.

## 6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

### 6.1 Indicadores de comportamento de saúde *versus* indicadores de comportamentos de risco entre os sexos

Nesse estudo o delineamento inicial previa o pareamento dos participantes em relação as variáveis sexo e faixa etária, sendo que para as comparações, a primeira variável foi priorizada. Em relação à média de idade, o grupo dos idosos se caracterizou como homogêneo, não sendo constatada diferença significativa na comparação entre as médias de idade. Todavia, o mesmo não ocorreu com o grupo dos adolescentes e dos adultos. Em parte esse fato pode ser explicado pelo perfil de cada grupo, no que se refere a faixa etária, definido inicialmente com adolescentes entre 15 e 18 anos, adultos entre 25 e 55 anos e idosos a partir dos 60 anos.

A inserção no mundo do trabalho é um dos critérios propostos por Oliveira (2004) para a definição da fase adulta como ponto diferenciador de outras fases da vida, a exemplo a adolescência. Todavia, ainda assim este critério foi insuficiente para caracterizar o grupo dos adultos como homogêneo, e para novos estudos na temática, indica-se a categorização da idade em períodos mais curtos para alcançar a homogeneidade do grupo.

Quando os participantes são divididos entre os sexos, várias diferenciações significativas foram constatadas. Em relação à escolaridade, as mulheres detém um maior nível de estudo, todavia este dado ainda não demonstra repercussão na situação sócio-econômica do sexo feminino, uma possível contradição; já que em relação à renda, os homens possuem maior poder aquisitivo. Ainda em relação a essa variável, quando a análise ocorre levando em consideração o sexo segundo os grupos etários, as mulheres relatam maior tempo de estudo em comparação aos homens, especialmente entre adolescentes e adultos. No que diz respeito à situação conjugal, os sexos demonstram diferenças significativas, com os homens partilhando predominantemente a situação de casado, em contraposição as mulheres, com predomínio da situação de solteiras.

Para os participantes dessa pesquisa, a manutenção dos exercícios físicos e o *check-up* periódico relacionam-se aos principais cuidados necessários à saúde; além disso, a metade deles aponta a

necessidade de consultas médicas quando for preciso. Poucos alegam não praticar nenhum cuidado de saúde. Todavia, mesmo demonstrando a importância da prevenção no quesito saúde, o sexo feminino se destaca na realização regular de *check-up*, sendo que o contrário ocorre para a prática frequente de exercícios físicos, com o predomínio do sexo masculino.

No que tange as diferenças entre os sexos quanto à prática de atividade física, resultados semelhantes foram encontrados por diversas pesquisas (Camões & Lopes, 2008; RIPSA, 2008; Sávio & cols., 2008, Augusto Silva & cols., 2009), afirmando o predomínio de sedentarismo no sexo feminino e indicando também, que ser homem se relaciona aos fatores que se associam a prática de atividades físicas. Estes resultados são contrariados por pesquisa realizada por Moura e cols. (2008). Especula-se nesse sentido, a diferenciação entre as formas com que cada sexo concebe a prática de exercícios. Provavelmente para os homens esta pode ser significada a partir de uma partida de futebol com os amigos, o que não ocorre com o sexo feminino, o que pode ter interferido nas declarações de atividade física entre os homens. Esse aspecto pode ser constatado também na estruturação dos conteúdos da representação social, os quais serão abordados posteriormente.

WHO (2003); Sávio e cols. (2008) discutem a prática regular de atividade física afirmando seu auxílio na prevenção do ganho de peso, como também na redução das mortalidades e morbidades. Ademais, os benefícios se estendem às reduções da ansiedade e do stress, e, também podem auxiliar no combate ao uso de drogas lícitas, como afirma o Ministério da Saúde de Portugal (2007), principalmente no que se refere aos adolescentes. Ademais, tanto *check-up* de saúde, quanto a prática regular de atividades físicas traduzem aspectos que se inserem nos indicadores de comportamentos saudáveis. Assim, quando a prevalência do primeiro é retratada para o sexo feminino, e do segundo, para o masculino, constata-se dissonância desses resultados em comparação com demais pesquisas quando afirmam ausência de cuidados preventivos em homens (Courtenay, 2000; Moura & cols., 2008).

Torna-se relevante apontar que a realização de consultas médicas é praticada por todos os participantes, todavia, o sexo feminino se destaca na frequência, sendo a diferença confirmada estatisticamente. Estes resultados são indicativos de que as mulheres realizam com maior regularidade o *check-up* de saúde, como mencionado anteriormente. No que diz respeito ao comparecimento as consultas previamente marcadas, a maioria dos participantes, de ambos os sexos, afirma sempre comparecer ao atendimento. Considerações semelhantes haviam sido

encontrados por Camargo e cols. (2008), em pesquisa que aborda o sexo masculino, ao considerarem que a realização de consultas médicas é uma das formas de cuidados com a saúde para o grupo em questão.

Apesar de pouco expressivo se considerado todos os participantes, quando separados por sexo, a prática extra-médica, caracterizada pelo uso de medicação caseira, destaca-se no sexo masculino. Sobre isso, Siqueira e cols., (2006) apontam que o uso das práticas alternativas, por meio do saber popular, fazem parte do cotidiano das pessoas, e, por vezes, são acessadas antes da medicina convencional. Todavia, a prática médica convencional é predominante entre os participantes.

Aproximadamente metade dos participantes da presente pesquisa relata ter realizado alguma vez tratamento prolongado de saúde, o que evidencia a possibilidade de serem portadores de doença crônica, especialmente os adultos e idosos. É maior o número de mulheres em relação aos homens que declarou essa condição. Resultados semelhantes foram encontrados em demais pesquisas ao considerarem que o auto-relato de morbidade é maior para as mulheres (Aquino & cols., 1992; Barros & cols., 2009; Courtenay, no prelo; Dachs & Santos, 2006; Fonseca & cols., 2008; Kauffmann & Becklake, 2000; Mendoza-Sassi & cols., 2006; Pinheiro & cols., 2002; Souza & cols., 2008). Uma hipótese para esta diferenciação existente entre os sexos pode encontrar-se na forma de perceber e relatar os sintomas. (Aquino & cols., 1992; Mendoza-Sassi & cols., 2006; Pinheiro & cols., 2002).

Quando se considera os cuidados de saúde, nesse estudo, a família assume papel central, tanto no que se refere ao repasse de informações, quanto no estímulo dado na busca de atendimento médico, o que incentiva as práticas preventivas. A família teve como membro mais importante na transmissão da informação sobre saúde as mães. Esse resultado é um indicativo de que o entorno social pode ser um interveniente nos comportamentos de cuidados de saúde, tanto mais auxiliando do que impedindo a adoção de práticas saudáveis. Xavier e cols. (2009) confirmam a relevância familiar no estímulo aos comportamentos de cuidados de saúde, tanto preventivos quanto curativos. Buss e Filho (2007), Dahlgren e Whitehead (2007) e CNDSS (2008), ao discutir os determinantes sociais e sua influência na saúde, afirmam que as redes sociais adquirem papel privilegiado neste contexto. A saúde é entendida nestes estudos como um fenômeno com inúmeros determinantes, dentre eles os estilos de vida adotados por cada

indivíduo e o apoio dado pelo entorno social, sendo a família a unidade primária nos cuidados.

Alguns comportamentos de risco podem ser expressos pelos seguintes indicadores: comportamentos alimentares pouco saudáveis, inatividade física e uso excessivo de tabaco, de álcool e de outras drogas (Eaton & cols., 2008). Esses últimos são descritos por diversas pesquisas como os principais fatores de risco à saúde (Bastos & col., 2008; Oliveira & cols., 2007; Primo & Stein, 2004). Quanto a esses indicadores, no presente estudo, metade dos participantes relata não ingerir bebidas alcoólicas, todavia, a outra parcela dos participantes o faz com certa regularidade, com predomínio do consumo semanal. O consumo de bebidas alcoólicas está mais associado ao sexo masculino, pois 53% das mulheres nunca beberam, enquanto entre os homens, apenas 30,3% nunca consumiram este tipo de bebida. Esse resultado corrobora os achados de pesquisa que afirmam ser o sexo masculino prevalente nesse tipo de comportamento de risco (Bastos & cols., 2008; Bee, 1997; Courtenay, 2000; Moura & cols., 2008; Primo & Strein, 2004; Rodrigues & cols., 2008), além de reafirmar a assertiva de que as mulheres adotam mais frequentemente comportamentos saudáveis (Matos & Souza-Albuquerque, 2006).

Os adultos se destacam no consumo de bebidas alcoólicas, seguidos dos idosos, sendo esta associação confirmada estatisticamente. Já quando separados por sexo e os grupos etários, em todos eles ocorre o predomínio do sexo masculino na ingestão semanal de bebidas alcoólicas, o que fortalece a discussão realizada anteriormente. Além disso, nessa pesquisa, a renda também foi um indicativo de maior consumo de álcool, já que quanto maior o poder aquisitivo, maior a frequência com que se ingere bebida alcoólica.

Apenas 8% dos participantes referiram o comportamento tabágico no momento da pesquisa. Sendo que a partir de inquérito telefônico realizado pela vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas (VIGITEL), este valor é duas vezes inferior a média nacional do adultos (Brasil, 2008, 2009). Demais resultados de pesquisas de base populacional também obtiveram números mais elevados de fumantes se comparados com esta pesquisa (Kuhnen & cols., 2009; Machado & cols., 2009). Na presente pesquisa, não existiu prevalência entre os sexos, a partir da análise obtida, para este tipo de comportamento, contrariando resultados de pesquisas anteriores (de Torrenté de la Jara & cols., 2006; Field, 2008; Machado & cols., 2009; RIPSAs, 2008). Apesar do baixo percentual de participantes que se declararam fumantes, dentre eles, os adultos se destacaram pela



proporção mais elevada de declarações de uso em comparação aos adolescentes e idosos, com associação estatística confirmada. Paduani e cols., (2008) afirmam que padrões de comportamentos excessivos em relação ao álcool, tabaco e demais drogas são comumente adotados pelos adolescentes, todavia, este dado não é consoante com esta pesquisa.

Os usos de álcool e tabaco têm sido tolhidos nos últimos anos, o primeiro devido à implantação da Lei Seca (Lei 11.705/2008), a qual se relaciona à mudança no código de trânsito brasileiro; e, o segundo, parcialmente em função da Lei do tabaco (Lei 9.294/2008), que assevera a proibição do uso de cigarros, derivados deste e similares, em recintos coletivo, privado ou público. Ambas as leis procuram zelar pela saúde de quem consome as drogas, como também, dos demais, visto que o excesso de álcool no trânsito pode ocasionar acidentes graves seguidos com morte, e o consumo de tabaco em ambientes fechados cria os fumantes passivos. Em síntese, essas duas modificações recentes, constantemente divulgadas pela mídia, podem ter interferido no que foi referido pelos participantes. Neste campo verifica-se a adoção de práticas mais saudáveis, o que para Stroebe & Stroebe (1995) ocorre ou por meio da persuasão, focando o comportamento individual; ou através de medidas legais, como as leis que foram citadas.

Robalo (2009) considera que quando se constata: o aumento da prevalência de obesidade nas populações; o surgimento de diabetes do tipo 2 em jovens; a promoção, por parte da publicidade, de alimentos calóricos; a promoção de vida sedentária e em frente de computadores e televisão; o estímulo do consumo de bebidas e cigarro; as leis que inibam esse consumo são essenciais por parte das políticas públicas.

Foi possível observar uma relação inversa entre o tabagismo e a prática regular de atividade física, sendo que os fumantes referiram menos a prática de atividade física, enquanto que os não fumantes são mais ativos fisicamente e apresentam maior regularidade nesta atividade. A relação destas variáveis indica que além do tabagismo atuar como risco à saúde, também interfere na adoção de outros comportamentos saudáveis, como a prática regular de exercícios físicos. Em concordância com os resultados desta pesquisa, Almeida e Mussi (2006) apontam que existe correlação negativa entre a prática de exercícios físicos e tabagismo, já que em longo prazo, os fumantes vão desenvolvendo dificuldade de tolerância aos exercícios devido a uma queda na capacidade pulmonar. Por outro lado, Rodrigues e cols. (2008) acrescentam que os praticantes de esportes também podem ser

beneficiar, já que esta prática auxilia na diminuição do comportamento tabagístico.

## 6.2 Crenças normativas e Representação Social da Saúde

Alguns aspectos das crenças normativas ou normas subjetivas foram estudadas nessa pesquisa, quais sejam, crenças familiares, crenças dos pares e crenças de observância de cuidados de saúde, ou seja, o que os participantes acreditam sobre o cuidado de saúde do outro. Normas subjetivas são definidas como crenças que podem originar das pressões exercidas por seu entorno social, como familiares, amigos e a sociedade, de forma que normatiza o que é importante para cada indivíduo (Rodrigues & cols., 2002).

Os dados desta pesquisa que se referem às crenças normativas familiares, indicam que a alimentação saudável aliada à prática de atividade física regular foram os resultados referidos pela a maioria dos participantes. Em segundo lugar, aproximadamente metade dos participantes citou a realização anual de *check-up* e apenas  $\frac{1}{4}$  deles, pensam que os familiares acreditam que se deve ir ao médico independente de estar doente. Nesse aspecto, há evidente contradição, já que a relação existente entre esta última variável e realizar *check-up* regularmente não demonstra associação significativa. Entretanto, a variável ir ao médico independente de dor ou doença faz alusão a medidas preventivas de saúde e por isso deveria se associar à realização de *check-up*.

Segundo Siqueira e cols., (2006), as crenças familiares são socializadas por todo o entorno social, vivenciadas em âmbito familiar e repassadas pelas gerações. Esses conhecimentos, vivenciado na esfera familiar, podem se tornar crenças, e por sua vez, estas podem influenciar nos comportamentos adotados pelos indivíduos no que se relaciona a saúde. Além do mais, os ideais tanto de masculinidade, quanto de feminilidade, que apregoam crenças disfuncionais, podem ser barreiras para a adoção de comportamentos salutareos (Korin, 2001). Os idéias de feminilidade incentivam que a mulher busque a atenção à saúde, entretanto, o contrário ocorre com sexo masculino, podendo exercer impeditivos nesses tipos de cuidados.

Ao relacionar as crenças dos pares sobre a realização de consultas preventivas por ambos os sexos com o grupo etário ao qual o mesmo pertence, verifica-se uma oposição entre homens e mulheres. Os

homens pensam que a busca por cuidados ocorre mediante a necessidade, no caso das mulheres, verifica-se uma maior favorabilidade relativa aos cuidados com a saúde. Em concordância com este achado, Schraiber e cols., (2005) explicam que geralmente não está presente na socialização do homem aspectos que valorizem o corpo a partir do cuidado de saúde, todavia, a tentativa de distanciamento de características atreladas ao feminino podem ser frequentes. De maneira semelhante, a partir de seus estudos, Courtenay (1998, 1999a, 2000) pondera que existem comportamentos e crenças que são utilizados para a manutenção do ideal masculino, firmando sua dominância e hegemonia. Estes ideais por sua vez, reafirmam a invulnerabilidade e a superioridade dos corpos masculinos, o que exige menos cuidados. O autor reitera que a forma com que se constitui a masculinidade pode comprometer a saúde, já que os homens passam a negar comportamentos e crenças saudáveis, acreditando que estes cuidados são típicos de mulheres. Inversamente, para o sexo feminino, os comportamentos e as crenças saudáveis são socialmente construídas como forma de feminilidade idealizada.

As diferenças entre os grupos também são evidentes, principalmente referente aos adolescentes, os quais demonstram que seu grupo está em fase de constituição de crenças e apontam que seus pares devem achar estranho a busca por médico sem estar doente. O grupo dos adultos acredita que seus pares teriam um posicionamento mais favorável à busca de atendimento independente de estar doente; por sua vez, os idosos, dividem-se entre a necessidade desta busca, a partir da preocupação com a saúde; e, a possibilidade de existir exageros. Pires e Mussi (2008), apontam que geralmente os adolescentes se sentem invulneráveis à doença, os demais grupos etários, mostram-se mais preocupados com a saúde; estas características demonstram que a forma de significar e reagir diante dos comportamentos de saúde são diferenciadas em função das diferentes fases da vida.

Posteriormente foram analisadas as crenças de observância de cuidados de saúde, ou seja, como os participantes percebem os cuidados dos seus pares. Os homens avaliaram o que pensam sobre o sexo masculino e as mulheres sobre o sexo feminino. Os resultados encontrados evidenciaram principalmente que os participantes entendem os cuidados de seus pares como motivados pela preocupação com a própria saúde. Os demais motivos, tais como, ter tempo disponível, serem pessoas fracas e doentes, terem dinheiro suficiente, ou ainda por serem estimulados pela família ou por amigos, tiveram proporções de escolha inexpressivas quando considerado todos os participantes.

No que tange à diferenciação entre os sexos, ter tempo e dinheiro suficientes foram respostas que prevaleceram para os homens, sendo esta associação comprovada estatisticamente. Neste aspecto, evidenciam-se formas de atribuição de causalidade, sendo que parte dos homens recorreram a atribuição externa para explicar a motivação de seus pares na busca por atendimento médico. A alegação de dificuldades financeiras, por parte do sexo masculino, para a não procura de serviços de saúde, também foi constatada em estudo realizado por Benedetti e cols. (2006), sendo mais recorrente entre os homens do que entre as mulheres.

Na análise desta mesma variável, considerando os grupos etários, nas respostas dos idosos destaca-se que a busca aos serviços de saúde ocorre devido a fraqueza dos mesmos e por serem pessoas doentes. A percepção que as pessoas possuem dos seus semelhantes podem dar indícios de como percebem o auto-cuidado. Além disso, evidencia-se também que, a atribuição de causalidade pode se ligar tanto a fatores internos quanto aos externos. Neste caso, ocorreu com parte dos idosos a atribuição individual, ou seja, a atribuição ligada a fatores internos, o que se diferencia da discussão realizada no parágrafo anterior.

Nas respostas que se referem aos ensinamentos familiares, os cuidados de saúde frequentemente alegados foram os relativos aos excessos com as drogas lícitas e as ilícitas, cuidados de higiene corporal, cuidados preventivos e curativos; e de outro lado, a adoção de práticas saudáveis tais como: uma alimentação balanceada, prática de exercícios físicos regulares e dormir bem. Apesar de todos os participantes citarem esses ensinamentos, percebe-se que para o sexo masculino se evidencia a preocupação com os indicadores de risco, fumo, álcool e demais drogas, demonstrando aspectos mais funcionais da representação da saúde. Em relação ao sexo feminino, destacam-se as práticas preventivas envolvendo aspectos desde a higiene, a alimentação, os exercícios físicos e o sono. Os elementos representacionais citados pelos homens ressaltam uma das funções das representações, qual seja, a orientação, como assinalada por Abric (1998).

Os ensinamentos repassados pela família podem vir a constituir representações, e estas podem se tornar norteadoras de práticas e comportamentos dentro de um determinado contexto social (Abric, 1998). A partir do momento em que foram criadas, as representações adquirem vida própria e desta forma, passam a circular nos ambientes, o que oportuniza a criação de novas representações (Moscovici, 1978).

### 6.2.1 Núcleo central da representação social da saúde

As palavras que constituíram os possíveis elementos centrais da representação social da saúde foram: “alimentação, bem-estar, exercício, médico, hospital, cuidado, vida, esporte, felicidade, doença, qualidade de vida, higiene, prevenção, importante, disposição, saudável e tranquilidade”. Entretanto, os quatro primeiros elementos foram os mais frequentemente evocados. Sendo que o elemento “bem-estar”, além de ter sido evocado com maior frequência, também teve uma ordem média de evocação menor, sugerindo que entre os participantes foi evocado com maior prontidão, confirmando sua centralidade. Assim, observa-se uma hierarquia na qual o elemento “bem-estar” parece ser o mais central, seguido pelos elementos “alimentação” e “exercício”, enquanto que os demais, apesar de fazerem parte do núcleo, seriam menos imprescindíveis à representação social da saúde. Nesse sentido, Abric (2003) ressalta que dentro do núcleo central pode ter elementos cuja importância para o conjunto da representação é maior, por ser mais ativado em comparação aos outros elementos, significando que existe uma hierarquia entre eles.

Quanto aos elementos intermediários, os quais têm alto grau de ativação, como “lazer, remédio, trabalho, longevidade e família”; eles têm um papel complementar e específico em relação ao núcleo, segundo a própria teoria de Abric (1998), para a configuração estrutural da representação. Essa complementaridade pode ser percebida pelos termos da primeira periferia que se inter-relacionam aos do núcleo, como: “lazer” com “bem-estar”; “médico” e “hospital” com “remédio”; que trazem aspectos concretos da representação social da saúde, materializando aspectos subjetivos e objetivando práticas de saúde.

Outros tipos de elementos intermediários se localizam no quadrante inferior esquerdo e contém os elementos pouco evocados, mas mencionados com prontidão. Estes demonstram outra dimensão da periferia próxima caracterizada por evidenciar contextos particularizados da representação, ou seja, as especificidades dos vários grupos. Os termos “posto de saúde, necessidade e precariedade”, evidenciam contextos relativos à representação de saúde, indicando sua importância, ou ainda, apontando que existem várias formas de operacionalizar o sistema de saúde, e um deles, é por meio das unidades básicas de saúde (UBS).

Ambos os tipos de elementos intermediários mencionados, organizam-se em torno do núcleo central e são considerados elementos

periféricos. Ao contrário dos elementos do núcleo central, o sistema periférico é mais concreto, acessível, vivo e flexível (Abric, 2003; Campos, 2003). Estes elementos ajustam a representação a seu contexto, à realidade concreta e às práticas sociais de um determinado grupo. Abric (1998) reitera que esse sistema possui funções de concretização, o que possibilita o entendimento da situação vivenciada e sua transmissão; de regulação, adaptar a representação a mudanças advindas do contexto e, por fim, defesa, ou seja, proteger e neutralizar o núcleo central frente às modificações do meio. Sendo que as duas primeiras funções são observadas neste estudo.

O quadrante inferior direito constitui a periferia longínqua, constituída pelas menores frequências e evocações mais tardias, sendo o menos importante para a representação do objeto em questão. Destaca-se que os elementos deste quadrante são aqueles que menos possibilitam uma interpretação direta em relação a sua proximidade com o núcleo.

Em relação ao sexo, os elementos evocados mais frequentemente pelas mulheres foram “alimentação, exercício, qualidade, bem-estar, alegria e vida”, sendo que apenas os três últimos obtiveram associação significativa confirmada. No caso dos termos, alimentação e exercício, caracteriza a representação feminina da saúde remetendo aos cuidados primários, ou seja, a prevenção, a partir de elementos funcionais. Os demais elementos denotam características mais subjetivas e afetivas do objeto representado. Nesse sentido, Campos e Rouquette (2003) reiteram que a representação é dotada de um componente afetivo, o qual é composto por elementos atitudinais. Além do que, toda a representação é um tipo de conhecimento estruturado que tem um papel determinante na forma como os indivíduos reagem face à realidade, evidenciando nesse aspecto, que ter saúde é ter alegria e viver a vida com bem-estar.

Por sua vez, os homens evocaram mais frequentemente os elementos “hospital e doença”, ambos relacionados à atenção terciária à saúde, ou o que Meireles (2006) denomina de prevenção terciária. Estas diferenças entre os sexos indicam também formas diversificadas de se relacionar com o objeto representado. Abric (1998) reitera que as representações sociais de um determinado objeto podem ser norteadoras de práticas e comportamentos dentro de um determinado contexto social, desta forma, possuindo funcionalidade. Neste contexto estudado, a representação social de saúde pode ser possível orientadora para as práticas de saúde.

É importante salientar que os dados dessa pesquisa referentes à representação social da saúde, demonstram a menção de diferentes

aspectos desta, tais como, preventivos e curativos, subjetivos e sistemáticos, ou seja, aspectos que são discutidos sobre o próprio conceito de saúde e a forma de operacionalização da mesma. Todavia, o conceito de saúde é controverso e se retomado o histórico das várias concepções pautadas, constatam-se definições que ora focavam a saúde como um completo bem-estar, ora a partir da dicotomia saúde-doença.

Sobre a concepção de saúde, Robalo (2009) e Straub (2005), afirmam que deve ser compreendida como um estado multidimensional, o qual envolve vários domínios. Para Robalo (2009) os domínios individuais, genéticos, biológicos e os estilos de vida. E para Straub (2005), os domínios físico, psicológico e social. Sendo que, estes domínios surgem fragmentados nos relatos dos participantes, referindo que ora ter saúde é ter bem-estar, é praticar comportamentos saudáveis, ou ainda evitar riscos. Assim, por vezes os conhecimentos sobre saúde são depositados em polós dicotômicos, sendo este insuficiente para explicar os vários fenômenos que ocorrem com os organismos, como pontua Stédile (1996). Czeresnia (2004) considera que a manifestação da vida ocorre tanto por meio da saúde, quanto através da doença, e está atrelada as experiências subjetivas. Soares Neto (2006) relaciona o funcionamento saudável do organismo a felicidade, ao equilíbrio e a auto-realização física e psíquica.

Por fim, apesar das controvérsias que envolvem o conceito de saúde, e de se constatar diferentes concepções, este deve ser ampliado para uma concepção que inclua as diversas dimensões da vida humana, sendo a saúde considerada um fenômeno que pode ser determinado não só por comportamentos individuais, mas beneficiado por estes, além do que, envolvendo questões sociais, econômicas e culturais.

## **6.2.2 Estruturação da Representação Social da Saúde**

Os sentidos construídos pelos participantes desta pesquisa em relação à saúde se estruturaram, principalmente, em torno de dois conteúdos: “alimentação e atividade física”, pois se verifica o papel organizador destas duas principais categorias, pela forte conexão existente entre si e com outras categorias da representação. Em torno de alimentação e atividade física estavam conteúdos relativos à prevenção, higiene, como também, guardavam relação com categorias que ensejam aspectos curativos da saúde, como tratamento e médico. Outra categoria que surge com grau médio de intensidade de conexão com estes

primeiros é “bem-estar”, porém, retoma forte conexão com conteúdos referentes ao estado emocional, demonstrando o componente afetivo que compõe a representação do objeto saúde.

Percebe-se pela estruturação dos conteúdos da representação social da saúde, tal qual assinalam Campos e Rouquette (2000, 2003), que, como já foi observado aqui, as representações são perspassadas por aspectos tanto cognitivos quanto afetivos, assumindo uma característica atributiva, à medida que influencia, organiza ou determina cognições ou comportamentos avaliativos.

Ao ser aplicado um filtro mais exigente para testar a conexidade das categorias centrais, mantêm-se a conexão entre “alimentação e atividade física”, bem como, a força de conexão entre elas. Isso denota com maior precisão o papel organizador dessas duas categorias para o significado acerca do objeto saúde. Todavia, através dessa nova análise, houve uma redução de conteúdos considerados como centrais na representação social da saúde.

A partir das considerações de Abric (2003) sobre o núcleo central, caracterizando-o pela propriedade da estabilidade, coesão e rigidez; nesse aspecto, os elementos centrais da representação em estudo tendem ser aqueles que se mantiveram em sua função, desta forma, asseverado a perenidade da representação. Sendo assim, confirma-se a importância principal dos conteúdos que compõem as categorias alimentação e exercícios físicos e a articulação existente em seus entornos, com prevenção, cuidados e lazer. Por fim, bem-estar segue atrelada ao estado emocional que por sua vez se vincula às características pessoais. Conforme Tura (2009), resultados semelhantes foram encontrados em pesquisa desenvolvida na cidade do Rio de Janeiro. A partir do exposto, os principais sentidos de saúde foram significados, para estes participantes, através dos cuidados e do bem-estar, o que foi corroborado por outra pesquisa empírica.



## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o intuito de relacionar as variáveis sexo e de conhecimento compartilhado sobre saúde com os comportamentos de cuidados de saúde foram considerados os indicadores de comportamentos preventivos e de risco; as representações sociais de saúde e as crenças, todos eles, comparados ao sexo dos participantes.

A problemática saúde por si só demarca sua complexidade, e abordá-la exigiu realizar recortes de pesquisa para entender sua multiplicidade. Este passo foi realizado, ao priorizar dentre os vários determinantes de saúde, a esfera das características individuais dentro de pequenos grupos; a partir do arcabouço teórico das representações sociais e crenças relativas à saúde.

Sobre os indicadores de comportamentos de saúde podem ser apontados a alimentação saudável, a prática regular de atividade física, a busca por consultas e exames, o comparecimento a consultas previamente marcadas; por sua vez, os indicadores de comportamentos de risco, uso excessivo de álcool e tabaco e a inatividade física. Sobre este conjunto, ainda se constata primazia de indicadores de comportamentos saudáveis por parte do sexo feminino, principalmente no que se relaciona a questões preventivas. Todavia, de forma tímida, verificou-se modificação entre os sexos.

Se por um lado, o sexo feminino demonstrou realizar *check-up* regulares, aderir a uma alimentação saudável e realizar consultas independente do estado de doença, por outro, referiram ser inativas fisicamente. Para os homens, houve destaque da prática regular de atividade física, todavia, referem mais frequentemente o hábito de beber e não demonstram aderir a práticas preventivas tais como as mulheres. Do que se conclui que para as mulheres há nítida ênfase em práticas expressas pela busca de atendimento, com as práticas preventivas. Relacionado aos homens foram encontradas as maiores dificuldades na busca de atendimento médico preventivo, já que concebem esta necessidade na presença da doença ou algum tipo de sintoma.

Sobre o comportamento tabágico, o número de participantes que referiu fumar foi inexpressivo e inconsistente com os resultados de outras pesquisas, também não havendo prevalência entre os sexos. A partir das aferições destes indicadores, especula-se a possibilidade de

mudanças sutis nos ideários masculinos no que tange à temática cuidados em saúde. Em geral, os ideários preconizados inserem o homem num universo em que aceitar os cuidados preventivos é comungar com o que é típico do sexo feminino. Entretanto, mesmo que sutilmente, estes homens demonstram que aderem a alguns indicadores de comportamentos saudáveis, como exemplo diferenciador entre os sexos, a prática de atividades físicas.

Outro aspecto relevante de diferenças entre os sexos consiste no fato de que, ainda que as mulheres demonstrem mais frequentemente aderirem a comportamentos preventivos, as mesmas referem ter realizado com maior frequência tratamentos prolongados de saúde. Infere-se que a recorrência de auto-relatos de morbidades é maior para o sexo feminino, além de que, a elevada possibilidade de terem sido vítimas de doenças crônicas aponta uma diferença negativa se comparada aos homens. Permanece o questionamento do que diferencia a maior frequência de auto-relatos de morbidade para os sexos, se a real condição de saúde, ou se a diversidade ao relatar sua condição de saúde, desta forma, produzindo diretrizes para novos estudos.

O fenômeno saúde não pode ser compreendido apenas pelos comportamentos individuais, ou estilos de vida; expressos nesta pesquisa pelos indicadores promovidos pelo método empregado. Entretanto, ainda assim, os indicadores de saúde empregados podem traduzir em parte aumento de anos de vida, sendo o contrário para os indicadores de risco, os quais podem se relacionar aos agravos para o estado de saúde. Sabe-se também que os comportamentos de saúde se inter-relacionam, a medida em que são propiciadores de bem-estar, levam a adoção de novos comportamentos de saúde.

A família, representada predominantemente pela figura materna, assume papel primário nos cuidados de saúde, traduzidos pelo repasse de informação e incentivo as práticas preventivas. Este papel compõe um dos determinantes que auxiliam na saúde, independente do sexo. Em relação a faixa etária, a família perde este *status* no que diz respeito aos idosos, sendo que os profissionais de saúde assumem este papel. Mesmo com a mudança de representante com o passar dos anos, seja através da família, ou por meio dos profissionais de saúde, a rede social compõe um dos determinantes sociais da saúde, auxiliando nesta condição.

As crenças normativas familiares identificadas confirmam que o auto-cuidado é traduzido primordialmente por cuidados preventivos, relacionado principalmente pela alimentação saudável e a prática regular de atividade física. Assim, constata-se a relação destas nos indicadores de comportamentos saudáveis, auxiliando funcionalmente nesta prática.

E no que se refere a crença dos pares, novamente evidencia-se a relação que se estabelece com os indicadores de saúde, sendo outro aspecto relevante de diferenças entre os sexos. Enquanto para as mulheres o auto cuidado de seus pares é percebido como necessário para se prevenir de acometimentos de doenças; para os homens este auto cuidado é importante apenas quando concretamente ocorrem os agravos à saúde, ou seja a doença. De forma geral, estas crenças, que podem ter sido compartilhadas pela família, amigos, pares, dentre outros, além de serem importantes fontes de informação podem nutrir os vários comportamentos, como indicado aqui.

A pressuposição básica deste estudo foi que as representações da saúde influenciam os comportamentos de cuidados de saúde, o que pode ser visto por meio dos indicadores associados e citados anteriormente. Em relação à representação social da saúde compartilhada por estes participantes, observam-se quatro aspectos distintos que constituem o saber social sobre este objeto, expressos por aspectos preventivos, curativos, subjetivos e sistemáticos.

Na hierarquia entre os elementos centrais da representação social os principais sentidos contidos são de bem-estar e prevenção, com destaque para a funcionalidade, através da alimentação saudável e dos exercícios físicos. Além do que a complementaridade evidenciada pelo sistema periférico garante a segurança do cerne da representação social e admite as especificidades desta, o que pode ser evidenciado entre os sexos. Enquanto para as mulheres, os elementos “bem-estar, alegria e vida” foram evocados mais freqüentemente, os elementos “hospital e médico” estiveram mais associados ao sexo masculino, o que caracteriza diferenças nos elementos que constituem a periferia das representações sociais da saúde, relacionados ao sexo dos participantes. Do que se conclui que para as mulheres há nítida ênfase nos aspectos subjetivos, e para os homens, dos aspectos curativos.

O presente trabalho demonstra, em parte, a relação entre as representações sociais, as crenças e os indicadores de comportamentos de saúde; além do que, ele indica que as diferenças em relação aos cuidados com a saúde entre os sexos ainda estão presentes, mas com possibilidade de mudança. Provavelmente o ideário de masculinidade no que tange os comportamentos de cuidados de saúde para o sexo masculino parece ainda guardar certa hegemonia e estar sendo apregoados pelo entorno social, naturalizando a construção de um homem forte e por isso invulnerável à doenças; o que levaria os participantes a priorizar o atendimento médico principalmente na presença da doença.

As políticas públicas voltadas para a saúde devem considerar as diversidades entre os sexos, relevando os ideais tanto de masculinidade quanto de feminilidade difundidos pelas crenças, como fatores que possuem relação na adoção de comportamentos saudáveis. Elas devem também considerar as especificidades entre os sexos; e ainda levar em conta a existência e a importância dos conhecimentos disseminados pelo pensamento social, envolvendo representações e crenças, nos espaços de ensino (educação para a saúde).

### **7.1 Dificuldades e Limitações do estudo**

A partir deste estudo, foram observadas limitações. Uma primeira foi a relativa falta de homogeneidade da amostra quanto à faixa etária, principalmente em relação aos adultos, o que permitiria comparações com maior confiabilidade em relação ao demais grupos. Uma segunda limitação refere-se ao fato de que foi investigada aqui apenas um tipo de determinante de saúde, aquele relativo a esfera microsocia. Todavia, a compreensão do fenômeno saúde poderá ser ampliada a medida que novas pesquisas se proponham também a conhecer analisar as relações entre determinantes entre esferas micro e macrosocia. Uma terceira limitação se refere ao método indireto de coleta dos dados, que permite apenas uma aproximação dos elementos envolvidos com o fenômeno, não se teve contato direto com comportamentos de saúde ou de risco, e sim com autorelato dos mesmos pelos participantes. Uma quarta dificuldade foi o fato dos estudos anteriores apresentarem muita diversidade metodológica e procedural, o que relativiza as comparações realizadas entre a presente pesquisa e estes estudos.

Estudos posteriores podem também avançar o conhecimento sobre a saúde humana, na medida em que passem a elaborar e empregar instrumentos de coleta de dados que permitam mais proximidade com o comportamento relativo a saúde, e que sejam articulados em programas de pesquisa que tragam a possibilidade de comparações entre as mesmas e comparações temporais (delineamentos longitudinais de investigação).

## 8. REFERÊNCIAS

- Abric, J.C. (1998). A abordagem estrutural das representações sociais. Em: A.S.P. Moreira & D.C. Oliveira. *Estudos interdisciplinares de representação social*. (pp. 27-38). Goiânia: AB.
- Abric, J. C. (2003). Abordagem estrutural das representações sociais: desenvolvimentos recentes. Em: P. H. F. Campos & M. C. S. Loureiro (Orgs.). *Representações sociais e práticas educativas*. (pp.37-57). Goiânia: Ed. da UCG.
- Adami, F. & Vasconcelos, F. A. G. (2008). Childhood and adolescent obesity and adult mortality: a systematic review of cohort studies. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24 (Sup 4), S558-S568.
- Alexandre, M. (2000). O saber popular. *Comum*. Rio de Janeiro. 5 (15), 161-171.
- Almeida, A.F. & Mussi, F. C. (2006) Tabagismo: conhecimentos, atitudes, hábitos e grau de dependência de jovens fumantes em Salvador. *Rev. Esc. Enferm USP*, 40 (4), 456-63.
- Andrade, O. G. (2003). Representações sociais da saúde e de doença na velhice. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, Maringá, 25 (2), 207-213
- Andrieu, B. (2006). *Le dictionnaire du corps en sciences humaines et sociales*. Paris: CNRS Editions.

- Albuquerque, S. (1999). Características psicológicas associadas à saúde dos estudantes do ensino superior. Coimbra: *Instituto Superior Miguel Torga*. Tese de mestrado.
- Aquino, E. M. L. (2006). Gênero e Saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. *Revista Saúde Pública*, 40 (N. Esp.), 121-132.
- Aquino, E. M. L.; Menezes, G. M. S. & Amoedo, M. B. (1992). Gênero e saúde no Brasil: considerações a partir da pesquisa nacional por amostra de domicílios. *Revista de Saúde Pública*, 26 (3), 195-202.
- Augusto Silva, D. S.; Lima, J. O.; Santos Silva, R. J.; Prado, R. L. (2009). Nível de atividade física e comportamentos sedentários em escolares. *Rev. Bras. Cineantropom. Desempenho Hum.*, 11(3):299-306.
- Barros, M. B. A.; Zanchetta, L. M.; Moura, E. C. & Malta, D. C. (2009). Auto-avaliação da saúde e fatores associados, Brasil, 2006. *Rev. Saúde Pública*, 43(Supl 2):27-37.
- Bastos, F.; Bertoni, N. & Hacker, M. A. (2008). Consumo de álcool e drogas: principais achados de pesquisa de âmbito nacional, Brasil 2005. *Revista Saúde Pública*, 42 (supl 1), 109-117.
- Beck, A. T.; Wright, F. D.; Newman, C. F. & Liese, B. S. (1993). *Cognitive Therapy of Substance Abuse*. (pp. 32-36) New York: The Guilford Press.
- Bee, H. (1997). *O ciclo vital*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.

- Benedetti, T. B.; Petroski, E. L. & Gonçalves, L. T. (2006). Condições de saúde nos idosos de Florianópolis. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 35 (1), 44-51.
- Bercini, L. O. & Tomanik, E. A. (2004). Práticas preventivas de saúde em uma comunidade ribeirinha. *Rev. Teoria e Prática da Educação*, 7 (3), 349-358.
- Berger, P. & Luckmann, T. (1985). Os fundamentos do conhecimento na vida cotidiana. Em: P. Berger & T. Luckmann. (Orgs.) *A Construção Social da Realidade* (pp. 35-68), Petrópolis: Editora Vozes.
- Bernat, A. C.; Oliveira, M. C.; Rocha, G. C.; Boing, A. F. & Peres, K. G. (2009). Prevalência de sintomas respiratórios e fatores associados: estudo de base populacional em adultos de Lages, Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(9):1907-1916.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2008). VIGITEL. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sócio-demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2007. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2009). VIGITEL. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sócio-demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2008. Brasília: Ministério da Saúde
- Bub, M. B. C.; Medrano, C.; Silva, C. D.; Wink, S.; Liss, P. & Santos, E. K. A. (2006). A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de

autocuidado na enfermagem. *Texto contexto - enferm.*; 15, 152-157.

Buss, P.M. (2003). Uma introdução ao conceito de promoção de saúde. Em: D. Czeresnia (Org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência.* (pp. 15-39). Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.

Buss, P. M & Filho, A. P. (2007). A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1), 77-93.

Camargo, B. V. (2005). Alceste: Um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. Em A. S. P. Moreira, B. V. Camargo, J. C. Jesuíno, & S. M. da Nóbrega (Orgs.), *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais* (pp. 511-539). João Pessoa: Editora Universitária UFPB.

Camargo, B. V. ; Torres, T. L. & Aguiar, A. (2008). Aspectos comportamentais e representações sociais de saúde para homens. Em: *XXXVIII Reunião Anual de Psicologia*, 2008, Uberlândia. XXXVIII Reunião Anual de Psicologia.

Camões, M. & Lopes, C. (2008). Fatores associados à atividade física na população portuguesa. *Rev. Saúde Pública*, 42 (2), 208-216.

Campana, A. A. M.; Marques, A. C.; Gigliotti A.; Baldisserotto G.; Cruz, M. T.; Ferreira, M. P. & Laranjeira, R. (2001). Diretrizes Básicas sobre a dependência de nicotina. Guia 75 nacional de prevenção e tratamento do tabagismo. Aloyzio Achutti – *Vitrô Comunicação & Editora*, 29-57.

Campos, P. H. F. (2003). O estudo das relações entre práticas sociais e representações. *Estudos Goiânia*, 30 (1), 51-59.



- Campos, P. H. F., & Rouquette, M. L. (2000). La dimension affective des représentations sociales: Deux recherches exploratoires. *Bulletin de Psychologie*, 53, 435-441.
- Campos, P. H. F. & Rouquette, M. L. (2003). Abordagem estrutural e componente afetivo das representações sociais. *Psicologia: reflexão e crítica*, 16(3), 135-145.
- Carlini, E. A.; Galduróz, J. C. F.; Noto, A. C. & Nappo, S. A. (2002). I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país. São Paulo: *CEBRID*, 202-312.3
- Chen, Y. & Mao, Y. (2006). Obesity and leisure time physical activity among Canadians. *Preventive Medicine*, 42 (4), 261-265.
- Chiaravalloti, M. B., Morais, M. S. de, Neto Chiaravalloti, F., Conversani, D. T., Fiorin, A. N., Barbosa, A. A. C., Ferraz, A. A. (2002). Avaliação sobre a adesão às práticas preventivas do dengue: o caso de Catanduva, São Paulo, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18(5), 1321-1329.
- Chor, D.; Duchidade, M. P. & Jourdan, A. M. F. (1992). Diferencial de mortalidade em homens e mulheres em localidade da região Sudeste, Brasil: 1960, 1970 e 1980. *Rev. Saúde Pública*, 26(4), 246-255.
- Comissão Nacional sobre Determinante Sociais da Saúde (CNDSS) 2005. *Rumo a um Modelo Conceitual para Análise e Ação sobre os Determinantes Sociais de Saúde*. Rio de Janeiro: CNDSS, mimeo, (tradução).
- Conselho Nacional de Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). (2008). As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil:

Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde. Disponível em: <http://www.cndss.fiocruz.br/pdf/home/relatorio.pdf>.

- Courtenay, W. H. (1998). Better to die than cry? A longitudinal and constructionist study of masculinity and the health risk behaviour of young American men. (University of California at Berkeley). *Abstracts International*, 59(08A).
- Courtenay, W. H. (1999a). Situating men's health in the negotiation of masculinities. *The Society for the Psychological Study of Men and Masculinity Bulletin (The American Psychological Association)* 4 (2), 10-12.
- Courtenay, W. H. (1999b). Youth violence? Let's call it what it is. *Journal of American College health*, 48 (3), 141-142.
- Courtenay, W. H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Soc. Sci. Med.*; 50 (10): 1385-1401.
- Courtenay, W. H. (no prelo). Behavioural factors associate with disease, injury, and death among men: evidence and implications for prevention. *Journal of Men's Studies*.
- Courtenay, W. H. & Sabo, D. (no prelo) Preventive health strategies for men in prison. Em: D. Sabo; T. Kupers; & W. London. (Eds.), *Confronting Prison Masculinities: The Gendered Politics of Punishment*. Temple University Press, Philadelphia, PA.
- Coutinho, B.B. & Trindade, Z.A. (2006). As representações sociais da saúde no tratamento da leucemia e linfoma. *Rev. de Psicologia da Vetor*; 7(1)1, p. 9-18

- Czeresnia, D. (2004). O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. Em: D. Czeresnia & C. M. Freitas (Orgs.), *Promoção da saúde: Conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Dachs, J. N. W. & Santos, A. P. R.. (2006). Auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos achados da PNAD/2003. *Ciência e Saúde Coletiva*, 11 (4), 887-894.
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (2007). *European strategies for tackling social inequities in health*. European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2.
- De Torrente de la Jara, G.; Willi, C.; Cornuz, J. & Closuit, A. (2006). Women and tobacco: epidemiological and clinical specificities. *Rev Med Suisse*, 2 (72), 1689.
- Doise, W. (2001). Atitudes e Representações Sociais. Em D. Jodelet (Ed.). *As representações sociais*. (pp. 186-203). Rio de Janeiro: UERJ.
- Dutra, C. L.; Araújo, C. L. & Bertoldi, A. D. (2006). Prevalência de sobrepeso em adolescentes: um estudo de base populacional em uma cidade no Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22 (1), 151-162.
- Eaton, K. D.; Kann, L.; Kinchen, S.; Shanklin, S.; Ross, J.; Hawkins, J.; Harris, W. A.; Lowry, R.; MacManus, T.; Chyen, D.; Lim, C.; Brener, N. D. & Wechsler, H. (2008). Youth risk behavior surveillance. United States. Center for Disease Control and Prevention. 57 (SS04), 1-131.

- Farr, R. (1995). Representações sociais: A teoria e sua história. Em: P. Guareschi & S. Jovchelovitch (Orgs.), *Textos em representações sociais* (pp. 31-59). Petrópolis: Vozes.
- Falcão, T. J. O. & Costa, I. C. C. (2008). O tabagismo em um município de pequeno porte: um estudo etnográfico como base para geração de um programa de saúde pública. *J. Bras. Pneumol.*, 34 (2): 91-97.
- Field, C. (2008). Examining factors that influence the uptake of smoking in women. *Br J Nurs.* 17 (15): 980-985.
- Fischer, G.N. (2002). *Traité de Psychologie de la Santé*. Paris: Dumond.
- Flament, C. (2001). Estrutura e dinâmica das representações sociais. Em: D. Jodelet (Ed.). *As representações sociais*. (pp. 173-186). Rio de Janeiro: UERJ.
- Fonseca, S. A.; Blank, V. L. G.; Barros, M. V. G & Nahas, M. V. (2008). Percepção de saúde e fatores associados em industriários de Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24 (3), 567-576.
- Ghiglione, R. & Matalon, B. (1978) *O inquérito: Teoria e prática*. Oeiras: Celta Editora.
- Guimelli, C. (2003). Transformações das representações sociais, novas práticas e esquemas cognitivos de base. Em: P. H. Campos; M. C. da S. Loureiro (Orgs.). *Representações sociais e práticas educativas*. (pp. 59-67). Goiânia: Ed. UCG.
- Grisez, J. (1978). *Métodos da psicologia social*. (pp. 94-151). Rio de Janeiro: Ed. Zahar.

- Gonçalves, S-M. C. M. & Dias, M. R. (1999). Auto-exame de mamas em mulheres de baixa renda. *Estudos de Psicologia*, 4 (1), 141-159.
- Horta, R. L.; Horta, B. L.; Pinheiro, R. T.; Morales, B. & Strey, M. N. (2007). Tabaco, álcool e outras drogas entre adolescentes em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: uma perspectiva de Gênero. *Cad. Saúde Pública*, 23 (4), 775-783.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2006). *Indicadores sociodemográficos prospectivos para o Brasil 1991/2030*. Rio de Janeiro: IBGE. Disponível em: [www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao\\_da\\_populacao/publicacao\\_UNFPA.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/publicacao_UNFPA.pdf). [Acesso em 02 de janeiro de 2009].
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2007). *Tábuas completas de mortalidade*. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/presidência/noticias/noticia\\_impresao.php](http://www.ibge.gov.br/home/presidência/noticias/noticia_impresao.php). [Acesso em 19 de novembro de 2008].
- Jesuíno, J. C. (2006). A psicologia social europeia. Em: J. Vala & M. B. Monteiro. *Psicologia Social*. (pp. 49-54). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Jodelet, D. (2001) Representações sociais: um domínio em expansão. Em: D. Jodelet (org.). *As representações sociais*. (pp. 17-41). Rio de Janeiro: Ed. UDUERJ.
- Junique, C., Barbry, W., Scano, S., Zeliger, R. & Vergès, P. (2002). *L'analyse de similitude de questionnaires et de donnees numeriques*, SIMI2000. Aix em Provence: Manuel d'utilisateur.
- Kauffmann, F.; Becklake M. R. (2000). Sex and gender. *European Respiratory Monographs*; 15:288-30

- Kassouf, A. L. (2005). Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil. *RER*, Rio de Janeiro, 43 (1), 30-44.
- Korin, D. (2001) Nuevas perspectivas de género en salud. *Adolescencia Latinoamericana*; 2:67-79.
- Kuhnen, M.; Boing, Antonio F.; Oliveira, Maria C.; Longo, Giana Z.; & Njaine, Kathie. (2009). Tabagismo e fatores associados em adultos: um estudo de base populacional. *Rev. bras. epidemiol.* Dez; 12(4): 615-626.
- Laurenti, R.; Mello Jorge, M. H. P. & Gotlieb, S. L. D. (2005). Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(1), 35-46.
- Lebart, S., & Salem, A. (1988). *L'Analyse statistique de données textuelles*. Paris: Bordas.
- Lei n. 11.705, de 19 de junho de 2008 (2008). Dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2008/Lei/L11705.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Lei/L11705.htm).
- Lei 9.294, de 15 de julho de 1996 (1996). Dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L9294.htm>
- Lima, L. P. (2004). Atitudes: estrutura e mudança. In J. Vala & M. B. Monteiro. *Psicologia Social*. (pp. 187-225). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Machado, A.; Nicolau, R. & Dias, C. M. (2009). *Consumo de tabaco na população portuguesa*: análise dos dados do Inquérito Nacional de

Saúde 2005/2006. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Departamento de Epidemiologia.

Marcondelli, P.; Costa, T. H. M. & Schmitz, B. A. S. (2008). Nível de atividade física e hábitos alimentares de universitários do 3º ao 5º semestres da área da saúde. *Rev. Nutr. Campinas*, 21 (1): 39-47.

Matos, A. P. S. & Souza-Albuquerque, C. M. (2006). Estilo de vida, percepção de saúde e estado de saúde em estudantes universitários portugueses: influência da área de formação. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6 (3), 647-663.

Mazo, G. Z.; Lopes, M. A. & Benedetti, T. B. (2004). Doenças mais comuns no envelhecimento. Em: G. Z. Mazo, M. A. Lopes & T. B. Benedetti. *Atividade física e o idoso: concepção gerontológica*. 2ª ed. Porto Alegre: Ed. Sulina.

Mendoza-Sassi, R.; Béria, J. U.; Fiori, N. & Bortolotto, A. (2006). Prevalência de sinais e sintomas, fatores sociodemográficos associados e atitude frente aos sintomas em um centro urbano no Sul do Brasil. *Rev. Panam Salud. Publica*; 20 (1), 22-28.

Meireles, A. C. P. R. (2006). Níveis de prevenção: conceito e relação com as funções do médico de saúde pública. Disponível em: <http://www.saudepublica.web.pt/TrabCatarina/Prevencao/tab.pdf>

Menezes, A. M. B. (2004) Epidemiologia do Tabagismo. Diretrizes para a cessação do tabagismo. *J Bras Pneumol*. 30 (2), S3-7.

Ministério da Saúde (2003). *Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis*. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/inquerito/docs/tab.pdf>.

- Ministério da Saúde de Portugal (2007). *Portal da saúde*. Disponível em: <http://www.minaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/atividade+fisica/beneficios+atividade.htm>.
- Monteiro, C. A.; Moura E. C.; Jaime, P. C.; Lucca, A.; Florindo, A. A.; Figueiredo, I. C. R.; Bernal R. & Silva, N. N. (2005). Monitoramento de fatores de risco para as doenças crônicas por entrevista telefônicas. *Rev. Saúde Pública*, 39, 47-57.
- Moreira, A. S.P. & Jesuino, J. C. (Orgs.) (2003). *Representações Sociais: teoria e prática*. João Pessoa: Ed. Universitária.
- Morin, M. (2004). Pester em Bonne santé, évite la maladie : la bataille du risque. (pp.47-94). Em: M. Morin. *Parcours de Santé*. Paris: Armand Colin.
- Moscovici, S. (1978). *A representação social da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Moscovici, S. (1981). On social representation. Em: Forgas, J. P. (Ed.). *Social Cognition*. (pp. 181-209) London: European Association of Experimental Social Psychology/Academic Press.
- Moscovici, S. (2003). O fenômeno das representações sociais. Em: S. Moscovici, *Representações Sociais: Investigações em Psicologia Social*. (pp. 7-109). Petrópolis: Vozes.
- Moura, E. C.; Neto, O. L. M.; Malta, D. C.; Moura, L.; Silva, N. N.; Bernal, R.; Claro, R. M. & Monteiro, C. A.. (2008). Vigilância de fatores de risco para doenças crônicas por inquérito telefônico nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal (2006). *Rev. Bras. Epidemiol.*, 11 (supl 1): 20-37.



- Nascimento-Schulze, C. M. & Camargo, B. V. (2000). Psicologia social, representações sociais e métodos. *Temas em Psicologia da SBP*, 8(3), 287-299.
- Oliveira, M. K. (2004). Ciclos de vida: algumas questões sobre a psicologia do adulto. *Educação e Pesquisa*, São Paulo, 30 (2), 211-229.
- Oliveira, D. L. (2005). A ‘nova’ saúde pública e a promoção de saúde via educação: entre a tradição e a inovação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 13(3), 423-431.
- Oliveira, R. M. & Valla, V. V. (2001). As condições e as experiências de vida de grupos populares no Rio de Janeiro: Repensando a mobilização popular no controle do dengue. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(Sup.),77-8.
- Oliveira, M.; Soibelman, M. & Rigoni, M. (2007). Estudo de crenças e expectativas acerca do álcool em estudantes universitários. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (2), 421-433.
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (2006). *O programa de controle de tabagismo no Brasil: avanços e desafios*. Disponível em: [http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/controle\\_Tagismo.pdf](http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/controle_Tagismo.pdf).
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (2008). *Epidemia global de tabagismo*. Pacote MPOWE. Disponível em: [http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/OMS\\_Relatorio.pdf](http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/OMS_Relatorio.pdf).

- Paduani, G. F.; Barbosa, G. A.; Morais, J. C. R., Pereira, J. C. P., Almeida, M. F., Prado, M. M., Prado, M. M., Almeida, N. B. C. & Ribeiro, M. A. (2008). Consumo de álcool e fumo entre os estudantes da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 32 (1), 66-75.
- Pinheiro, R. S.; Viacava, F.; Travassos, C. & Brito, A. S. (2002). Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7 (4), 687-707.
- Pires, C. G. S. & Mussi, F. C. (2008). Crenças em saúde para o controle da hipertensão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13 (sup 2), 2257-2267.
- Primo, N. L. N. P. & Stein, A. T. (2004). Prevalência do abuso e da dependência de álcool em Rio Grande (RS): um estudo transversal de base populacional. *Revista Psiquiátrica*, 26 (3), 280-286.
- Ricou, M.; Salgado, J.; Alvez, C.; Duarte, I.; Teixeira, Z.; Barrias, J. & Nunes, R. (2004). A comunicação e a alteração de comportamentos. *Psicologia, Saúde e Doenças*. 5 (2), 131-144.
- RIPSA (2008). *Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. 2<sup>a</sup> Edição. Disponível em: [www.ripsa.org.br/fichaIDB/record.php?node=D.26&lang=pt](http://www.ripsa.org.br/fichaIDB/record.php?node=D.26&lang=pt)
- Rique, A. B. R.; Soares, E. A. & Meirelles, C. M. (2002). Nutrição e exercício na prevenção e controle das doenças cardiovasculares. *Rev. Bras. Med. Esporte*, 8 (6), 244-254.
- Robalo, José. (2009). Paradigmas da promoção, prevenção e cuidados em saúde. Em: M. Lopes; F. Mendes & A. Moreira (Orgs). *Saúde, educação e representações sociais: exercícios de diálogo e convergência*. Coimbra: Formasau.

- Rodrigues, A., Assmar, E.M.L. & Jablonski, B. (2002). *Psicologia Social*. 21a ed. Rio de Janeiro: Ed. Vozes.
- Rodrigues, E. S. R., Cheik, N. C. & Mayer, A. F. (2008). Nível de atividade física e tabagismo em universitários. *Rev. Saúde Pública*, 42 (4), 672-678.
- Rouquette, M. L. (1998). Representações sociais e práticas sociais. Em: A. S. P. Moreira & D. C. Oliveira. (Eds), *Estudos interdisciplinares de representação social*. (pp. 39-46). Goiânia: AB.
- Rouquette, M. L. (2003). Introdução ao estudo do conhecimento social. Em: A. S. P., Moreira; J. C., Jesuíno. (Orgs.). *Representações sociais: teoria e prática*. 2. ed. (pp. 31-47). Joao Pessoa: Editora Universitária.
- Sá, C. P. (1996). *Núcleo central das representações sociais*. Petrópolis: Vozes.
- Sallis, J. F. (2000). Age-related decline in physical activity: a synthesis of human and animal studies. *Med. Sci. Sports Exerc.*, 32 (9), 1598-1600.
- Sávio, K. E. O.; Costa, T. H, M.; Schmitz, B. A. S. & Silva, E. F. (2008). Sexo, renda e escolaridade associados ao nível de atividade física de trabalhadores. *Rev. Saúde Pública*, 42 (3), 457-463.
- Scano, S., Junique, C. & Vergès, P. (2002). *Ensemble de programmes permettant l'analyse des évocations*, EVOC2000. Aix em Provence: Manuel d'utilisateur.

- Schraiber, L. B.; Gomes, R. & Couto, M. T. (2005). Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2005, vol.10, n.1, pp. 7-17.
- Serpa, A. F. G. W. (2007). Representação social de saúde e doenças para portadores de hipertensão arterial e diabates. *Dissertação*. Campo Grande/MS.
- Silva, R. A.; Horta, B. L.; Pontes, L. M.; Faria, A. D.; Souza, L. M.; Cruzeiro, A. L. S. & Pinheiro, R. T. (2007). Bem-estar psicológico e adolescência: fatores associados. *Cad. Saúde Pública*. Maio; 23(5): 1113-1118.
- Silva, G. A.; Noronha, C. P.; Santos, M. O. & Oliveira, J. F. P. (2008). Diferenças de gênero na tendência de mortalidade por câncer de pulmão nas macrorregiões brasileiras. *Rev Bras Epidemiol*, 11(3), 411-419.
- Siqueira, K. M.; Barbosa, M. A.; Brasil, V. V.; Oliveira, L. M. C. O. & Andraus, L. M. S. (2006). Crenças populares referentes à saúde: apropriação de saberes sócio-culturais. *Texto & Contexto enfermagem*, 15 (1), 68-73.
- Smith, C.; Nutbeam, D.; Moore, L.; Roberts, C. & Catford, J. (1994). Current changes in smoking attitudes and behaviours among adolescents in Wales, 1986-1992. *Journal of Public Health Medicine*, 16 (2), 165-171.
- Souza, M. C.; Otero, U. B.; Almeida, L. M.; Turci, S. R. B.; Figueireido, V.C. & Lozana, J. A. (2008). Auto-avaliação de saúde e limitações físicas decorrentes de problemas de saúde. *Rev. Saúde Pública*, 42 (4), 741-749.

- Soares Neto, J. F. P. (2006). Santé. Em: B. Andieu (Org.), *Le dictionnaire du corps em sciences humaines e sociales* (pp. 455-457). Paris: CNRS Editions.
- Stédile, N. L. R. (1996). Prevenção em saúde: comportamentos profissionais a desenvolver na formação do enfermeiro. *Dissertação de mestrado* apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação – Área Metodologia do Ensino, da Universidade Federal de São Carlos. São Carlos.
- Stotz, E. N. (1993). Enfoques sobre educação e saúde. Em: V. V. Valla & E. N. Stotz (Org.). *Participação Popular, Educação e Saúde, Teoria e Prática*. (pp. 11-22), Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- Straub, R. O. (2005). *Psicologia da saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- Stroebe, W. & Stroebe, W. (1995). Determinantes do comportamento de saúde: uma análise ao nível da psicologia social. (pp. 31-71). Em: W. Stroebe & W. Stroebe. *Psicologia Social e Saúde*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Tavares, J. P. A. & Nunes, L. N. V. (2007). Comportamentos de saúde e de evitamento do risco em operários fabris. *Referência*, 5, II série, 23-36.
- Travassos, C.; Viacava, F. Fernandes, C. & Almeida, C. M. (2000). Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5 (1), 133-149.
- Vala, J. (2004). Representações sociais – para uma psicologia social do pensamento social. Em: J. Vala & M. B. Monteiro. *Psicologia Social*. 2a ed. (pp. 353-384). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

- Tura, L. F. R. (2009). Paradigmas da promoção e prevenção em saúde. Em: M. Lopes; F. Mendes & A. Moreira (Orgs). *Saúde, educação e representações sociais: exercícios de diálogo e convergência*. Coimbra: Formasau.
- Vargas, D.; Oliveira, M. A. F. & Araújo, E. C. (2009). Prevalência de dependência alcoólica em serviços de atenção primária à saúde de Bebedouro, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(8):1711-1720, ago, 2009
- Velasquez, M. L. (2008). Crenças disfuncionais e o uso do tabaco. *Dissertação de Mestrado*. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Mato Grosso, UFMT.
- Vergès, P. (2002). *L'analyse de similitude de questionnaires et de donnees numeriques, SIMI2000*. Aix em Provence: Manuel d'utilisateur, juillet.
- Wagner, W. (1994). Descrição, explicação e método na pesquisa das representações sociais. Em: P. Guareschi & S. Jovchelovitch (Orgs.). *Textos em representações sociais*. (pp. 149-186). Petrópolis: Vozes.
- Wagner, W. (2007). Conhecimento vernacular da ciência na vida quotidiano: por que razão as pessoas querem saber algo sobre a ciência. Em: A. S. P. Moreira & B. V. Camargo.(Orgs.). *Contribuições para a teoria eo método de estudo das representações sociais*. (pp. 131-152). João Pessoa: Editora Universitária.

- Willi, C.; de Torrente de la Jara, G; Cornuz, J. & Closuit, A. (2006). The health consequences of smoking for women at different stages of their life. *Rev. Med. Suisse*, 2 (72), 1696-1700.
- World Health Organization. (WHO). (2002). *The tobacco Atlas*. Disponível em: <http://www.who.int/tobacco/en/atlas7.pdf>.
- World Health Organization (WHO). (2003). *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases*. Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/trs/who\\_TRS\\_916.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/who_TRS_916.pdf).
- World Health Organization (WHO). (2007). *Gender and tobacco control: a policy brief*. Disponível em: [http://www.who.int/tobacco/resources/publications/general/policy\\_brief.pdf](http://www.who.int/tobacco/resources/publications/general/policy_brief.pdf).
- World Health Organization (WHO). (2008) *Estrategias para reducir el uso nocivo del alcohol*. Disponível em: [http://www.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/A61/A61\\_13-sp.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_13-sp.pdf).
- Xavier, A.T. F., Bittar, D. B. & Ataíde, M. B. (2009). Crenças no autocuidado em diabetes: implicações para a prática. *Texto contexto enferm*, Florianópolis, 2009 jan-mar; 18(1): 124-30.

## 9. ANEXOS

### Anexo A

#### QUESTIONÁRIO PARA O SEXO MASCULINO

Com esta pesquisa queremos saber o que as pessoas acham sobre a saúde dos homens. Suas respostas são muito importantes para que os serviços de saúde possam melhorar seu atendimento. Esta atividade é individual e em nenhum momento suas respostas serão identificadas. Não existe resposta certa ou errada, por isso é importante que você realmente escreva o que pensa sobre o assunto. Responda todas perguntas. Siga as instruções, e em caso de dúvida, pergunte às pesquisadoras que estarão a sua disposição para esclarecimentos. Quando terminar, levante a mão que seu questionário será recolhido.

**1. Qual a sua idade? \_\_\_\_\_ anos.**

**2. Qual seu sexo? \_\_\_\_\_**

**3. Qual o seu grau de escolaridade? (marcar apenas 1 resposta):**

- ensino fundamental incompleto (1°. Grau incompleto)
- ensino fundamental completo (1°. Grau completo)
- ensino médio incompleto (2°. Grau incompleto)
- ensino médio completo (2°. Grau completo)
- ensino superior incompleto (3°. Grau incompleto)
- ensino superior completo (3°. Grau completo)

**4. Qual a sua situação conjugal? (marcar apenas 1 resposta)**

- Casado
- Solteiro
- Separado ou divorciado
- Viúvo
- Relacionamento estável

**5. Quanto é a renda total das pessoas que moram na sua casa (renda familiar)? (marcar apenas 1 resposta)**

- até 2 salários mínimos (760,00)
- de 2 até 4 salários mínimos (entre 760,00 e 1.520,00)
- de 4 até 8 salários mínimos (entre 1.520,00 e 3.040,00)
- de 8 até 12 salários mínimos (entre 3.040,00 e 4.560,00)
- mais de 12 salários mínimos (mais de 4.560,00)



**6. Primeiro escreva as cinco primeiras palavras que você pensa quando lê a palavra SAÚDE. E depois, no espaço em frente de cada palavra marque a ordem de importância do 1º ao 5º lugar (sendo 1 para a mais importante e 5 para a menos importante).**

..... ( )  
 ..... ( )  
 ..... ( )  
 ..... ( )  
 ..... ( )

**7. Com quem ou onde o senhor obteve a maior parte das informações sobre como cuidar da sua saúde?**

*(marcar apenas uma resposta).*

- mãe                                       pai  
 outros familiares                       amigos e vizinhos  
 farmácia                                     colegas de trabalho  
 profissionais de saúde (médico, enfermeiro, etc.)  
 médico do trabalho                   Jornais, revistas ou TV  
 outros. Especifique: \_\_\_\_\_

**8. Quais foram as coisas mais importantes que sua família lhe ensinou sobre como cuidar da sua saúde?**

.....  
 .....  
 .....

**9. Atualmente o que o senhor faz para cuidar da sua saúde? (pode marcar mais de uma resposta).**

- ter uma alimentação saudável                       fazer exercícios regulares  
 ir ao médico quando doente  
 tomar remédios indicados na farmácia  
 tomar remédios caseiros  
 fazer check up de vez em quando  
 outras. Especifique: \_\_\_\_\_  
 não faço nada para cuidar da saúde

**10. O senhor costuma praticar exercícios físicos? (marcar apenas 1 resposta).**

- todos os dias  
 3 vezes por semana  
 1 ou 2 vezes por semana  
 a cada 15 dias ou mais  
 não pratico

**11. Faz quanto tempo que o senhor foi numa consulta de saúde?**  
(marcar apenas 1 resposta).

- menos de 1 mês
- entre 1 e 6 meses  entre 7 e 12 meses
- mais de 1 ano e menos de 2 anos  mais de 2 anos
- não vou a consultas

**12. Você comparece às consultas marcadas?** (marcar apenas 1 resposta).

- sempre  muito  às vezes
- pouco  nunca

**13. O que a sua família pensa sobre como o senhor deve cuidar da sua saúde?** (pode marcar mais de uma resposta).

- acha que devo ir ao médico todo ano para avaliar a minha condição de saúde
- acha que devo ter uma alimentação saudável e fazer atividade física regularmente
- acha que eu não devo me preocupar porque tenho bastante saúde.
- acha que devo tomar remédios quando estiver doente.
- acha que sempre devo ir ao médico, independente de sentir alguma dor ou estar doente
- outros. Especifique: \_\_\_\_\_

**14. O que o senhor acha que seus amigos pensariam de você se fosse a uma consulta sem estar se sentindo doente?**

.....

.....

.....

.....

**15. O que o senhor pensa a respeito dos homens que procuram atendimento médico de vez em quando?**

(pode marcar mais de uma resposta).

- eles se preocupam com a própria saúde
- eles têm tempo disponível para ir ao médico
- eles são pessoas fracas e doentes
- eles têm dinheiro suficiente para pagar o atendimento
- eles são estimulados pela família para irem ao médico
- eles são estimulados pelos amigos para irem ao médico
- outros. Especifique: \_\_\_\_\_

**16. Em sua opinião, quais as dificuldades encontradas pelos homens para ir a consultas ou fazer exames?**

*(pode marcar mais de uma resposta).*

- medo de descobrir doenças
- vergonha dos profissionais
- atendimento de má qualidade
- demora no atendimento
- receio do que os amigos vão pensar
- outros: Especifique: \_\_\_\_\_

**17. Você faz ou já fez algum tratamento por um período prolongado de tempo (mais de 3 meses)?**

- sim
- não

Se sim, foi para tratar o que? E quais eram as maiores dificuldades para seguir o tratamento?

.....

.....

.....

.....

**18. Você costuma ingerir bebidas alcoólicas? *(marcar apenas 1 resposta).***

- todos os dias
- 3 vezes por semana
- 1 ou 2 vezes por semana
- a cada 15 dias ou mais
- parei de beber
- nunca

**19. Você costuma fumar? *(marcar apenas 1 resposta).***

- todos os dias
- 3 vezes por semana
- 1 ou 2 vezes por semana
- a cada 15 dias ou mais
- parei de fumar
- nunca

**Anexo B****QUESTIONÁRIO PARA O SEXO FEMININO**

Com esta pesquisa queremos saber o que as pessoas acham sobre a saúde das mulheres. Suas respostas são muito importantes para que os serviços de saúde possam melhorar seu atendimento. Esta atividade é individual e em nenhum momento suas respostas serão identificadas. Não existe resposta certa ou errada, por isso é importante que você realmente escreva o que pensa sobre o assunto. Responda todas perguntas. Siga as instruções, e em caso de dúvida, pergunte às pesquisadoras que estarão a sua disposição para esclarecimentos. Quando terminar, levante a mão que seu questionário será recolhido.

**1. Qual a sua idade? \_\_\_\_\_ anos.**

**2. Qual seu sexo? \_\_\_\_\_**

**3. Qual o seu grau de escolaridade? (marcar apenas 1 resposta):**

ensino fundamental incompleto (1º. Grau incompleto)

ensino fundamental completo (1º. Grau completo)

ensino médio incompleto (2º. Grau incompleto)

ensino médio completo (2º. Grau completo)

ensino superior incompleto (3º. Grau incompleto)

ensino superior completo (3º. Grau completo)

**4. Qual a sua situação conjugal? (marcar apenas 1 resposta)**

Casado       Solteiro       Separado ou divorciado

Viúvo  Relacionamento estável

**5. Quanto é a renda total das pessoas que moram na sua casa (renda familiar)? (marcar apenas 1 resposta)**

até 2 salários mínimos (760,00)

de 2 até 4 salários mínimos (entre 760,00 e 1.520,00)

de 4 até 8 salários mínimos (entre 1.520,00 e 3.040,00)

de 8 até 12 salários mínimos (entre 3.040,00 e 4.560,00)

mais de 12 salários mínimos (mais de 4.560,00)

**6. Primeiro escreva as cinco primeiras palavras que você pensa quando lê a palavra SAÚDE. E depois, no espaço em frente de cada palavra marque a ordem de importância do 1º ao 5º lugar (sendo 1 para a mais importante e 5 para a menos importante).**

..... ( )  
 ..... ( )  
 ..... ( )  
 ..... ( )  
 ..... ( )

**7. Com quem ou onde a senhora obteve a maior parte das informações sobre como cuidar da sua saúde?**

*(marcar apenas uma resposta).*

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> mãe   | <input type="checkbox"/> pai                     |
| <input type="checkbox"/> outros familiares                                 | <input type="checkbox"/> amigos e vizinhos       |
| <input type="checkbox"/> farmácia  | <input type="checkbox"/> colegas de trabalho     |
| <input type="checkbox"/> profissionais de saúde (médico, enfermeiro, etc.) |  |
| <input type="checkbox"/> médico do trabalho                                | <input type="checkbox"/> Jornais, revistas ou TV |
| <input type="checkbox"/> outros. Especifique: _____                        |  |

**8. Quais foram as coisas mais importantes que sua família lhe ensinou sobre como cuidar da sua saúde?**

.....  
 .....  
 .....

**9. Atualmente o que a senhora faz para cuidar da sua saúde? *(pode marcar mais de uma resposta).***

- ter uma alimentação saudável
- fazer exercícios regulares
- ir ao médico quando doente
- tomar remédios indicados na farmácia
- tomar remédios caseiros
- fazer check up de vez em quando
- outras. Especifique: \_\_\_\_\_
- não faço nada para cuidar da saúde

**10. A senhora costuma praticar exercícios físicos?** (*marcar apenas 1 resposta*).

- todos os dias
- 3 vezes por semana
- 1 ou 2 vezes por semana
- a cada 15 dias ou mais
- não pratico

**11. Faz quanto tempo que a senhora foi numa consulta de saúde?** (*marcar apenas 1 resposta*).

- menos de 1 mês
- entre 1 e 6 meses
- entre 7 e 12 meses
- mais de 1 ano e menos de 2 anos
- mais de 2 anos
- não vou a consultas

**12. Você comparece às consultas marcadas?** (*marcar apenas 1 resposta*).

- sempre
- muito
- às vezes
- pouco
- nunca

**13. O que a sua família pensa sobre como a senhora deve cuidar da sua saúde?** (*pode marcar mais de uma resposta*).

- acha que devo ir ao médico todo ano para avaliar a minha condição de saúde
- acha que devo ter uma alimentação saudável e fazer atividade física regularmente
- acha que eu não devo me preocupar porque tenho bastante saúde.
- acha que devo tomar remédios quando estiver doente.
- acha que sempre devo ir ao médico, independente de sentir alguma dor ou estar doente
- outros. Especifique: \_\_\_\_\_

**14. O que a senhora acha que seus amigos pensariam de você se fosse a uma consulta sem estar se sentindo doente?**

.....

.....

.....

.....

**15. O que a senhora pensa a respeito das mulheres que procuram atendimento médico de vez em quando?**

*(pode marcar mais de uma resposta).*

- elas se preocupam com a própria saúde
- elas têm tempo disponível para ir ao médico
- elas são pessoas fracas e doentes
- elas têm dinheiro suficiente para pagar o atendimento
- elas são estimulados pela família para irem ao médico
- elas são estimulados pelos amigos para irem ao médico
- outros. Especifique: \_\_\_\_\_

**16. Em sua opinião, quais as dificuldades encontradas pelas mulheres para ir a consultas ou fazer exames?**

*(pode marcar mais de uma resposta).*

- medo de descobrir doenças
- vergonha dos profissionais
- atendimento de má qualidade
- demora no atendimento
- receio do que as amigas vão pensar
- outros: Especifique: \_\_\_\_\_

**17. Você faz ou já fez algum tratamento por um período prolongado de tempo (mais de 3 meses)?**

- sim
- não

Se sim, foi para tratar o que? E quais eram as maiores dificuldades para seguir o tratamento?

.....

.....

.....

.....

**18. Você costuma ingerir bebidas alcoólicas? (marcar apenas 1 resposta).**

- todos os dias
- 3 vezes por semana
- 1 ou 2 vezes por semana
- a cada 15 dias ou mais
- parei de beber
- nunca

**19. Você costuma fumar?** (*marcar apenas 1 resposta*).

- todos os dias
- 3 vezes por semana
- 1 ou 2 vezes por semana
- a cada 15 dias ou mais
- parei de fumar
- nunca



## Anexo C

**AUTORIZAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO**

O Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e da Cognição (LACCOS) vinculado a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), está desenvolvendo a pesquisa: **Representações Sociais, Crenças e Comportamentos de Saúde: Um estudo comparativo entre homens e mulheres**. Esta pesquisa tem o objetivo de compreender o pensamento e os comportamento de cuidados de saúde das pessoas. A pesquisa utiliza um questionário que será respondido e preenchido por você.

Se você apresentar alguma dúvida em relação ao estudo pode entrar em contato pelo telefone (48) 3721-9067. **Este documento tem a intenção de solicitar autorização aos responsáveis pelo adolescente que apresenta o desejo de participar da pesquisa.** Se você estiver de acordo, podemos garantir que as informações fornecidas serão confidenciais e só serão utilizadas para os fins de pesquisa já descritos.

Pesquisador responsável: Prof. Dr. Brígido Vizeu Camargo

Pesquisadora principal: Annie Mehes Maldonado Brito (Mestranda/UFSC)

.....

Eu, \_\_\_\_\_,  
autorizo \_\_\_\_\_ meu  
\_\_\_\_\_ a participar desta pesquisa.

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 2009.

Assinatura: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

## Anexo D

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e da Cognição (LACCOS) vinculado a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), está desenvolvendo a pesquisa: **Representações Sociais, Crenças e Comportamentos de Saúde: Um estudo comparativo entre homens e mulheres**. Esta pesquisa tem o objetivo de compreender o pensamento e os comportamento de cuidados de saúde das pessoas.

A pesquisa utiliza um questionário que será respondido e preenchido por você. Se você apresentar alguma dúvida em relação ao estudo ou não quiser mais fazer parte do mesmo, pode entrar em contato pelo telefone (48) 3721-9067. Mas se você estiver de acordo em participar, podemos garantir que as informações fornecidas serão confidenciais e só serão utilizadas para os fins de pesquisa já descritos.

Pesquisador responsável: Prof. Dr. Brígido Vizeu Camargo

Pesquisadora principal: Annie Mehes Maldonado Brito (Mestranda/UFSC)

.....

Eu, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, fui esclarecido(a) sobre a pesquisa acima descrita e concordo que meus dados sejam utilizados na realização da mesma.

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 2009.

Assinatura: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

## 10. APÊNDICE

### Apêndice A – Relatório Alceste

-----  
 \* Logiciel ALCESTE (4.7 - 01/12/02) \*  
 -----

Plan de l'analyse :Q\_11.pl ; Date : 3/12/\*\*; Heure : 17:02:21

C:\Program Files\Systeme-Alceste\&&\_0\

Q\_11.txt

ET 1 1 1 1

A 1 1 1

B 1 1 1

C 1 1 1

D 1 1 1 0 0

A1 1 0 0

A2 3 0

A3 1 1 0

B1 0 4 0 1 1 0 1 1 0

B2 2 2 0 0 0 0 0 0

B3 10 4 1 1 0 0 0 0 0 0

C1 0 121

C2 0 2

C3 0 0 1 1 1 2

D1 0 2 2

D2 0

D3 5 a 2

D4 1 -2 1

D5 0 0

-----  
 A1: Lecture du corpus  
 -----

A12 : Traitement des fins de ligne du corpus :  
 Ne marque de la fin de ligne :

Nombre de lignes etoilees : 619

-----

## A2: Calcul du dictionnaire

-----

Nombre de formes distinctes	: 1089
Nombre d'occurrences	: 6474
Frequence moyenne par forme	: 6
Nombre de hapax	:588
Frequence maximum d'une forme	:316

69.33% des formes de freq. <	2 recouvrent 14.24% des occur.;
81.08% des formes de freq. <	4 recouvrent 20.87% des occur.;
90.08% des formes de freq. <	9 recouvrent 30.74% des occur.;
94.21% des formes de freq. <	21 recouvrent 40.90% des occur.;
96.51% des formes de freq. <	29 recouvrent 50.62% des occur.;
97.89% des formes de freq. <	55 recouvrent 60.74% des occur.;
98.81% des formes de freq. <	73 recouvrent 70.67% des occur.;
99.45% des formes de freq. <	116 recouvrent 81.57% des occur.;
99.82% des formes de freq. <	231 recouvrent 90.99% des occur.;
100.00% des formes de freq. <	316 recouvrent 100.00% des occur.;

-----

A3 : Liste des cles et valeurs d'analyse (ALC\_CLE) :

-----

A 1 Adjectifs et adverbess  
B 1 Adverbess en "ment"  
C 1 Couleurs  
D 1 Mois/jour  
E 1 Epoques/ Mesures  
F 1 Famille  
G 1 Lieux, pays  
I 2 Interjections  
J 2 Nombres  
K 0 Nombres en chiffre  
M 2 Mots en majuscules  
N 1 Noms  
U 1 Mots non trouves dans DICIN (si existe)  
V 1 Verbes  
W 2 Prenoms  
X 2 Formes non reconnues et frequentes  
Y 1 Formes reconnues mais non codees

0 2 Mots outils non classes  
 1 2 Verbes modaux (ou susceptibles de l'etre)  
 2 2 Marqueurs d'une modalisation (mots outils)  
 3 2 Marqueurs d'une relation spatiale (mots outils)  
 4 2 Marqueurs d'une relation temporelle (mots outils)  
 5 2 Marqueurs d'une intensite (mots outils)  
 6 2 Marqueurs d'une relation discursive (mots outils)  
 7 2 Marqueurs de la personne (mots outils)  
 8 2 Demonstratifs, indefinis et relatifs (mots outils)  
 9 2 Auxiliaires etre et avoir (mots outils)  
 1 Formes non reconnues

A34 : Frequence maximale d'un mot analyse : 3000

Nombre de mots analyses : 937  
 Nombre de mots supplementaires de type "r" : 21  
 Nombre de mots supplementaires de type "s" : 637  
 Nombre d'occurrences retenues : 6351  
 Moyenne par mot : 5.569937  
 Nombre d'occurrences analysables (freq.> 3) : 4533 soit  
 84.951270%  
 Nombre d'occurrences supplementaires : 803  
 Nombre d'occurrences hors fenetre frequence : 1015

-----  
 B1: Selection des uce et calcul des donnees  
 -----

B11: Le nom du dossier des resultats est &&\_0  
 B12: Frequence minimum d'un "mot" analyse :4  
 B13: Frequence maximum d'un "mot" retenu : 9999  
 B14: Frequence minimum d'un "mot etoile" : 1  
 B15: Code de fin d'U.C.E. : 1  
 B16: Nombre d'occurrences par U.C.E. : 20  
 B17: Elimination des U.C.E. de longueur < 0

Frequence minimum finale d'un "mot" analyse : 4  
 Frequence minimum finale d'un "mot etoile" : 1

Nombre de mots analyses	: 223
Nombre de mots supplementaires de type "r"	: 15
Nombre total de mots	: 238
Nombre de mots supplementaires de type "s"	: 637
Nombre de lignes de B1_DICB	: 875
Nombre d'occurrences analysees	: 4533

Nombre d'u.c.i.	: 619
Nombre moyen de "mots" analyses / u.c.e.	: 7.323102
Nombre d'u.c.e.	: 619
Nombre d'u.c.e. selectionnees	: 619
100.00% des u.c.e. sont selectionnees	
Nombre de couples	: 3922

-----  
 B2: Calcul de DONN.1  
 -----

Nombre de mots par unite de contexte	: 10
Nombre d'unites de contexte	: 590

-----  
 B2: Calcul de DONN.2  
 -----

Nombre de mots par unite de contexte	: 12
Nombre d'unites de contexte	: 590

-----  
 B3: Classification descendante hierarchique de DONN.1  
 -----

Elimination des mots de frequence > 3000 et < 4  
 0 mots elimines au hasard soit .00 % de la fenetre

Nombre d'items analysables	: 182
Nombre d'unites de contexte	: 590
Nombre de "1"	: 4244

-----  
 B3: Classification descendante hierarchique de DONN.2  
 -----

Elimination des mots de frequence > 3000 et < 4  
 0 mots limins au hasard soit .00 % de la fenetre  
 Nombre d'items analysables : 182  
 Nombre d'units de contexte : 590  
 Nombre de "1" : 4244

-----  
 C1: intersection des classes  
 -----

Nom du dossier trait C:\Program Files\Systeme-Alceste\&&\_0\  
 Suffixe de l'analyse :121  
 Date de l'analyse : 3/12/\*\*  
 Intersection des classes RCDH1 et RCDH2

Nombre minimum d'uce par classe:31

DONN.1 Nombre de mots par uc : 10  
 Nombre d'uc : 590

DONN.2 Nombre de mots par uc : 12  
 Nombre d'uc : 590

569 u.c.e classes sur 619 soit 91.92 %

Nombre d'u.c.e. distribues : 569

Tableau croisant les deux partitions :

RCDH1 \* RCDH2

classe \* 1 2 3 4 5 6 7

poids \* 97 96 84 71 41 36 144

```

1 97 * 97  0  0  0  0  0  0
2 96 *  0 96  0  0  0  0  0
3 84 *  0  0 84  0  0  0  0
4 71 *  0  0  0 71  0  0  0
5 41 *  0  0  0  0 41  0  0
6 36 *  0  0  0  0  0 36  0
7 144 * 0  0  0  0  0  0 144

```

Tableau des chi2 (signes) :

RCDH1 \* RCDH2

classe \* 1 2 3 4 5 6 7

poids \* 97 96 84 71 41 36 144

```

1 97 * 569 -23 -20 -16 -9 -7 -39
2 96 * -23 569 -20 -16 -8 -7 -39
3 84 * -20 -20 569 -14 -7 -6 -33
4 71 * -16 -16 -14 569 -6 -5 -27
5 41 * -9 -8 -7 -6 569 -2 -14
6 36 * -7 -7 -6 -5 -2 569 -13
7 144 * -39 -39 -33 -27 -14 -13 569

```

Classification Descendante Hierarchique...

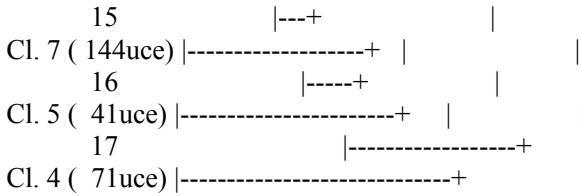
Dendrogramme des classes stables (e partir de B3\_rcdh1) :

```

-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
Cl. 1 ( 97uce) |-----+
                13      |--+
Cl. 3 ( 84uce) |-----+ |
                14      |-----+
Cl. 6 ( 36uce) |-----+ |
Cl. 2 ( 96uce) |-----+ |
                19      |          +

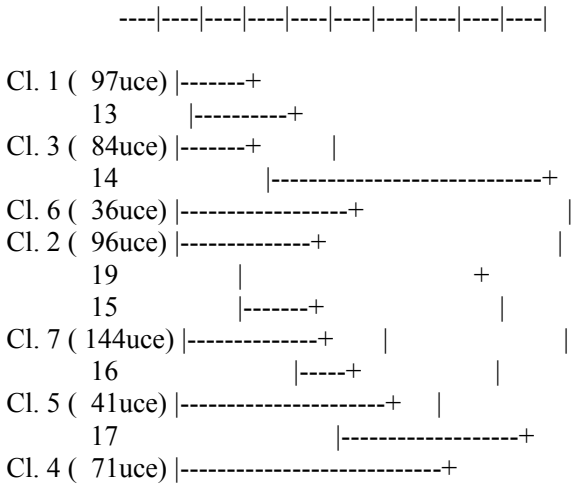
```





Classification Descendante Hierarchique...

Dendrogramme des classes stables (e partir de B3\_rcdh2) :



-----  
 C2: profil des classes  
 -----

Chi2 minimum pour la selection d'un mot : 2.00

Nombre de mots (formes reduites) : 238  
 Nombre de mots analyses : 223  
 Nombre de mots "hors-corpus" : 637  
 Nombre de classes : 7

569 u.c.e. classees soit 91.922450%

Nombre de "1" analyses :4092  
 Nombre de "1" suppl. ("r") : 634

Distribution des u.c.e. par classe...

1eme classe : 97. u.c.e. 737. "1" analyses ; 168. "1" suppl..  
 2eme classe : 96. u.c.e. 442. "1" analyses ; 69. "1" suppl..  
 3eme classe : 84. u.c.e. 791. "1" analyses ; 109. "1" suppl..  
 4eme classe : 71. u.c.e. 562. "1" analyses ; 63. "1" suppl..  
 5eme classe : 41. u.c.e. 314. "1" analyses ; 51. "1" suppl..  
 6eme classe : 36. u.c.e. 227. "1" analyses ; 37. "1" suppl..  
 7eme classe : 144. u.c.e. 1019. "1" analyses ; 137. "1" suppl..

-----  
 Classe n 1 => Contexte A  
 -----

Nombre d'u.c.e. : 97. soit : 17.05 %  
 Nombre de "uns" (a+r) : 905. soit : 19.15 %  
 Nombre de mots analyses par uce : 7.60

num effectifs pourc. chi2 identification

6	2.	4.	50.00	3.09	N foi
8	3.	7.	42.86	3.34	N mas
10	4.	4.	100.00	19.60	N pois
15	6.	8.	75.00	19.27	V mouvoir.
16	5.	10.	50.00	7.82	V outr+er
17	4.	5.	80.00	14.14	V paitre.
18	19.	60.	31.67	10.14	V par+er
19	7.	18.	38.89	6.27	V prevenir.
25	5.	14.	35.71	3.54	Y import+ant
27	3.	7.	42.86	3.34	Y problem<
28	5.	6.	83.33	18.84	abuser
31	3.	4.	75.00	9.57	algo
40	6.	6.	100.00	29.51	aprend+
41	2.	4.	50.00	3.09	ate
60	2.	3.	66.67	5.25	chas
63	13.	31.	41.94	14.36	coisa+
64	34.	103.	33.01	22.66	com

67	4.	4.	100.00	19.60	cometer
68	5.	12.	41.67	5.25	comida+
69	8.	27.	29.63	3.17	como
71	2.	4.	50.00	3.09	contra
75	15.	56.	26.79	4.17	cuidado+
78	3.	7.	42.86	3.34	das
85	2.	4.	50.00	3.09	diaria+
90	6.	7.	85.71	23.63	doente+
93	4.	6.	66.67	10.56	ela
94	5.	5.	100.00	24.55	eles
95	27.	55.	49.09	44.21	em
96	6.	8.	75.00	19.27	ensinaram
103	3.	6.	50.00	4.66	estar
104	4.	7.	57.14	8.06	estive+
105	3.	4.	75.00	9.57	estou
109	5.	15.	33.33	2.89	excesso+
121	5.	7.	71.43	14.82	geral
134	3.	4.	75.00	9.57	lugar+
135	4.	5.	80.00	14.14	mae
138	15.	64.	23.44	2.08	medico+
139	3.	4.	75.00	9.57	melhor+
141	5.	9.	55.56	9.59	meu
142	15.	23.	65.22	39.33	minha+
144	5.	12.	41.67	5.25	muita+
146	9.	21.	42.86	10.27	na
147	5.	8.	62.50	11.85	nada
148	33.	145.	22.76	4.49	nao
157	4.	5.	80.00	14.14	nunca
159	2.	4.	50.00	3.09	orientacao
161	2.	4.	50.00	3.09	paz
169	4.	5.	80.00	14.14	pouco
174	3.	4.	75.00	9.57	primeiro+
176	15.	26.	57.69	31.83	procurar
177	5.	7.	71.43	14.82	profissio+
179	7.	9.	77.78	23.85	qualquer
180	10.	22.	45.45	13.06	quando
183	2.	3.	66.67	5.25	relacao
184	8.	16.	50.00	12.64	remedio+
190	3.	5.	60.00	6.58	sao
193	24.	52.	46.15	34.29	saude
196	22.	56.	39.29	21.72	sempre

200	4.	6.	66.67	10.56	sexu+
201	3.	6.	50.00	4.66	so
204	3.	5.	60.00	6.58	tem
211	15.	49.	30.61	6.98	tomar
215	6.	12.	50.00	9.41	tudo
216	10.	21.	47.62	14.41	um
224 *	30.	99.	30.30	14.89 *	a
229 *	3.	7.	42.86	3.34 *	0 mal
231 *	7.	17.	41.18	7.21 *	6 mais
233 *	12.	25.	48.00	17.72 *	7 me
235 *	19.	48.	39.58	18.83 *	7 se
236 *	27.	60.	45.00	37.06 *	8 qu+
237 *	10.	35.	28.57	3.50 *	9 as
238 *	8.	11.	72.73	24.59 *	9 eu+
242 *	13.	54.	24.07	2.08 *	*conj_3
246 *	14.	45.	31.11	6.83 *	*esc_1

Nombre de mots selectionnés : 74

-----  
 Classe n 2 => Contexte B  
 -----

Nombre d'u.c.e. : 96. soit : 16.87 %  
 Nombre de "uns" (a+r) : 511. soit : 10.81 %  
 Nombre de mots analysé par uce : 4.60

num effectifs pourc. chi2 identification

5	4.	11.	36.36	3.04	N dos
23	82.	329.	24.92	36.06	Y aliment<
29	6.	11.	54.55	11.35	adequada+
73	2.	4.	50.00	3.15	corporal
76	24.	51.	47.06	36.40	cuidar
77	24.	49.	48.98	39.41	da
98	3.	8.	37.50	2.46	equilibrada
101	26.	50.	52.00	48.23	esporte+
123	3.	7.	42.86	3.41	habito+
124	46.	122.	37.70	48.06	higiene
132	6.	10.	60.00	13.50	limpeza
136	5.	8.	62.50	12.04	mant+

166	12.	28.	42.86	14.18	pesso+
170	14.	54.	25.93	3.49	praticar
171	7.	10.	70.00	20.49	pratica+
192	13.	50.	26.00	3.26	saudavel
198	6.	20.	30.00	2.55	ser
244 *	8.	30.	26.67	2.17 *	*conj_5
251 *	35.	152.	23.03	5.60 *	*esc_6

Nombre de mots selectionnés : 19

-----  
 Classe n 3 => Contexte C  
 -----

Nombre d'u.c.e. : 84. soit : 14.76 %  
 Nombre de "uns" (a+r) : 900. soit : 19.04 %  
 Nombre de mots analysés par uce : 9.42

num effectifs pourc. chi2 identification

1	18.	21.	85.71	87.23	A dente+
9	33.	59.	55.93	88.66	N os
26	5.	17.	29.41	2.99	Y medica<
30	6.	7.	85.71	28.35	agua
34	17.	19.	89.47	87.19	andar
36	10.	12.	83.33	45.81	antes
39	4.	5.	80.00	17.06	apos
44	20.	23.	86.96	99.28	banho+
45	2.	5.	40.00	2.55	basico+
46	6.	11.	54.55	14.11	bastante
49	17.	80.	21.25	3.11	bem
57	3.	6.	50.00	5.98	camisinha
58	2.	5.	40.00	2.55	cedo
59	6.	7.	85.71	28.35	certa+
61	3.	5.	60.00	8.20	chuva
66	27.	50.	54.00	67.07	comer
68	7.	12.	58.33	18.49	comida+
72	7.	26.	26.92	3.20	corpo
83	17.	18.	94.44	93.79	descalco
86	11.	18.	61.11	31.73	dia+
88	13.	26.	50.00	26.88	do

100	17.	18.	94.44	93.79	escovar
104	3.	7.	42.86	4.45	estive+
113	6.	9.	66.67	19.58	ficar
117	9.	9.	100.00	52.80	frio
118	9.	10.	90.00	45.79	frutas
122	2.	4.	50.00	3.97	gordurosa+
125	8.	16.	50.00	16.24	hora+
126	5.	5.	100.00	29.12	ingerir
127	3.	4.	75.00	11.62	inverno
129	17.	19.	89.47	87.19	lavar
137	14.	15.	93.33	75.58	mao+
143	5.	5.	100.00	29.12	minimo
145	7.	16.	43.75	10.99	muito
146	8.	21.	38.10	9.43	na
148	41.	145.	28.28	28.24	nao
149	5.	6.	83.33	22.66	nas
150	3.	9.	33.33	2.51	natur+
152	2.	4.	50.00	3.97	necessidade
153	15.	24.	62.50	45.38	no
156	2.	5.	40.00	2.55	nosso+
162	3.	4.	75.00	11.62	pegar
167	9.	17.	52.94	20.30	por
181	6.	9.	66.67	19.58	refeicoes
184	5.	16.	31.25	3.56	remedio+
187	3.	3.	100.00	17.41	roupa+
189	6.	8.	75.00	23.40	sair
191	6.	19.	31.58	4.42	saudaveis
195	9.	19.	47.37	16.61	sem
196	14.	56.	25.00	5.17	sempre
201	3.	6.	50.00	5.98	so
211	30.	49.	61.22	91.98	tomar
214	2.	4.	50.00	3.97	tratamento
219	8.	10.	80.00	34.43	verduras
227 *	15.	55.	27.27	7.57 *	o
237 *	18.	35.	51.43	39.84 *	9 as
241 *	40.	221.	18.10	3.20 *	*conj_2
247 *	9.	33.	27.27	4.36 *	*esc_2
248 *	40.	210.	19.05	4.86 *	*esc_3
252 *	38.	189.	20.11	6.42 *	*ida_1
874 *	55.	289.	19.03	8.50 *	*sex_1

Nombre de mots selectionnés : 61

-----  
 Classe n 4 => Contexte D  
 -----

Nombre d'u.c.e. : 71. soit : 12.48 %  
 Nombre de "uns" (a+r) : 625. soit : 13.22 %  
 Nombre de mots analysé par uce : 7.92

num effectifs pourc. chi2 identification

19	5.	18.	27.78	3.98	V prevenir.
22	7.	8.	87.50	41.82	V visit+er
27	4.	7.	57.14	12.95	Y problem<
32	5.	14.	35.71	7.10	algun+
35	6.	8.	75.00	29.04	ano+
37	34.	48.	70.83	163.46	ao
38	4.	4.	100.00	28.25	aos
42	13.	29.	44.83	29.28	atividade+
53	3.	9.	33.33	3.64	bucal
54	2.	4.	50.00	5.19	cada
70	3.	4.	75.00	14.42	consultar
81	6.	7.	85.71	34.81	dentista+
102	3.	8.	37.50	4.65	esta
108	18.	23.	78.26	94.98	exame+
112	26.	91.	28.57	25.69	fazer
114	14.	23.	60.87	51.40	fisica+
116	6.	7.	85.71	34.81	frequentemente
128	31.	38.	81.58	178.04	ir
138	45.	64.	70.31	220.86	medico+
140	3.	6.	50.00	7.82	menos
163	4.	5.	80.00	21.06	periodicamente
164	2.	4.	50.00	5.19	periodica+
165	6.	6.	100.00	42.53	periodicos
172	3.	10.	30.00	2.86	prevencao
180	8.	22.	36.36	11.96	quando
182	14.	26.	53.85	42.69	regularmente
194	2.	6.	33.33	2.42	sei+
220	8.	10.	80.00	42.49	vez+
225 *	37.	244.	15.16	2.82 *	e
241 *	34.	221.	15.38	2.80 *	*conj_2

252 \* 29. 189. 15.34 2.13 \* \*ida\_1  
 875 \* 42. 280. 15.00 3.21 \* \*sex\_2

Nombre de mots selectionnés : 32

-----  
 Classe n 5 => Contexte E  
 -----

Nombre d'u.c.e. : 41. soit : 7.21 %  
 Nombre de "uns" (a+r) : 365. soit : 7.72 %  
 Nombre de mots analysé par uce : 7.66

num effectifs pourc. chi2 identification

3	2.	9.	22.22	3.08	A sobre+
4	14.	25.	56.00	93.11	N alcool<
20	3.	6.	50.00	16.61	V su+er
21	5.	28.	17.86	5.00	V vid+er
32	3.	14.	21.43	4.34	algun+
48	18.	30.	60.00	132.02	bebida+
56	2.	7.	28.57	4.84	caminhar
62	5.	6.	83.33	52.56	cigarro+
69	6.	27.	22.22	9.56	como
76	8.	51.	15.69	6.03	cuidar
89	6.	22.	27.27	13.78	doenca+
91	4.	27.	14.81	2.45	drogas
99	1.	3.	33.33	3.08	equilibrio
106	17.	29.	58.62	120.81	evitar
109	6.	15.	40.00	24.78	excesso+
120	6.	7.	85.71	65.33	fumo
155	1.	3.	33.33	3.08	nossa+
160	2.	7.	28.57	4.84	outros
166	4.	28.	14.29	2.21	pesso+
168	4.	6.	66.67	32.06	porque
172	6.	10.	60.00	42.43	prevencao
197	3.	4.	75.00	27.69	sentido+
203	4.	8.	50.00	22.22	tambem
210	3.	11.	27.27	6.76	todo+
221	4.	7.	57.14	26.43	vicio+
225 *	23.	244.	9.43	3.15 *	e



249 \* 9. 79. 11.39 2.40 \* \*esc\_4  
 254 \* 18. 182. 9.89 2.88 \* \*ida\_3  
 874 \* 26. 289. 9.00 2.82 \* \*sex\_1

Nombre de mots selectionnes : 29

-----  
 Classe n 6 => Contexte F  
 -----

Nombre d'u.c.e. : 36. soit : 6.33 %  
 Nombre de "uns" (a+r) : 264. soit : 5.59 %  
 Nombre de mots analysés par uce : 6.31

num effectifs pourc. chi2 identification

4	8.	25.	32.00	29.08	N alcool<
6	1.	4.	25.00	2.37	N foi
33	1.	4.	25.00	2.37	amar
47	18.	27.	66.67	174.13	beber
48	5.	30.	16.67	5.71	bebida+
63	4.	31.	12.90	2.39	coisa+
74	1.	4.	25.00	2.37	corretamente
79	2.	7.	28.57	5.92	deixar
91	15.	27.	55.56	115.91	drogas
92	5.	6.	83.33	60.67	educacao
107	3.	5.	60.00	24.52	exagerar
119	21.	34.	61.76	187.52	fumar
122	1.	4.	25.00	2.37	gordurosa+
148	29.	145.	20.00	61.38	nao
152	1.	4.	25.00	2.37	necessidade
173	1.	4.	25.00	2.37	preventivo+
197	1.	4.	25.00	2.37	sentido+
200	2.	6.	33.33	7.46	sexu+
212	5.	6.	83.33	60.67	trabalhar
214	1.	4.	25.00	2.37	tratamento
218	15.	27.	55.56	115.91	usar
225 *	20.	244.	8.20	2.52 *	e
228 *	1.	4.	25.00	2.37 *	0 entre
240 *	22.	227.	9.69	7.21 *	*conj_1
250 *	6.	49.	12.24	3.17 *	*esc_5
254 *	16.	182.	8.79	2.74 *	*ida_3

874 \* 26. 289. 9.00 7.06 \* \*sex\_1

Nombre de mots selectionnes : 27

-----  
 Classe n 7 => Contexte G  
 -----

Nombre d'u.c.e. : 144. soit : 25.31 %

Nombre de "uns" (a+r) : 1156. soit : 24.46 %

Nombre de mots analysés par uce : **7.08**

**num effectifs pourc. chi2 identification**

11	3.	5.	60.00	3.21	V consult+er
13	17.	36.	47.22	9.76	V dormir.
18	20.	60.	33.33	2.29	V par+er
21	16.	28.	57.14	15.79	V vid+er
23	123.	329.	37.39	60.20	Y aliment<
24	4.	6.	66.67	5.49	Y disciplin<
42	14.	29.	48.28	8.53	atividade+
43	7.	11.	63.64	8.72	balanceada+
49	26.	80.	32.50	2.55	bem
51	63.	94.	67.02	103.65	boa+
52	7.	12.	58.33	7.07	bom
110	68.	101.	67.33	114.70	exercicio+
112	38.	91.	41.76	15.51	fazer
115	43.	57.	75.44	84.22	fisico+
130	5.	9.	55.56	4.43	lazer
131	3.	4.	75.00	5.26	leitura+
133	3.	4.	75.00	5.26	liquido+
155	2.	3.	66.67	2.73	nossa+
158	3.	5.	60.00	3.21	oito
170	22.	54.	40.74	7.52	praticar
178	4.	4.	100.00	11.89	qualidade
188	4.	8.	50.00	2.62	saber
191	10.	19.	52.63	7.76	saudaveis
192	22.	50.	44.00	10.13	saudavel
202	10.	14.	71.43	16.15	sono
206	56.	96.	58.33	66.63	ter
217	52.	82.	63.41	73.60	uma

223 4. 6. 66.67 5.49 viver  
 234 \* 4. 5. 80.00 7.98 \* 7 nos  
 243 \* 15. 36. 41.67 5.44 \* \*conj\_4  
 875 \* 89. 280. 31.79 12.24 \* \*sex\_2

Nombre de mots selectionnés : 31

Nombre de mots marque : 238 sur 238 soit 100.00%

Liste des valeurs de clé :

0 si  $\chi^2 < 2.71$   
 1 si  $\chi^2 < 3.84$   
 2 si  $\chi^2 < 5.02$   
 3 si  $\chi^2 < 6.63$   
 4 si  $\chi^2 < 10.80$   
 5 si  $\chi^2 < 20.00$   
 6 si  $\chi^2 < 30.00$   
 7 si  $\chi^2 < 40.00$   
 8 si  $\chi^2 < 50.00$

Tableau croisant classes et clés :

* Classes *	1	2	3	4	5	6	7	
Cles * Poids *	196	117	173	91	78	35	253	
A *	36 *	4	3	20	3	2	0	4
N *	111 *	20	4	39	8	20	11	9
V *	194 *	54	5	23	25	16	6	65
Y *	373 *	28	86	45	44	26	9	135
0 *	11 *	3	2	1	0	1	1	3
5 *	4 *	0	0	1	1	0	0	2
6 *	30 *	10	2	5	3	3	2	5
7 *	78 *	32	6	13	5	4	4	14
8 *	60 *	27	7	7	2	3	2	12
9 *	46 *	18	2	19	0	3	0	4

Tableau des  $\chi^2$  (signes) :

* Classes *	1	2	3	4	5	6	7
Cles * Poids *	196	117	173	91	78	35	253
A *	36 *	-2	0	34	0	0	-1 -4
N *	111 *	0	-8	23	0	15	13 -22
V *	194 *	7	-21	-6	2	0	0 5
Y *	373 *	-66	64	-16	3	-1	-2 27
0 *	11 *	0	0	0	-1	0	0 0
5 *	4 *	-1	0	0	1	0	0 1
6 *	30 *	2	0	0	0	0	0 -1
7 *	78 *	21	-1	0	-1	-1	0 -3
8 *	60 *	22	0	-1	-2	0	0 -1
9 *	46 *	9	-2	17	-5	0	-1 -8

Chi2 du tableau : 308.926400

Nombre de "1" distribues : 943 soit 20 %

-----  
 C2: Reclassement des uce et uci  
 -----

Type de reclassement choisi pour les uce :  
 Classement d'origine

Tableaux des cles (TUCE et TUCI) :

Nombre d'uce enregistrees : 619  
 Nombre d'uce classees : 569 soit : 91.92%

Nombre d'uci enregistrees : 619  
 Nombre d'uci classees : 497 soit : 80.29%

-----  
 C3: A.F.C. du tableau C2\_DICB.121  
 -----

A.F.C. de C:\Program Files\Systeme-Alceste\&&\_0\C2\_DICB.121

Effectif minimum d'un mot : 8  
 Nombre d'uce minimum par classe : 18  
 Nombre de lignes analysees : 119  
 Nombre total de lignes : 145  
 Nombre de colonnes analysees : 7

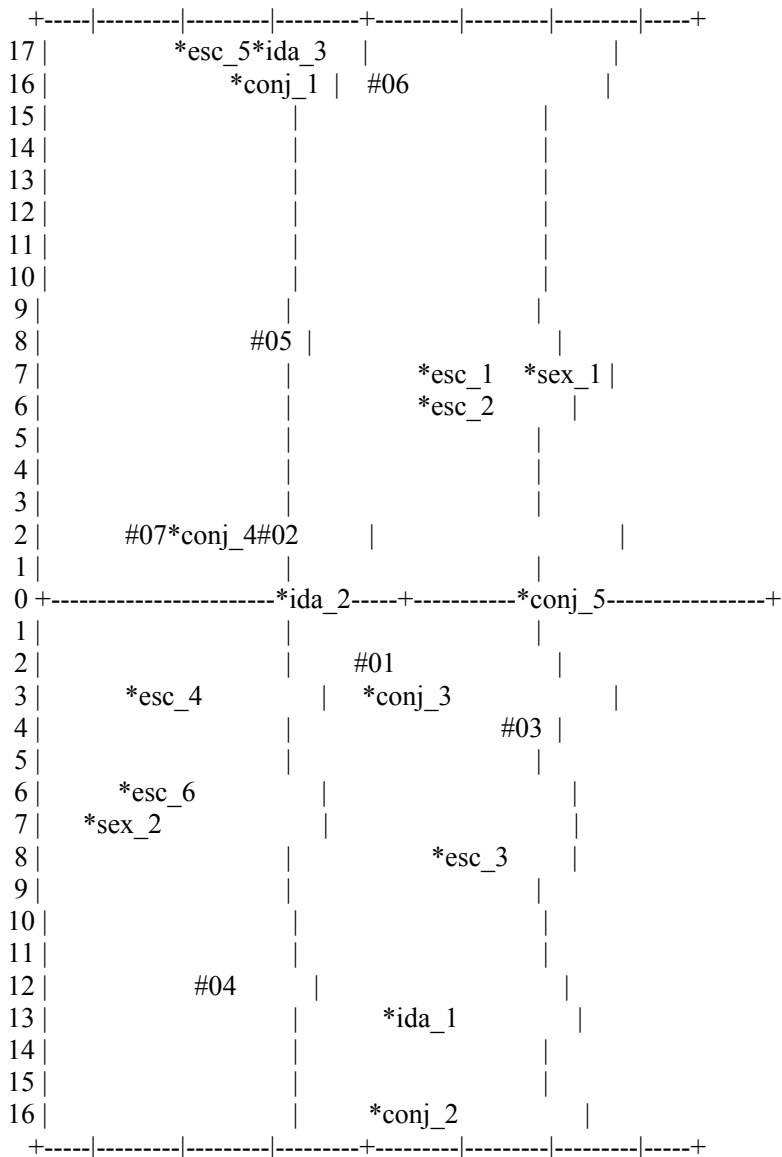
```
*****
* Num.* Valeur Propre * Pourcentage * Cumul *
*****
* 1 * .36490490 * 26.89008 * 26.890 *
* 2 * .27026920 * 19.91632 * 46.806 *
* 3 * .25346550 * 18.67804 * 65.484 *
* 4 * .17958340 * 13.23362 * 78.718 *
* 5 * .15779300 * 11.62787 * 90.346 *
* 6 * .13100830 * 9.65408 * 100.000 *
*****
```

Seuls les mots e valeur de cle  $\geq 0$  sont representes  
 Nombre total de mots retenus : 145  
 Nombre de mots pleins retenus : 119  
 Nombre total de points : 152

Representation separee car plus de 60 points

Projection des colonnes et mots "\*" sur le plan 1 2 (correlations)

Axe horizontal : 1e facteur : V.P. =.3649 ( 26.89 % de l'inertie)  
 Axe vertical : 2e facteur : V.P. =.2703 ( 19.92 % de l'inertie)



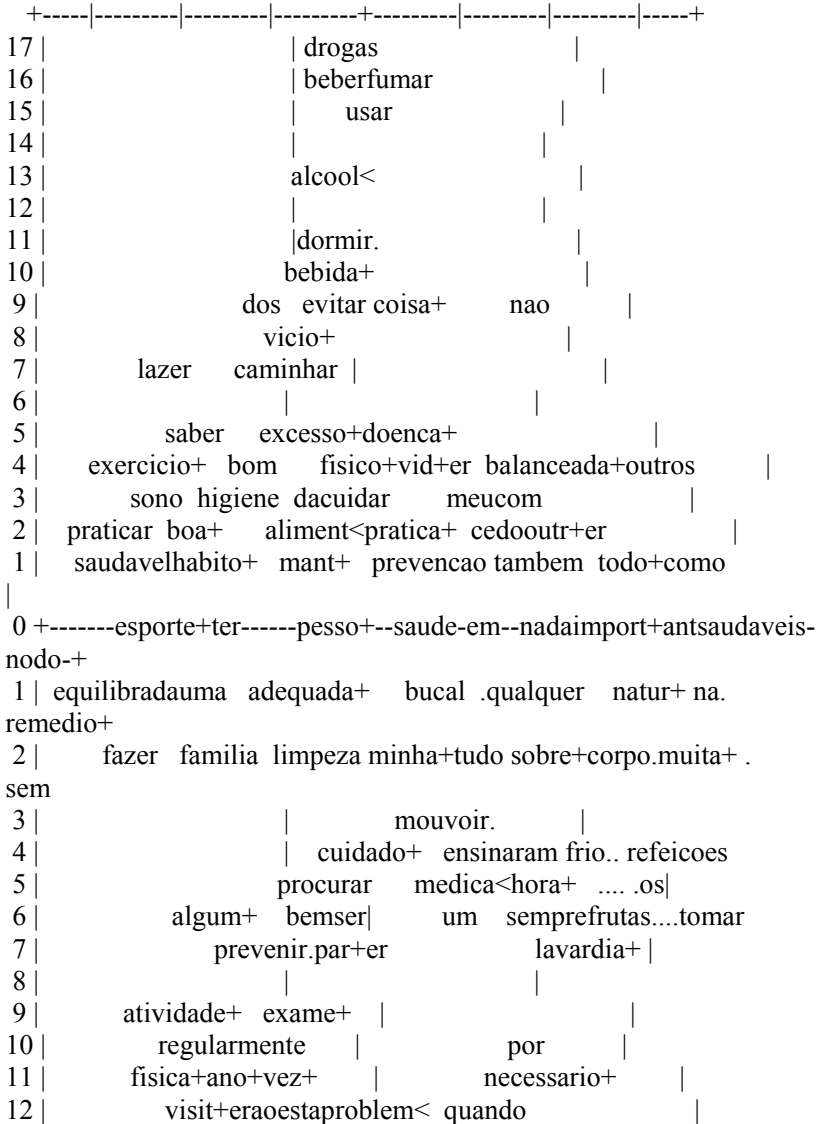
Nombre de points recouverts 0 dont 0 superposes

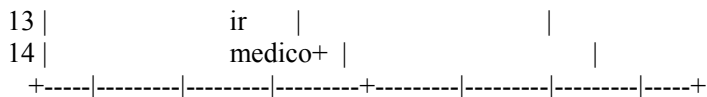
x y nom

Projection des mots analyses sur le plan 1 2 (correlations)

Axe horizontal : 1e facteur : V.P. =.3649 (26.89 % de l'inertie)

Axe vertical : 2e facteur : V.P. =.2703 (19.92 % de l'inertie)





Nombre de points recouverts 15 dont 0 superposes

x y nom

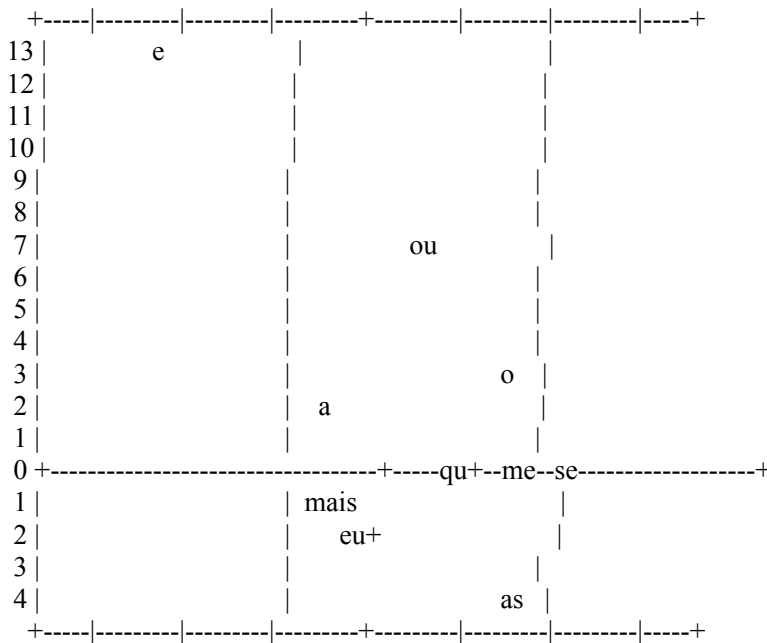
5 -1 mentir.  
 27 -1 comer  
 21 -2 muito  
 29 -2 verduras  
 30 -4 descalco  
 31 -4 comida+  
 28 -5 bastante  
 29 -5 escovar  
 30 -5 andar  
 31 -5 mao+  
 33 -5 ficar  
 29 -6 dente+  
 30 -6 banho+  
 31 -6 sair  
 32 -6 antes

Projection des mots de type "r" sur le plan 1 2 (correlations)

Axe horizontal : 1e facteur : V.P. =.3649 (26.89 % de l'inertie)

Axe vertical : 2e facteur : V.P. =.2703 (19.92 % de l'inertie)





Nombre de points recouverts 0 dont 0 superposes

x y nom

-----  
 D1: Selection de quelques mots par classe  
 -----

Valeur de cle minimum pour la selection : 0

Vocabulaire specifique de la classe 1 :

em(27), minha+(15), procurar(15), saude(24), aprend+(6), com(34),  
 doente+(6), eles(5), qualquer(7), sempre(22), pois(4), mouvoir.(6),  
 paitre.(4), abusar(5), coisa+(13), cometer(4), ensinaram(6), geral(5),  
 mae(4), nada(5), nunca(4), pouco(4), profission+(5), quando(10),  
 remedio+(8), um(10), outr+er(5), par+er(19), algo(3), ela(4), estive+(4),  
 estou(3), lugar+(3), melhor+(3), meu(5), na(9), primeiro+(3), sexu+(4),  
 tudo(6), prevenir.(7), chas(2), muita+(5), relacao(2), sao(3), tem(3),  
 cuidado+(15), estar(3), foi(2), mas(3), import+ant(5), ate(2), contra(2),

das(3), diaria+(2), orientacao(2), paz(2), familia(3), respeito(2), toda+(2);

Vocabulaire spécifique de la classe 2 :

esporte+(26), higiene(46), cuidar(24), da(24), pratica+(7), adequada+(6), limpeza(6), mant+(5), pesso+(12), dos(4), corporal(2), habito+(3), caminhada+(2), equilibrada(3), ser(6);

Vocabulaire spécifique de la classe 3 :

dente+(18), os(33), andar(17), banho+(20), comer(27), descalco(17), escovar(17), frio(9), lavar(17), mao+(14), tomar(30), antes(10), frutas(9), no(15), dia+(11), verduras(8), agua(6), certa+(6), do(13), ingerir(5), minimo(5), nas(5), por(9), sair(6), apos(4), bastante(6), comida+(7), ficar(6), hora+(8), inverno(3), muito(7), pegar(3), refeicoes(6), roupa+(3), sem(9), chuva(3), legume+(1), camisinha(3), so(3), gordurosa+(2), necessidade(2), tratamento(2), medica<(5), bem(17), corpo(7), mentir.(2), basico+(2), besteira+(1), cedo(2), comendo(1), depois(2), natur+(3), necessario+(2), noite+(2), nosso+(2), seu+(2), vitaminas(1);

Vocabulaire spécifique de la classe 4 :

ao(34), exame+(18), fisica+(14), ir(31), medico+(45), visit+er(7), periodicos(6), regularmente(14), vez+(8), dentista+(6), frequentemente(6), ano+(6), aos(4), atividade+(13), fazer(26), periodicamente(4), problem<(4), consultar(3), algum+(5), menos(3), cada(2), periodica+(2), esta(3), bucal(3), control+er(1), sei+(2), tendo(1), tive+(1);

Vocabulaire spécifique de la classe 5 :

alcool<(14), bebida+(18), cigarro+(5), evitar(17), fumo(6), prevencao(6), porque(4), excesso+(6), sentido+(3), tambem(4), vicio+(4), su+er(3), doenca+(6), como(6), todo+(3), caminhar(2), outros(2), sobre+(2), equilibrio(1), nossa+(1), demais(1), direito(1), principalmente(1), respeitar(1), trabalho(1);

Vocabulaire spécifique de la classe 6 :

beber(18), drogas(15), educacao(5), fumar(21), nao(29), trabalhar(5), usar(15), exagerar(3), deixar(2), amar(1), corretamente(1), preventivo+(1);

Vocabulaire spécifique de la classe 7 :

aliment<(123), boa+(63), exercicio+(68), fisico+(43), ter(56), uma(52),  
vid+er(16), qualidade(4), sono(10), dormir.(17), balanceada+(7),  
bom(7), praticar(22), saudaveis(10), saudavel(22), disciplin<(4),  
leitura+(3), liquido+(3), viver(4), lazer(5), consult+er(3), oito(3),  
menta+l(3), devemos(2), ensinou(3), saber(4), tipo(2);

Mots outils spécifiques de la classe 1 :

mal(3), mais(7), me(12), se(19), qu+(27), eu+(8), a(30);

Mots outils spécifiques de la classe 3 :

as(18), o(15);

Mots outils spécifiques de la classe 4 :

etc(2);

Mots outils spécifiques de la classe 5 :

e(23);

Mots outils spécifiques de la classe 6 :

entre(1), ou(2);

Mots outils spécifiques de la classe 7 :

tres(2), nos(4);

Mots étoiles spécifiques de la classe 1 :

\*coj\_2(1), \*conj\_3(13), \*esc\_1(14), \*ind\_004(1), \*ind\_009(1),  
\*ind\_016(1), \*ind\_019(1), \*ind\_020(1), \*ind\_022(1), \*ind\_028(1),  
\*ind\_034(1), \*ind\_035(1), \*ind\_036(1), \*ind\_037(1), \*ind\_049(1),  
\*ind\_055(1), \*ind\_057(1), \*ind\_062(1), \*ind\_068(1), \*ind\_073(1),  
\*ind\_090(1), \*ind\_093(1), \*ind\_104(1), \*ind\_115(1), \*ind\_116(1),  
\*ind\_119(1), \*ind\_124(1), \*ind\_129(1), \*ind\_134(1), \*ind\_135(1),  
\*ind\_136(1), \*ind\_140(1), \*ind\_142(1), \*ind\_146(1), \*ind\_154(1),  
\*ind\_156(1), \*ind\_158(1), \*ind\_166(1), \*ind\_173(1), \*ind\_175(1),  
\*ind\_180(1), \*ind\_184(1), \*ind\_189(1), \*ind\_192(1), \*ind\_197(1),  
\*ind\_231(1), \*ind\_244(1), \*ind\_248(1), \*ind\_263(1), \*ind\_264(1),  
\*ind\_278(1), \*ind\_279(1), \*ind\_284(1), \*ind\_291(1), \*ind\_303(1),  
\*ind\_304(1), \*ind\_307(1), \*ind\_346(1), \*ind\_366(1), \*ind\_372(1),  
\*ind\_376(1), \*ind\_379(1), \*ind\_380(1), \*ind\_404(1), \*ind\_410(1),  
\*ind\_411(1), \*ind\_431(1), \*ind\_432(1), \*ind\_434(1), \*ind\_446(1),  
\*ind\_452(1), \*ind\_475(1), \*ind\_476(1), \*ind\_480(1), \*ind\_485(1);

Mots étoiles spécifiques de la classe 2 :

\*conj\_5(8), \*esc\_6(35), \*ida\_2(37), \*ind\_042(1), \*ind\_058(1),  
 \*ind\_066(1), \*ind\_078(1), \*ind\_080(1), \*ind\_081(1), \*ind\_085(1),  
 \*ind\_086(1), \*ind\_087(1), \*ind\_098(1), \*ind\_099(1), \*ind\_101(1),  
 \*ind\_109(1), \*ind\_121(1), \*ind\_126(1), \*ind\_131(1), \*ind\_150(1),  
 \*ind\_151(1), \*ind\_163(1), \*ind\_171(1), \*ind\_178(1), \*ind\_186(1),  
 \*ind\_190(1), \*ind\_193(1), \*ind\_195(1), \*ind\_196(1), \*ind\_199(1),  
 \*ind\_200(1), \*ind\_205(1), \*ind\_206(1), \*ind\_210(1), \*ind\_214(1),  
 \*ind\_216(1), \*ind\_218(1), \*ind\_220(1), \*ind\_262(1), \*ind\_266(1),  
 \*ind\_275(1), \*ind\_276(1), \*ind\_286(1), \*ind\_298(1), \*ind\_306(1),  
 \*ind\_312(1), \*ind\_317(1), \*ind\_323(1), \*ind\_339(1), \*ind\_343(1),  
 \*ind\_348(1), \*ind\_353(1), \*ind\_370(1), \*ind\_387(1), \*ind\_395(1),  
 \*ind\_398(1), \*ind\_402(1), \*ind\_405(1), \*ind\_407(1), \*ind\_408(1),  
 \*ind\_412(1), \*ind\_416(1), \*ind\_417(1), \*ind\_429(1), \*ind\_436(1),  
 \*ind\_439(1), \*ind\_451(1), \*ind\_454(1), \*ind\_463(1), \*ind\_466(1),  
 \*ind\_467(1), \*ind\_471(1), \*ind\_472(1), \*ind\_474(1), \*ind\_487(1);

Mots étoiles spécifiques de la classe 3 :

\*conj\_2(40), \*esc\_2(9), \*esc\_3(40), \*ida\_1(38), \*ind\_001(1),  
 \*ind\_002(1), \*ind\_005(1), \*ind\_007(1), \*ind\_012(1), \*ind\_013(1),  
 \*ind\_021(1), \*ind\_023(1), \*ind\_024(1), \*ind\_033(1), \*ind\_039(1),  
 \*ind\_044(1), \*ind\_046(1), \*ind\_051(1), \*ind\_056(1), \*ind\_059(1),  
 \*ind\_060(1), \*ind\_061(1), \*ind\_063(1), \*ind\_067(1), \*ind\_069(1),  
 \*ind\_072(1), \*ind\_074(1), \*ind\_075(1), \*ind\_095(1), \*ind\_096(1),  
 \*ind\_105(1), \*ind\_106(1), \*ind\_107(1), \*ind\_118(1), \*ind\_123(1),  
 \*ind\_128(1),

\*ind\_141(1), \*ind\_148(1), \*ind\_149(1), \*ind\_159(1), \*ind\_164(1),  
 \*ind\_176(1), \*ind\_187(1), \*ind\_194(1), \*ind\_201(1), \*ind\_209(1),  
 \*ind\_229(1), \*ind\_238(1), \*ind\_239(1), \*ind\_241(1), \*ind\_256(1),  
 \*ind\_258(1), \*ind\_259(1), \*ind\_289(1), \*ind\_292(1), \*ind\_295(1),  
 \*ind\_300(1), \*ind\_314(1), \*ind\_318(1), \*ind\_334(1), \*ind\_338(1),  
 \*ind\_355(1), \*ind\_356(1), \*ind\_357(1), \*ind\_363(1), \*ind\_367(1),  
 \*ind\_374(1), \*ind\_375(1), \*ind\_377(1), \*ind\_382(1), \*ind\_420(1),  
 \*ind\_435(1), \*ind\_437(1), \*ind\_443(1), \*ind\_449(1);

Mots étoiles spécifiques de la classe 4 :

\*esc\_0(1), \*ind\_011(1), \*ind\_017(1), \*ind\_038(1), \*ind\_040(1),  
 \*ind\_048(1), \*ind\_064(1), \*ind\_076(1), \*ind\_094(1), \*ind\_102(1),  
 \*ind\_103(1), \*ind\_111(1), \*ind\_122(1), \*ind\_130(1), \*ind\_133(1),  
 \*ind\_139(1), \*ind\_152(1), \*ind\_153(1), \*ind\_185(1), \*ind\_198(1),  
 \*ind\_224(1), \*ind\_230(1), \*ind\_235(1), \*ind\_246(1), \*ind\_249(1),  
 \*ind\_270(1), \*ind\_271(1), \*ind\_283(1), \*ind\_290(1), \*ind\_309(1),  
 \*ind\_330(1), \*ind\_331(1), \*ind\_332(1), \*ind\_333(1), \*ind\_335(1),  
 \*ind\_336(1), \*ind\_340(1), \*ind\_344(1), \*ind\_347(1), \*ind\_358(1),  
 \*ind\_360(1), \*ind\_361(1), \*ind\_381(1), \*ind\_385(1), \*ind\_388(1),  
 \*ind\_392(1), \*ind\_397(1), \*ind\_406(1), \*ind\_415(1), \*ind\_423(1),  
 \*ind\_427(1), \*ind\_433(1), \*ind\_445(1), \*ind\_460(1), \*ind\_470(1),  
 \*ind\_495(1), \*ind\_498(1), \*ind\_507(1), \*ind\_513(1), \*ind\_518(1),  
 \*ind\_521(1), \*ind\_524(1), \*ind\_533(1), \*ind\_537(1), \*ind\_538(1),  
 \*ind\_548(1), \*ind\_559(1), \*ind\_561(1), \*ind\_573(1), \*ind\_615(1),  
 \*ind\_621(1), \*ind\_632(1);

Mots étoiles spécifiques de la classe 5 :

\*esc\_4(9), \*ida\_3(18), \*ind\_008(1), \*ind\_010(1), \*ind\_030(1),  
 \*ind\_070(1), \*ind\_091(1), \*ind\_092(1), \*ind\_113(1), \*ind\_120(1),  
 \*ind\_127(1), \*ind\_137(1), \*ind\_143(1), \*ind\_161(1), \*ind\_162(1),  
 \*ind\_181(1), \*ind\_188(1), \*ind\_213(1), \*ind\_222(1), \*ind\_226(1),  
 \*ind\_243(1), \*ind\_251(1), \*ind\_254(1), \*ind\_261(1), \*ind\_287(1),  
 \*ind\_302(1), \*ind\_310(1), \*ind\_313(1), \*ind\_341(1), \*ind\_438(1),  
 \*ind\_440(1), \*ind\_447(1), \*ind\_457(1), \*ind\_500(1), \*ind\_511(1),  
 \*ind\_512(1), \*ind\_549(1), \*ind\_554(1), \*ind\_557(1), \*ind\_560(1),  
 \*ind\_572(1), \*ind\_575(1), \*ind\_638(1);

Mots étoiles spécifiques de la classe 6 :

\*conj\_1(22), \*esc\_5(6), \*ind\_015(1), \*ind\_018(1), \*ind\_031(1),  
 \*ind\_053(1), \*ind\_079(1), \*ind\_082(1), \*ind\_089(1), \*ind\_108(1),  
 \*ind\_117(1), \*ind\_132(1), \*ind\_145(1), \*ind\_182(1), \*ind\_204(1),

\*ind\_215(1), \*ind\_242(1), \*ind\_247(1), \*ind\_250(1), \*ind\_255(1),  
 \*ind\_265(1), \*ind\_273(1), \*ind\_281(1), \*ind\_282(1), \*ind\_294(1),  
 \*ind\_299(1), \*ind\_301(1), \*ind\_305(1), \*ind\_351(1), \*ind\_390(1),  
 \*ind\_422(1), \*ind\_425(1), \*ind\_483(1), \*ind\_509(1), \*ind\_530(1),  
 \*ind\_556(1), \*ind\_606(1), \*ind\_608(1);

Mots etoiles spécifiques de la classe 7 :

\*conj\_4(15), \*ind\_025(1), \*ind\_026(1), \*ind\_027(1), \*ind\_029(1),  
 \*ind\_043(1), \*ind\_045(1), \*ind\_047(1), \*ind\_054(1), \*ind\_065(1),  
 \*ind\_071(1), \*ind\_083(1), \*ind\_084(1), \*ind\_088(1), \*ind\_097(1),  
 \*ind\_110(1), \*ind\_112(1), \*ind\_138(1), \*ind\_144(1), \*ind\_147(1),  
 \*ind\_157(1), \*ind\_160(1), \*ind\_167(1), \*ind\_168(1), \*ind\_169(1),  
 \*ind\_170(1), \*ind\_172(1), \*ind\_174(1), \*ind\_177(1), \*ind\_183(1),  
 \*ind\_191(1), \*ind\_202(1), \*ind\_203(1), \*ind\_207(1), \*ind\_208(1),  
 \*ind\_217(1), \*ind\_219(1), \*ind\_225(1), \*ind\_227(1), \*ind\_228(1),  
 \*ind\_236(1), \*ind\_237(1), \*ind\_245(1), \*ind\_252(1), \*ind\_253(1),  
 \*ind\_257(1), \*ind\_260(1), \*ind\_268(1), \*ind\_274(1), \*ind\_277(1),  
 \*ind\_285(1), \*ind\_293(1), \*ind\_296(1), \*ind\_308(1), \*ind\_316(1),  
 \*ind\_320(1), \*ind\_321(1), \*ind\_322(1), \*ind\_324(1), \*ind\_325(1),  
 \*ind\_327(1), \*ind\_328(1), \*ind\_329(1), \*ind\_337(1), \*ind\_342(1),  
 \*ind\_349(1), \*ind\_350(1), \*ind\_354(1), \*ind\_359(1), \*ind\_362(1),  
 \*ind\_364(1), \*ind\_365(1), \*ind\_368(1), \*ind\_369(1), \*ind\_371(1);

-----  
 D1: Selection des mots et des uce par classe  
 -----

D1 : Distribution des formes d'origine par racine

-----  
 Formes associees au contexte A  
 -----

A8 em : em(28);  
 A7 minha+ : minha(16), minhas(2);  
 A7 procurar : procurar(15);  
 A7 saude : saude(24);  
 A6 aprend+ : aprender(2), aprendi(4);  
 A6 com : com(36);

A6 doente+ : doente(5), doentes(1);  
A6 eles : eles(5);  
A6 qualquer : qualquer(7);  
A6 sempre : sempre(25);  
A5 pois : pois(4);  
A5 mouvoir. : meus(6);  
A5 paitre. : pais(4);  
A5 abusar : abusar(5);  
A5 coisa+ : coisa(5), coisas(11);  
A5 cometer : cometer(4);  
A5 ensinaram : ensinaram(6);  
A5 geral : geral(5);  
A5 mae : mae(4);  
A5 nada : nada(5);  
A5 nunca : nunca(4);  
A5 pouco : pouco(4);  
A5 profission+ : profissionais(1), profissional(4);  
A5 quando : quando(10);  
A5 remedio+ : remedio(2), remedios(7);  
A5 um : um(11);  
A4 outr+er : outra(1), outras(4);  
A4 par+er : para(24);  
A4 algo : algo(3);  
A4 ela : ela(4);  
A4 estive+ : estiver(3), estivesse(1);  
A4 estou : estou(3);  
A4 lugar+ : lugar(3);  
A4 melhor+ : melhor(2), melhores(1);  
A4 meu : meu(5);  
A4 na : na(9);  
A4 primeiro+ : primeiro(2), primeiros(1);  
A4 sexu+ : sexuais(4);  
A4 tudo : tudo(6);  
A3 prevenir. : prevenir(7);  
A3 chas : chas(2);  
A3 muita+ : muita(3), muitas(2);  
A3 relacao : relacao(3);  
A3 sao : sao(3);  
A3 tem : tem(3);  
A2 cuidado+ : cuidado(6), cuidados(10);  
A2 estar : estar(3);

-----  
 Formes associées au contexte B  
 -----

B8 esporte+ : esporte(6), esportes(20);

B8 higiene : higiene(46);

B7 cuidar : cuidar(24);

B7 da : da(24);

B6 pratica+ : pratica(7);

B5 adequada+ : adequada(5), adequadas(1);

B5 limpeza : limpeza(6);

B5 mant+ : manter(5);

B5 pesso+ : pessoa(2), pessoais(1), pessoal(9);

-----  
 Formes associées au contexte C  
 -----

C9 dente+ : dentes(18);

C9 os : os(37);

C9 andar : andar(19);

C9 banho+ : banho(18), banhos(3);

C9 comer : comer(32);

C9 descalco : descalco(17);

C9 escovar : escovar(17);

C9 frio : frio(10);

C9 lavar : lavar(21);

C9 mao+ : mao(2), maos(12);

C9 tomar : tomar(32);

C8 antes : antes(10);

C8 frutas : frutas(9);

C8 no : no(18);

C7 dia+ : dia(11), dias(3);

C7 verduras : verduras(9);

C6 agua : agua(6);

C6 certa+ : certa(2), certas(4);

C6 do : do(14);

C6 ingerir : ingerir(5);

C6 minimo : minimo(5);



C6 nas : nas(5);  
C6 por : por(9);  
C6 sair : sair(6);  
C5 apos : apos(4);  
C5 bastante : bastante(6);  
C5 comida+ : comida(5), comidas(3);  
C5 ficar : ficar(6);  
C5 hora+ : hora(3), horas(6);  
C5 inverno : inverno(4);  
C5 muito : muito(7);  
C5 pegar : pegar(3);  
C5 refeicoes : refeicoes(7);  
C5 roupa+ : roupa(2), roupas(1);  
C5 sem : sem(9);  
C4 chuva : chuva(3);  
C3 legume+ : legumes(1);  
C3 camisinha : camisinha(3);  
C3 so : so(3);  
C2 gordurosa+ : gordurosa(2);  
C2 necessidade : necessidade(2);  
C2 tratamento : tratamento(2);

-----  
Formes associees au contexte D  
-----

D9 ao : ao(38);  
D9 exame+ : exame(1), exames(17);

D9 fisica+ : fisica(8), fisicas(6);  
 D9 ir : ir(31);  
 D9 medico+ : medico(39), medicos(7);  
 D8 visit+er : visita(5), visitas(3);  
 D8 periodicos : periodicos(6);  
 D8 regularmente : regularmente(14);  
 D8 vez+ : vez(8), vezes(1);  
 D7 dentista+ : dentista(5), dentistas(1);  
 D7 frequentemente : frequentemente(6);  
 D6 ano+ : ano(5), anos(2);  
 D6 aos : aos(4);  
 D6 atividade+ : atividade(7), atividades(6);  
 D6 fazer : fazer(29);  
 D6 periodicamente : periodicamente(4);  
 D5 problem< : problema(2), problemas(2);  
 D5 consultar : consultar(3);  
 D4 algum+ : algum(2), alguma(3);  
 D4 menos : menos(3);  
 D3 cada : cada(2);  
 D3 periodica+ : periodica(1), periodicas(1);  
 D2 esta : esta(3);

-----  
 Formes associees au contexte E  
 -----

E9 alcool< : alcool(4), alcoolica(1), alcoolicas(8), alcoolismo(1);  
 E9 bebida+ : bebida(5), bebidas(13);  
 E9 cigarro+ : cigarro(4), cigarros(1);  
 E9 evitar : evitar(17);  
 E9 fumo : fumo(6);  
 E8 prevencao : prevencao(6);  
 E7 porque : porque(4);  
 E6 excesso+ : excesso(3), excessos(3);  
 E6 sentido+ : sentidos(3);  
 E6 tambem : tambem(4);  
 E6 vicio+ : vicios(4);  
 E5 su+er : sua(3);  
 E5 doenca+ : doenca(1), doencas(6);  
 E4 como : como(9);

E4 todo+ : todos(3);  
 E2 caminhar : caminhar(2);  
 E2 outros : outros(2);

-----  
 Formes associees au contexte F  
 -----

F9 beber : beber(18);  
 F9 drogas : drogas(15);  
 F9 educacao : educacao(5);  
 F9 fumar : fumar(21);  
 F9 nao : nao(55);  
 F9 trabalhar : trabalhar(5);  
 F9 usar : usar(16);  
 F6 exagerar : exagerar(3);  
 F3 deixar : deixar(2);

-----  
 Formes associees au contexte G  
 -----

G9 aliment< : alimentacao(100), alimentacoes(1), alimentar(5),  
 alimentar\_me(2), alimentar\_se(10), alimenticios(1), alimento(1),  
 alimentos(6);  
 G9 boa+ : boa(65), boas(2);  
 G9 exercicio+ : exercicio(15), exercicios(54);  
 G9 fisico+ : fisico(10), fisicos(33);  
 G9 ter : ter(69);  
 G9 uma : uma(58);  
 G5 vid+er : vida(16);  
 G5 qualidade : qualidade(4);  
 G5 sono : sono(10);  
 G4 dormir. : dormir(17);  
 G4 balanceada+ : balanceada(7);  
 G4 bom : bom(7);  
 G4 praticar : praticar(23);  
 G4 saudaveis : saudaveis(11);  
 G4 saudavel : saudavel(23);  
 G3 disciplin< : disciplina(4);

G3 leitura+ : leitura(1), leituras(2);  
 G3 liquido+ : liquido(2), liquidos(1);  
 G3 viver : viver(4);

-----  
 D1: Tri des uce par classe  
 -----

Cle selectionnee : A

35 35 as #coisas mais #importantes foram que se #estiver sentindo alguma #coisa e #para dizer #para #eles e se #meus #pais me verem que eu #estou #com cara de #doente me levam #para o hospital.

526 27 que cuida\_los e #importante #mas #em #primeiro #lugar #minha #saude #minha alegria #para depois ajuda\_los.

140 24 a #minha esposa trabalha #na area da #saude entao uma #das #melhores #coisas que #ela me passou #foi #em #relacao ao fumo #pois atraves desta parei de fumar.

152 23 #sempre que houver #algo de irregular #com #minha #saude #procurar #um medico.

123 19 #sempre que #estivesse #com #qualquer sintoma #procurar #um medico.

144 19 #meus #pais tinham #pouco esclarecimento sobre o assunto o que #aprendi #foi #na escola e lendo jornais e vendo televisao.

245 17 #aprendi #muita #coisa #mas #estou aprendendo mais agora #na #minha epoca era diferente os jovens hoje a maioria #sao horriveis e uma anarquia queimadas de florestas isso nao existia antes.

404 17 #procurar #estar #sempre #em #paz consigo mesmo, apesar de #qualquer advertencia, contar #sempre #com #eles, ir ao encontro da ajuda sem que #ela seja extremamente necessaria #pois adiar alguns compromissos pode so agravar os problemas.

19 16 que a #saude #sempre esta #em #primeiro #lugar, como o mais #importante o resto agente corre atras.

127 16 #nunca #abusar #das #coisa que fazem mal.

138 16 #procurar #um #profissional da area da #saude #para #qualquer problema.

466 16 #meu pai e indio e a utilizacao de #chas e plantas #em #geral.

549 16 ser higienico, nao se envolver #com #coisas perigosas #na rua ou #em #qualquer #lugar.

511 13 os #cuidados #com a alimentacao como se #prevenir #em #relacao a mudanca temperatura #com #relacao os #primeiros socorros, acidentés.

118 12 tomar #cuidados #em #geral e #procurar ajudar #quando necessario.

341 12 que #com a #saude nao se brinca, devemos #sempre #estar atentos a #qualquer sintoma.

479 12 #cuidados #com a alimentacao, #procurar #sempre #um medico.

610 12 #procurar #um #profissional.

36 11 #meus familiares me #ensinaram poucas #coisas fui aprendendo no decorrer de #minha vida e #com as experiencias que tive nela a cuidar #melhor da #minha #saude.

Cle selectionnee : B

184 31 #higiene #pessoal e nutricao #adequada alem de repouso.

410 22 atraves #da alimentacao e #pratica de #esportes.

120 21 #higiene #limpeza.

465 21 #habitós de #higiene.

550 21 #higiene #pessoal.

582 21 #higiene #pessoal.

348 20 #cuidar #da alimentacao, temperatura, #limpeza, entre outros cuidados #pessoais.

589 20 #higiene #pessoal, #cuidar bem #dos alimentos, lavando\_os, escolhe\_los com aspecto de frescos.

303 16 #higiene, cuidados #da sabedoria popular #habitós e medicina natural.

401 16 boa alimentacao, #higiene, #pratica de #esportes.

445 16 ter alimentacao #adequada e #pratica de #esportes.

454 16 #higiene #pessoal, alimentacao, #esporte, lazer.

98 13 #cuidar #da alimentacao, corpo e praticar #esportes.

204 13 alimentacao, praticar #esportes e #cuidar #da mente.

213 13 #limpeza, #higiene, alimentacao #adequada, sono reparador, exercicios.

365 13 #manter sempre a #higiene #pessoal, a #limpeza #da casa e que deve #ser arejada, ter uma boa alimentacao, praticar atividades fisicas.

400 13 como #cuidar #da alimentacao e fazer #esportes.

80 12 a #cuidar #da alimentacao.

148 12 #cuidar #da alimentacao.

Cle selectionnee : C

475 54 #escovar #os #dentes #apos as #refeicoes, #lavar as #maos #antes das #refeicoes, #tomar #banho todos #os #dias, isto e, higiene alimentacao e #comer #comidas saudaveis, arroz, feijao, carne, #frutas, #verduras, com moderacao e #nas #horas #certas.

139 41 #lavar as #frutas #antes de #ingerir, #tomar #banhos diarios #escovar #os #dentes.

21 37 nao #andar #descalco, nao #tomar #banho de #chuva, nao #sair #do #banho e ir para o sereno, nao #andar #sem camisa #no #frio, #lavar #os alimentos, nao #comer nada com as #maos sujas, nao roer a unha, nao beijar animais.

62 32 #tomar #banho, #escovar #os #dentes, #lavar as partes intimas, #lavar entre #os dedos, #lavar as #maos, #lavar o rosto.

207 31 #tomar #banho todos #os #dias, #escovar #os #dentes #apos as #refeicoes.

413 29 nao dormir #sem blusa, nao #andar #descalco, #agua gelada #so em #dia #bem calor, nao #pegar sereno quando estiver menstruada, nao #tomar #banho quente e ir #no vento #frio.

126 26 #escovar #os #dentes, nao #andar #descalco, nao #tomar #frio.

370 26 nao #andar #descalco #no piso #frio, #andar #bem agasalhada #no #frio, nao #tomar liquidos #muito gelado, #tomar #bastante liquido.

33 23 #escovar #os #dentes e #tomar #banho.

71 23 nao exagerar na #comida #gordurosa, nao #andar #descalco, #no #inverno trocar de #roupa dentro #do banheiro, #no #inverno para nao #pegar resfriado.

73 23 #tomar #banho todos #os #dias #escovar #os #dentes nao #pegar friagem #tomar #medicamento somente com prescricao #medica.

74 23 nao #comer #comida #muito #gordurosa nao #andar #descalco cuidar #do meu #corpo.

174 22 #lavar #bem as #maos e #os alimentos #antes de #ingerir.

358 22 nao #ficar com a #roupa molhada #no #corpo, nao #sair #no #frio #sem agasalho.

23 18 #tomar #no #minimo dois #banhos #por #dia, manter onde moro sempre limpo.

24 18 #lavar as #maos #antes de #comer.

297 18 higiene, #tomar #banho, higiene bucal, #lavar as #maos #antes de #comer.

350 18 usar #camisinha e #tomar #os remedios #nas #horas #certas.

554 18 nao #andar #descalco, #lavar #bem as #maos #antes de cada refeicao.

## Cle selectionnee : D

- 326 57 #fazer #exames #regularmente, #ir #ao #medico e #ao #dentista.
- 183 49 #fazer #visita #aos #medicos e #dentistas #periodicamente.
- 416 42 higiene, higiene #bucal, alimentacao, #atividade #fisica e #consultar #medicos diante de #algum #problema.
- 328 36 ter boa alimentacao, #fazer #atividades #fisicas e #ir #ao #medico #regularmente.
- 356 33 #ir #ao #medico #regularmente.
- 545 33 #visitas #periodicas #aos #medicos, #exames anuais, monografia preventivo, cardiologia.
- 121 31 escovar os dentes, #ir #ao #medico uma #vez por #ano #fazer uma revisao e #aos quarenta #anos demais #exames eventuais.
- 40 29 pelo #menos duas ou tres #vezes por #ano #ir #ao #medico, #fazer uma check up geral e ver como #esta indo a saude e uma #vez ou outra por dia #fazer #algum tipo de esporte.
- 613 29 alimentar bem e #fazer #atividades #fisicas e #ir #ao #medico quando precisar.
- 399 26 praticar #atividades #fisicas #frequentemente, #fazer os #exames rotineiros e etc.
- 131 25 #ir a #medicos #frequentemente.
- 150 25 #fazer #exame #medicos a #cada #seis meses.
- 461 25 #fazer #exames #periodicamente.
- 503 25 #exames de rotina e #atividade #fisica.
- 520 24 os habitos de higiene e tambem toda prevencao sobre doencas #ir #ao #medico e #fazer #exames laboratoriais uma #vez #ao #ano, ginecologista em #cada #seis meses e #dentista tambem.
- 38 22 #fazer exercicios, se alimentar bem e #ir #ao #medico #regularmente.
- 268 22 #fazer check up de #vez em quando, nao #ir #ao #medico somente quando precisar.
- 436 19 #ir #ao #medico #regularmente para prevencao.
- 102 17 #fazer #atividades #fisicas e controlar a alimentacao.

## Cle selectionnee : E

- 141 60 #evitar o consumo em #excesso de #bebidas #alcoholicas e #tambem o consumo de #cigarro e outras substancias nocivas a saude.
- 535 60 higiene, #equilibrio alimentar, #evitar #vicios #como #fumo, #alcool, drogas.
- 219 54 #evitar #excesso #fumo e #alcool #todos os cuidados especiais.

- 160 50 #evitar #fumo e #alcool e fazer #prevencao.
- 490 40 alimentacao saudavel, exercicios, vida regrada, #evitar #vicios, #cigarro, #bebida #alcoolica.
- 179 35 #prevencao #porque e o meio que se evita algumas #doencas de modo mais efetivo e barato.
- 307 31 #evitar #alcoolismo, #cigarro, dormir em hora certa, fazer exercicios #como #caminhar.
- 543 31 alimentacao, higiene tanto corporal #como #tambem em #outros #sentidos que favorecem a #sua boa saude.
- 8 24 higiene, cuidar do corpo evitando #vicios de #fumo e #bebida, relacionando #tambem com a epilepsia.
- 159 21 ter habitos saudaveis, #evitar #fumo e #alcool.
- 557 21 alimentacao, exercicios fisicos, #evitar #bebidas ou #cigarros.
- 560 21 ter uma alimentacao saudavel e #evitar #excessos em #todos os #sentidos.
- 619 20 ensinar comeca pela alimentacao, #fumo e #bebida.
- 433 17 #prevencao em #todos os #sentidos, alimentacao e higiene.
- 69 16 primeiramente cuidar da alimentacao o que e importante, depois aqueles cuidados pequenos, porem basicos, pequenas #doencas e #tambem #sobre #como prevenir #doencas graves, #como aids e cancer.
- 90 14 #como prevenir #doencas e #como saber se a contraiu.
- 112 14 #evitar o uso de drogas #bebidas #alcoolicas e tabagismo, praticar esportes e boa alimentacao.
- 30 12 #prevencao, ter saude para aproveitar a vida e #evitar se molhar #porque remedio as vezes e caro.
- 186 12 nao ter #vicios, ter uma alimentacao saudavel e #evitar os #excessos.
- Cle selectionnee : F
- 239 82 #trabalhar, #nao #fumar, #nao #beber e #nao #usar #drogas.
- 270 68 #nao #fumar, #nao #beber, #nao #usar #drogas.
- 18 41 #nao #usar #drogas.
- 88 41 #nao #usar #drogas.
- 298 41 #nao #beber e #nao #fumar.
- 499 41 #nao #fumar, #nao #beber.
- 591 41 #nao #fumar e #nao #beber.
- 130 39 #nao #beber descontroladamente, #nao #fumar, #nao #usar #drogas, fazer exercicios fisicos.
- 247 39 meu pai me ensinou para #nao #usar #drogas, #fumar e #nao #beber.



415 39 #nao #usar #drogas, #nao #beber, #nao #fumar, fazer exames periodicamente.

143 34 dormir bem e praticar esporte, #nao #fumar, #beber socialmente e #nao #usar #drogas.

52 29 #nao comer coisas gordurosas, #nao #fumar e #beber alcool, #nao #usar #drogas e entre outras coisas.

278 29 #nao #fumar, #nao #beber e #nao perder noite.

244 27 #deixar de #fumar.

279 27 #nao #fumar.

302 22 #nao #usar bebidas alcoolicas, #nao #usar #drogas.

116 18 #nao dormir tarde, #nao #fumar, #nao #beber bebidas alcoolicas.

180 18 #nao #fumar, #nao #beber e se preocupar com a saude do dia\_a\_dia.

202 18 #nao #fumar, #nao #beber, sem grandes exageros em tudo o que consumir.

Cle selectionnee : G

317 18 #ter #uma #boa #alimentacao, #praticar #exercicios.

249 15 #boa #alimentacao, #vida regrada, #exercicios #leituras.

290 15 #boa #alimentacao, #exercicio, #leituras, #lazer.

603 15 #uma #boa #alimentacao e #qualidade de #vida.

26 14 #ter #uma #boa #alimentacao e fazer #exercicios #fisicos.

53 14 #ter #uma #alimentacao #saudavel e fazer #exercicios #fisicos.

332 14 #ter #uma #boa #alimentacao e higiene, realizar #exercicio #fisico.

393 14 #ter #uma #boa #alimentacao, fazer #exercicios #fisicos diariamente.

396 14 #ter #uma #boa #alimentacao, fazer #exercicio #fisico.

386 13 fazer #exercicios #fisicos regularmente, #ter #uma #boa #alimentacao, um #bom #sono, amizades.

468 13 #boa #alimentacao, #bom #sono, #exercicio #fisico e #mental, como #leitura, palavras cruzadas, etc.

109 12 #alimentacao #balanceada, #sono tranquilo, #exercicios.

136 12 #boa #alimentacao, #exercicios #fisicos.

189 12 #exercicios #fisicos e #boa #alimentacao.

214 12 #ter #uma #boa #alimentacao.

257 12 #boa #alimentacao e #exercicios #fisicos.

345 12 #ter #uma #alimentacao #saudavel.

324 11 #ter #uma #boa #alimentacao, #praticar #exercicios #fisicos, prevenir contra as doencas.

359 11 fazer #uma #boa higiene, #ter #boa #alimentacao, #praticar #exercicios.

-----  
 D2: Calcul des "segments repetes"  
 -----

Seuls les 20 SR les plus frequents sont retenus ici:

2 38 boa+ aliment<  
 2 27 nao fumar  
 2 27 aliment< saudavel  
 2 22 aliment< bem  
 2 21 fazer exercicio+  
 2 21 exercicio+ fisico+  
 3 19 escovar os dente+  
 2 18 dormir. bem  
 2 17 praticar esporte+  
 3 16 cuidar da aliment<  
 2 15 higiene pesso+  
 3 14 nao usar drogas  
 2 14 nao beber  
 3 14 nao andar descalco  
 4 13 ter uma boa+ aliment<  
 2 13 atividade+ fisica+  
 3 12 fazer exercicio+ fisico+  
 2 12 bebida+ alcool<  
 2 11 tomar banho+  
 2 10 sempre qu+

-----  
 D2: Calcul des "segments repetes" par classe  
 -----

\*\*\* classe n 1 (20 SR maximum) \*\*\*

2 1 5 sempre qu+  
 2 1 5 em geral

2 1 5 coisa+ qu+  
 2 1 4 me ensinaram  
 2 1 4 com o  
 2 1 4 ao medico+  
 2 1 3 qu+ eu+  
 2 1 3 a saude  
 3 1 3 procurar um medico+  
 2 1 3 nao abusar  
 2 1 3 minha+ familia  
 2 1 3 meu corpo  
 2 1 2 qu+ se  
 2 1 2 mais import+ant  
 2 1 2 o qu+  
 3 1 2 o medico+ quando  
 2 1 2 e se  
 2 1 2 e a  
 2 1 2 a vid+er  
 2 1 2 procurar um

\*\*\* classe n 2 (20 SR maximum) \*\*\*

2 2 11 aliment< saudavel  
 3 2 10 cuidar da aliment<  
 2 2 8 boa+ aliment<  
 2 2 6 higiene pesso+  
 2 2 5 pratica+ esporte+  
 3 2 4 cuidado+ com aliment<  
 2 2 3 praticar esporte+  
 2 2 3 cuidar da  
 2 2 3 aliment< adequada+  
 2 2 2 qu+ se  
 3 2 2 se aliment< bem  
 2 2 2 praticar exercicio+  
 3 2 2 praticar esporte+ e  
 3 2 2 higiene e aliment<  
 2 2 2 fazer exercicio+  
 2 2 2 comer coisa+  
 2 2 2 aliment< equilibrada  
 2 2 2 dos aliment<  
 2 2 1 qu+ eu+  
 5 2 1 qu+ e com o qu+

## \*\*\* classe n 3 (20 SR maximum) \*\*\*

- 3 3 17 escovar os dente+
- 3 3 14 nao andar descalco
- 2 3 10 tomar banho+
- 2 3 7 os aliment<
- 2 3 6 no frio
- 2 3 6 hora+ certa+
- 2 3 5 nao sair
- 2 3 5 nao ficar
- 2 3 5 nao comer
- 2 3 4 por dia+
- 2 3 4 nao tomar
- 2 3 4 nao fumar
- 2 3 3 as mao+
- 2 3 3 todo+ os
- 2 3 3 nao se
- 2 3 3 nao a
- 4 3 3 nao tomar remedio+ sem
- 5 3 3 lavar as mao+ antes comer
- 3 3 3 lavar as mao+
- 2 3 3 cuidado+ com

## \*\*\* classe n 4 (20 SR maximum) \*\*\*

- 3 4 9 ir ao medico+
- 4 4 8 ir ao medico+ regularmente
- 2 4 6 fazer exame+
- 2 4 6 atividade+ fisica+
- 2 4 5 uma vez+
- 2 4 5 praticar esporte+
- 2 4 5 exame+ periodicos
- 2 4 5 aliment< bem
- 2 4 4 fazer exercicio+
- 4 4 3 ir ao medico+ quando
- 2 4 3 ao medico+
- 2 4 3 aliment< saudavel
- 2 4 2 a saude
- 4 4 2 ter uma boa+ aliment<
- 4 4 2 ter uma aliment< saudavel

3 4 2 ter boa+ aliment<  
 2 4 2 higiene e  
 2 4 2 higiene pesso+  
 2 4 2 fazer uma  
 4 4 2 cuidado+ com a aliment<

\*\*\* classe n 5 (20 SR maximum) \*\*\*

2 5 7 bebida+ alcool<  
 2 5 6 boa+ aliment<  
 2 5 3 fumo e  
 2 5 2 todo+ os  
 5 5 2 ter uma aliment< saudavel e  
 2 5 2 praticar esporte+  
 2 5 2 higiene pesso+  
 3 5 2 fumo e bebida+  
 2 5 2 fazer exercicio+  
 2 5 2 em excesso+  
 2 5 2 doenca+ e  
 3 5 2 cuidar da aliment<  
 2 5 2 cuidado+ com  
 3 5 2 bebida+ alcool< e  
 2 5 1 mais import+ant  
 3 5 1 o qu+ e  
 4 5 1 e o qu+ se  
 2 5 1 e aliment<  
 3 5 1 a saude e  
 2 5 1 a saude

\*\*\* classe n 6 (20 SR maximum) \*\*\*

2 6 16 nao fumar  
 3 6 11 nao usar drogas  
 2 6 8 nao beber  
 2 6 3 nao exagerar  
 2 6 3 bebida+ alcool<  
 3 6 2 e nao beber  
 2 6 2 nao dormir.  
 3 6 1 se aliment< bem  
 2 6 1 me ensinou

2 6 1 o qu+  
 2 6 1 e a  
 2 6 1 e com  
 2 6 1 a higiene  
 2 6 1 usar drogas  
 2 6 1 tomar remedio+  
 3 6 1 ter higiene e  
 4 6 1 sempre fazer exercicio+ fisico+  
 2 6 1 praticar exercicio+  
 2 6 1 nao usar  
 2 6 1 nao ter

\*\*\* classe n 7 (20 SR maximum) \*\*\*

2 7 22 boa+ aliment<  
 2 7 17 exercicio+ fisico+  
 2 7 11 dormir. bem  
 4 7 10 ter uma boa+ aliment<  
 2 7 10 fazer exercicio+  
 3 7 8 fazer exercicio+ fisico+  
 2 7 8 aliment< saudavel  
  
 4 7 7 ter uma aliment< saudavel  
 2 7 7 atividade+ fisica+  
 2 7 6 aliment< bem  
 3 7 5 uma boa+ aliment<  
 3 7 5 ter boa+ aliment<  
 2 7 5 praticar exercicio+  
 2 7 4 uma vid+er  
 2 7 4 saude e  
 2 7 4 nao fumar  
 2 7 4 minha+ familia  
 2 7 4 aliment< saudaveis  
 2 7 4 aliment< balanceada+  
 2 7 3 me ensinou

-----  
 D3: C.A.H. des mots par classe  
 -----

## C.A.H. du contexte lexical A

Frequence minimum d'un mot: 5

Nombre de mots selectionnes: 28

Valeur de cle minimum apres calcul:2

Nombre d'uce analysee : 97

Seuil du chi2 pour les uce:0

Nombre de mots retenus:28

Poids total du tableau:305

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

A5 abusar	-----+-----+-----+---+
A6 eles	-----+-----+
A4 meu	-----+
A6 doente+	-----+-----+-----+
A5 quando	-----+---+
A5 remedio+	-----+
A8 em	-----+-----+
A5 geral	-----+
A4 par+er	-----+-----+-----+---+
A5 profission+	-----+-----+
A6 qualquer	-----+-----+
A7 procurar	-----+-----+
A5 um	-----+
A6 com	-----+-----+-----+
A6 sempre	-----+
A3 prevenir.	-----+-----+
A2 cuidado+	-----+
A3 muita+	-----+-----+-----+-----+
A6 aprend+	-----+-----+
A4 na	-----+
A5 coisa+	-----+-----+
A4 outr+er	-----+
A5 mouvoir.	-----+-----+-----+
A5 ensinaram	-----+-----+
A4 tudo	-----+
A7 saude	-----+-----+
A7 minha+	-----+-----+

A5 nada |-----+  
 C.A.H. du contexte lexical B

Frequence minimum d'un mot :5  
 Nombre de mots selectionnes :9  
 Valeur de cle minimum apres calcul:2

Nombre d'uce analysees :96  
 Seuil du chi2 pour les uce :0  
 Nombre de mots retenus :9  
 Poids total du tableau : 156

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

B5 pesso+	-----+-----+-----+
B5 limpeza	---+---+
B8 higiene	---+-+
B5 mant+	---+
B5 adequada+	-----+-----+
B8 esporte+	-----+-----+
B6 pratica+	-----+
B7 cuidar	--+-----+-----+
B7 da	--+

C.A.H. du contexte lexical C

Frequence minimum d'un mot :5  
 Nombre de mots selectionns :31  
 Valeur de cle minimum apres calcul:2

Nombre d'uce analysees :84  
 Seuil du chi2 pour les uce :0  
 Nombre de mots retenus :31  
 Poids total du tableau :376

|---|---|---|---|---|---|---|---|

C5 comida+	-----+-----+-----+
C6 do	---+---+---+



C6 sair	----+
C9 frio	-----+----+
C9 andar	+-----+
C9 descalco	+
C5 bastante	-----+-----+-----+
C5 ficar	-----+
C6 agua	-----+----+
C5 sem	-----+
C6 nas	---+-----+-----+-----+
C6 certa+	--+-+
C5 hora+	--+
C8 frutas	-----+----+
C7 verduras	-----+
C7 dia+	-----+-----+
C8 no	-----+--+
C6 minimo	---+-----+
C6 por	---+
C9 tomar	-----+-----+-----+-----+
C9 banho+	-----+----+
C5 refeicoes	-----+----+
C9 os	---+----+
C9 dente+	+---+
C9 escovar	+
C6 ingerir	-----+-----+-----+-----+
C8 antes	---+-----+
C9 lavar	+-+
C9 mao+	+
C9 comer	-----+-----+-----+
C5 muito	-----+-----+

## C.A.H. du contexte lexical D

Frequence minimum d'un mot :5  
 Nombre de mots selectionnes :15  
 Valeur de cle minimum apres calcul :2

Nombre d'uce analysees :71  
 Seuil du chi2 pour les uce :0



```

E9 evitar      |-----+-----+      |
E9 alcool<    |-----+-----+      |
E9 fumo       |-----+                |
E8 prevencao  |-----+-----+-----+
E5 doenca+    |-----+-----+
E4 como      |-----+

```

## C.A.H. du contexte lexical F

```

Frequence minimum d'un mot      :5
Nombre de mots selectionnes     :7
Valeur de cle minimum apres calcul :2

```

```

Nombre d'uce analysees          :36
Seuil du chi2 pour les uce      :0
Nombre de mots retenus         :7
Poids total du tableau          :108

```

```

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

```

```

F9 drogas     |-----+-----+-----+
F9 nao        |-----+                | |
F9 usar       |-----+-----+-----+ |
F9 beber      |+-----+                |
F9 fumar      |+                |
F9 educacao   |-----+-----+-----+
F9 trabalhar  |-----+

```

## C.A.H. du contexte lexical G

```

Frequence minimum d'un mot      :5
Nombre de mots selectionnes     :15
Valeur de cle minimum apres calcul:2

```

```

Nombre d'uce analysees          :144
Seuil du chi2 pour les uce      :0

```

Nombre de mots retenus :15  
 Poids total du tableau :521

```

-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
G9 aliment< |-----+-----+-----+
G4 saudavel |-----+-----+ | |
G9 exercicio+ |-+-----+ | |
G9 fisico+ |-+ | |
G4 dormir. |-----+-----+-----+ |
G2 lazer |-----+ | |
G5 vid+er |-----+-----+ |
G4 saudaveis |------+ |
G4 balanceada+ |------+-----+-----+
G5 sono |---+-----+ |
G4 bom |---+ |
G9 ter |-----+-----+-----+
G4 praticar |-----+ |
G9 boa+ |-----+-----+
G9 uma |-----+

```

-----  
 \* Fin de l'analyse \*  
 -----

Date : 3/12/\*\*; Heure : 17:03:29  
 Temps d'execution : 0 h 1 mn8 s