



Escola Nacional de Saúde Pública

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

**Representações Sociais sobre Promoção de Saúde com
utilização do método de “Redes semânticas naturais”:
Caso-estudo no âmbito de órgãos e pessoas chave na *Region
de Los Ríos (Chile)***

3º Curso de Mestrado em Promoção da Saúde

Cristian Gonzalo Ceballos Zegpi

Novembro de 2021



Escola Nacional de Saúde Pública

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

**Representações Sociais sobre Promoção de Saúde com
utilização do método de “Redes semânticas naturais”:
Caso-estudo no âmbito de órgãos e pessoas chave na *Region
de Los Ríos (Chile)***

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Promoção da Saúde realizada sob a orientação da Professora Doutora Paula Lobato de Faria

Novembro de 2021

Agradecimientos

A mi madre, mi padre y mi hermano. Son el pilar de mi existencia que no se quebra con nada, kilómetros no fueron barreras para sentir su amor, apoyo y fuerza para los momentos donde más lo necesité.

A mis amigas y amigos en Chile, son parte fundamental de mi alegría y energía para vivir llenos de vibras positivas.

A todos mis seres de luz que me entregaron su incondicional cariño y amor en Lisboa. Muchas gracias por aparecer y co crear todas esas instancias de vida tan significativas para seguir creciendo como persona en este mundo. Espero prontamente volver a vernos y compartir.

A Ágata, por ser la Mujer que me permitió crear de Lisboa un hogar mágico y con alquimia de amor, nutrirnos como Compañeres.

A todas y todos quienes pudieron crear la gran revolución del pueblo chileno el 18 de octubre. Estando en Portugal, generaron en mi, la necesidad de seguir aprendiendo para aportar como funcionario público para luchar contra todas esas injusticias e inequidades que destruyen el país.

A mi convicción, serenidad, fuerza de voluntad y disciplina que pude mantener durante mi estancia en Portugal.

Al destino...solo el sabe porque viví todo esto. *Amor fati.*

Resumo

O objetivo desta investigação será determinar quais são as representações sociais sobre Promoção de Saúde dentro de três grupos diferentes de profissionais das doze cidades pertencentes administrativamente à Region de Los Ríos no Chile: 1. Encargados de Promocion, 2. Directores de DESAM, 3. Integrantes da Mesa EEPS, agentes-chave para o desenvolvimento regional deste processo em saúde, que permite às pessoas, cidades e comunidades aumentar o controlo sobre a sua saúde.

Para alcançar este objetivo, é necessário descrever as diferenças e semelhanças entre o significado que estes grupos dão à Promoção da Saúde. Para obter estas respostas, foi utilizada a técnica das Redes Semânticas Naturais como opção metodológica para abordar o significado coletivo de um conceito, que foi aplicado a 31 pessoas (21 mulheres e 10 homens). Esta técnica consistiu em definir em frases curtas ou palavras simples «Promoção da Saúde», seguida de uma hierarquização destas, de acordo com o grau de importância que representam para a pessoa, sendo uma ferramenta que obterá uma gama de significados, expressos através da linguagem quotidiana, que tem para a população avaliada.

Os resultados mostram que os grupos atingiram percentagens elevadas de riqueza semântica de acordo com o número de palavras definidoras registadas nas redes semânticas naturais. Destas palavras, os únicos dois conceitos presentes nos conjuntos SAM dos três grupos foram Intersectorialidade e Comunidade. Verificou-se também que existe um baixo nível de semelhança para o consenso entre grupos, associado à geração de respostas para definir o conceito de Promoção da Saúde (valores Q: 24 e 21).

Palavras-chaves: Representações sociais; Promoção de Saúde; Redes Semânticas Naturais; Los Ríos/Chile

Abstract

The objective of this research will be to determine which are the social representations about Health Promotion within three different groups of professionals from the twelve cities belonging administratively to the Region de Los Ríos in Chile: 1. Encargados de Promoción, 2. Directores de DESAM, 3. Integrantes Mesa EEPS, key agents for the regional development of this process in health, which allows people, cities and communities to increase the control over their health.

To achieve this objective, it is necessary to describe the differences and similarities between the meaning that these groups give to Health Promotion. To obtain these answers, the Semantic Natural Networks technique was used as a methodological option to address the collective meaning of a concept, which was applied to 31 people (21 women and 10 men). This technique consisted of defining in short sentences or simple words "Health Promotion", followed by a ranking of these, according to the degree of importance they represent for the person, being a tool that will obtain a range of meanings, expressed through everyday language, which it has for the evaluated population.

The results show that the groups reached high percentages of semantic richness according to the number of defining words registered in the natural semantic networks. Of these words, the only two concepts present in the SAM sets of the three groups were Intersectoriality and Community. It was also found that there is a low level of similarity for inter-group consensus associated with the generation of answers to define the concept of Health Promotion (Q values: 24 and 21).

Keywords: Social Representations; Health Promotion; Natural Semantic Networks; Los Ríos/Chile

Índice

Lista de abreviaturas e acrónimos	9
1. Introdução	11
2. Enquadramento Teórico	15
Capítulo 2.1. Promoção da Saúde	15
2.1.1 Antecedentes históricos da Promoção da Saúde	15
2.1.2 Características da Promoção da Saúde	19
2.1.3 Espaços para a Promoção da Saúde	21
2.1.4 Metodologias em Promoção da Saúde	24
Capítulo 2.2 Region de Los Ríos e Promoção da Saúde no Chile	27
2.2.1 Dados gerais da região	27
2.2.2 História da Promoção de saúde no Chile	29
Capítulo 2.3 Representações sociais	32
2.3.1 Conceptualização e antecedentes históricos	32
2.3.2 Funções das representações sociais	35
2.3.3 Resultados obtidos ao utilizar a análise das representações sociais	36
Capítulo 2.4 Redes semânticas	37
2.4.1 Antecedentes históricos e Definição	37
2.4.2 Redes Semânticas Naturais	39
2.4.3 Utilização comum das Redes Semânticas Naturais	41
3. Parte Prática: Trabalho de campo	43
3.1 Objetivos da investigação	43
3.1.1 Objetivo Geral:	43
3.1. 2 Objetivos Específicos:	43
3.2 Metodologia de Investigação	43
3.2.1 Caracterização do estudo	43
3.2.2 Caracterização da amostra	44
3.2.3 Instrumento de recolha de dados: O questionário das RSN sobre Promoção da saúde	45
3.2.4. Valores obtidos graças à aplicação das RSN:	47

3.3 Resultados da Investigação	50
3.4 Discussão	61
4. Conclusões	63
4.1 Recomendações/Perspetivas futuras.....	64
Anexos.....	83

Lista de tabelas, gráficos e figuras

Lista de tabelas

Tabela 1 - Distribuição da amostra por grupo de investigação, percentagem de resposta e distribuição de género	43
Tabela 2 - Valores associados à classificação da ordem das respostas para a elaboração da RSN	46
Tabela 3 - Conjunto de conceitos da RSN do grupo Encargados de Promoção; Conjunto SAM; valor M; valor DSC; Frequência de respostas; valor J; e Valor G	49
Tabela 4 - Conjunto de conceitos da RSN do grupo Directores de DESAM; Conjunto SAM; valor M; valor DSC; Frequência de respostas; valor J; e Valor G	51
Tabela 5 - Conjunto de conceitos da RSN do grupo Integrantes Mesa EEPS; Conjunto SAM; valor M; valor DSC; Frequência de respostas; valor J; e Valor G	53
Tabela 6. Valores J e Valores G dos três grupos a investigar	56
Tabela 7. Tabela comparativa entre Grupo Encargados de Promocion e Grupo Directores de DESAM	57
Tabela 8. Tabela comparativa entre Grupo Encargados de Promocion e Integrantes da Mesa EEPS	57
Tabela 9. Comparação dos conjuntos SAM das RSN dos três grupos avaliados	58
Tabela 10. Palavras definidoras comuns e diferentes das RSN	59

Lista de gráficos

Gráfico 1 - Conjunto SAM da RSN do grupo Encargados de Promocion	51
Gráfico 2 - Conjunto SAM da RSN do grupo Directores de DESAM	53
Gráfico 3 - Conjunto SAM da RSN do grupo Integrantes de la Mesa EEPS	55

Lista de figuras

Figura 1 - Mapa político da Region de Los Rios	28
------------------------------------------------------	----

Lista de abreviaturas e acrónimos

DESAM – Departamento de Salud Municipal

DSC - Distância Semântica Quantitativa

EEPS – Establecimientos Educacionales Promotores de la Salud

MINSAL - Ministerio de Salud Chile

OMS - Organização Mundial de Saúde

ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OPS – Organização Pan-americana da Saúde

RS - Redes semânticas

RSN – Redes semânticas naturais

SAM - Semantic Association Memory

SeTP – Saúde em todas as políticas

1. Introdução

Quando falamos de Promoção de Saúde, é importante salientar que não nos estamos a referir a um novo conhecimento, uma vez que este tem vindo a transitar e a fortalecer-se desde o século passado, desde quando Henry Sigerist em 1945 definiu as quatro funções da medicina e da saúde pública: promoção da saúde, prevenção, correção e reabilitação das doenças (1). Contudo, foi a partir dos anos 70 que lhe foi dada maior atenção (2), onde começa a ser reconhecida e a ser abordada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) na declaração de Alma Ata, onde foi adotada para o objetivo da saúde para todos (3).

Então, devido às crescentes expectativas em termos de saúde pública em todo o mundo, em 1986 a OMS decidiu estabelecer uma parceria com o Canadá para acolher uma conferência internacional sobre Promoção de Saúde, onde não só foi originada a famosa "Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde" (4), mas que também serviu de prelúdio para conferências subsequentes e eventos globais sob este tema (5). A Carta de Ottawa definiu a promoção da saúde como o processo que permite às pessoas aumentar o controlo e melhorar a sua saúde.

No Chile, em 1998 foi criada a Unidade de Promoção da Saúde na Divisão de Cuidados Primários, sob a tutela do Ministério da Saúde (MINSAL). Esta unidade lançou o primeiro Plano Nacional de Promoção da Saúde (6), reforçando as suas ações de prevenção e promoção da saúde. Posteriormente, em 2000, foram estabelecidas as Prioridades e Estratégias Nacionais de Promoção da Saúde para a década 2010-2020, sempre na esperança de "construir um país mais saudável", através de uma "melhor qualidade de vida" (7). Contudo, com os resultados dos estudos ministeriais de avaliação nos anos 2012 e 2013, o próprio Ministério da Saúde reconheceu deficiências para a implementação do programa de Promoção, tais como a necessidade de aplicar uma abordagem interdisciplinar para o planeamento e ação, de gerar uma oferta programática mais flexível e a falta de clareza na definição do conceito de Promoção da Saúde, levantando-se assim a questão de quais serão a verdadeira conceção e frutos da promoção da saúde, de acordo com os objetivos, metas, conteúdos e estratégias criados a nível nacional. (8).

A fim de melhorar a compreensão da promoção da saúde é necessário considerar as particularidades cognitivas, culturais, comportamentais de cada pessoa na sociedade, com a incorporação dos determinantes sociais. Com uma articulação sinérgica da

promoção da saúde com os determinantes sociais, será possível melhorar a compreensão, alcançar metas e atingir objetivos que foram definidos, para além de promover uma redução das desigualdades (9). Converte assim a ideia desde um olhar integral, que as estruturas e padrões psicossociais formam ou orientam as decisões e oportunidades dos indivíduos de ser saudáveis (10), propósito fundamental do que foi estipulado para caracterizar a Promoção da Saúde.

Portanto, para pensar numa análise que não só abrange uma visão do sector da saúde, mas incluindo também uma visão social do que a Promoção da Saúde representa, existe uma perspectiva relevante para o estudo dos significados que as pessoas constroem em torno da saúde e da doença, que é a denominada Teoria das Representações Sociais. Embora não tenha sido utilizado tanto na área da saúde, há vários estudos que incorporaram uma análise das Representações Sociais, com temas ligados à Promoção de Saúde (11; 12; 13; 14; 15; 16; 17). Esta informação contribuiu para a reflexão sobre a complexidade do encontro entre ciência e senso comum, para a compreensão das dimensões culturais dos processos de saúde e para as necessidades reais da população (18).

Ao analisar as representações sociais, procuramos compreender o significado de um objeto, um processo, um conceito, por exemplo, a promoção da saúde, para a pessoa que observa, experimenta, se relaciona e interage com ele, determinando os seus comportamentos ou práticas (19). Este significado é construído individualmente de acordo com as experiências, conhecimentos e competências que são desenvolvidas durante a vida, uma vez que também pode ser construído coletivamente, através das relações sociais que os sujeitos estabelecem (20).

Além disso, ao planear orientações de promoção da saúde, é importante considerar a participação e opinião da população em todas as fases de planeamento, desenvolvimento e implementação de programas. Assim, é essencial conhecer estes significados, crenças, valores e conhecimentos das pessoas em relação à promoção da saúde (21). Isto pode ser conseguido ao desenvolver esta abordagem mais qualitativa da análise, com o objetivo de alcançar uma compreensão mais profunda e subjetiva do significado. Reconhecemos assim que, quando aplicadas numa área da saúde, as representações sociais podem utilizar conceitos das ciências humanas e sociais para estudar a própria promoção da saúde, compreendendo o seu significado coletivo e como influenciará a vida das pessoas (22).

Outro ponto relevante na incorporação da análise da representação social para a promoção da saúde é que tanto os indivíduos como os grupos não são recetores passivos, uma vez que criam e recriam conhecimentos provenientes do universo científico e popular, sendo objetos das suas problemáticas diárias (23). Estas representações são expressas em linguagem e em práticas quotidianas (24). Ao analisar este pensamento de "senso comum", é possível abordar em maior profundidade a compreensão do significado da promoção da saúde, indispensável para compreender a dinâmica das interações sociais e para clarificar os determinantes das práticas sociais. Desta forma, será possível ter em conta aspetos do pensamento subjetivo sem esquecer, ao mesmo tempo, a relação entre estas conceções e o contexto social (25).

Tendo em conta que a perspetiva territorial dá sentido e estrutura sociocultural às ações preventivas e de promoção da saúde (26), escolhemos como atores da presente investigação três grupos de profissionais-chave para o desenvolvimento regional e comunitário das doze cidades pertencentes administrativamente à região de Los Ríos no Chile. São estes os principais responsáveis pela Promoção da saúde, nomeadamente: 1) *Encargados y Encargadas de Promoción*: agentes-chave dos centros de saúde num nível técnico que executam as atividades planeadas no âmbito dos *Planos Trienales de Promoción de la Salud*); 2) *Directores de Departamentos de Salud Municipal (DESAM)*: lideram a partir de diretivas municipais, política e administrativamente a saúde local) e 3) *Integrantes da Mesa Intersectorial Regional de Establecimientos Educacionales Promotores de la Salud (EEPS)*: os quais estabelecem acordos e parcerias na área da promoção da saúde a nível regional).

De acordo com o parágrafo anterior, surge uma questão de investigação, sobre quais serão as representações sociais do conceito de Promoção da Saúde. A metodologia empregue para esta pesquisa são as redes semânticas naturais elaboradas pelos profissionais dos três grupos a serem avaliados na região de "Los Ríos" no Chile.

Pergunta baseada no interesse do estudo por gerar dados com relevância territorial, que são apoiados por uma abordagem local das necessidades e visões em torno do conceito que será avaliado. Assim, este estudo poderá ser o ponto de partida para que mais investigações nesta área possam ser elaboradas, gerando evidência específica para o trabalho na região e nas suas comunidades. Dados deste tipo são cruciais para analisar e considerar as particularidades sociodemográficas da região, e, não apenas as diretrizes nacionais para a implementação de atividades nos territórios, mas sobretudo, poder conhecer as respostas dos profissionais chave para o desenvolvimento e

sustentabilidade da Promoção da Saúde nas cidades de Los Rios.

A metodologia utilizada no presente estudo, as redes semânticas naturais, poderá conduzir a resultados importantes a considerar no planeamento de linhas de ação futuras. Esta metodologia procura descrever as representações sociais e já em 1976 foi descrita como ferramenta para conhecer o leque de significados, expressos através da linguagem quotidiana, que tem cada objeto, fenómeno ou conceito social conhecido (27). Esta, aborda o estudo de uma forma natural, diretamente com os indivíduos, evitando o uso de taxonomias artificiais criadas por investigadores para explicar a organização da informação ao nível da memória semântica (28).

Embora esta técnica de obtenção de dados seja fácil de aplicar, sem grande complexidade para os avaliados, a sua utilização na investigação sanitária não é muito abundante e tem sido centralizada principalmente na psicologia da saúde (29), razão pela qual não encontrou uma fonte de desenvolvimento como disciplina científica. É por esta razão que, ao realizarmos esta investigação, poderemos dar um contributo para aumentar as possibilidades metodológicas de recolha de informação, tendo acesso a descrições de uma perspetiva social e de saúde. Além, os dados obtidos possibilitarão elaborar o primeiro material regional sobre a representação social em promoção da saúde. Estes dados, resultantes de uma avaliação sobre três grupos diferentes de profissionais e suas linhas de ação, serão um contributo chave para futuras considerações técnicas e territoriais na elaboração de orientações, estratégias e atividades de carácter público na região, bem como sendo uma influência para que as restantes regiões do país possam obter os seus dados correspondentes.

Porém, esta investigação conta com algumas limitações que podem influenciar os dados obtidos. Podemos referir que este estudo é pioneiro na região, e, portanto, não existem dados semelhantes que possam servir de referência comparativa no momento da discussão dos resultados. Deve ainda ser tida em conta a situação global atual, de pandemia por COVID-19, e a possibilidade de uma influência direta da mesma nas respostas dos avaliados. Ou seja, considera-se desde já que, o contexto pandémico atual, pode gerar um enviesamento dos resultados focados na análise desta pandemia. Embora os dados tenham sido obtidos durante a pandemia, este estudo não procura realizar uma análise exaustiva da influência que este evento possa ter tido na geração de respostas. Limitar-nos-emos fazer uma “fotografia” regional descritiva e a uma comparação intergrupala da representação da Promoção da Saúde em torno da informação que dela emanará.

2. Enquadramento Teórico

Capítulo 2.1. Promoção da Saúde

2.1.1 Antecedentes históricos da Promoção da Saúde

O campo da promoção da saúde tem uma história relativamente curta em comparação com a saúde pública ou a medicina. A sua construção teórica e prática começou com Henry Sigerist, que concebeu as quatro funções da medicina e da saúde pública sob os seguintes quatro pilares de trabalho: 1) Promoção da saúde; 2) Prevenção da doença; 3) Restauração dos doentes; e 4) Reabilitação (30). Este médico suíço-americano, foi o primeiro a utilizar o termo promoção da saúde para se referir, por um lado, a ações baseadas na educação sanitária e, por outro lado, às ações do Estado para melhorar as condições de vida da população (31).

Após esta conceptualização elaborada por Sigerist, o significado da Promoção da Saúde foi reconstruído, modificado e "modernizado", especificamente graças a consensos, declarações e conferências internacionais. Um ponto de partida para esta mudança conceptual foi o relatório Lalonde no Canadá em 1974 (32), onde foi afirmado que a promoção como estratégia governamental. Além disso, propôs um modelo de quatro dimensões que poderiam ser definidas como fatores condicionantes da saúde: biologia humana, ambiente, estilos de vida e organização dos sistemas de saúde (33). Com este modelo, foi gerada uma base para estudar a saúde ou a doença, e não apenas para examinar fatores biológicos ou agentes infecciosos, iniciando assim a análise de que a maioria dos problemas de saúde tinham uma origem marcadamente socioeconómica (34).

Quatro anos mais tarde, a Declaração de Alma-Ata, emanada da Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários (35), instou a comunidade mundial, governos, atores da saúde e do desenvolvimento, a orientarem os serviços de saúde para os principais problemas de saúde das comunidades, fornecendo serviços de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação necessários para resolver estes problemas. No entanto, não abordou especificamente o conceito de Promoção da Saúde como uma definição (36).

Em 1986, realizou-se a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, que resultou na Carta de Otawa (37). Este documento, pela primeira vez, regista um

significado específico do que a Promoção da Saúde representa. Esta definição aludia a fornecer às comunidades e à sua população os meios necessários para melhorar a sua saúde e exercer um maior controlo sobre a mesma, traduzindo-se em estratégias e ações de educação para a saúde dirigidas aos indivíduos (38). Graças a isto, as pessoas seriam capazes de identificar e realizar as suas aspirações, satisfazer as suas necessidades e transformar o ambiente em espaços saudáveis. A Carta de Otawa lançou as bases para incorporar a inter-relação entre os contextos sociais e as pessoas que neles vivem, como determinantes da sua saúde (39), juntamente com o estabelecimento das áreas de ação prioritárias sobre as quais se acreditava ser necessário influenciar para melhorar a saúde dos indivíduos e das populações (40).

Começa a olhar para a saúde como um recurso da vida quotidiana, não sendo um objetivo em si, mas sim um meio, para alcançar o desenvolvimento e bem-estar das pessoas, gerando um conceito positivo de saúde, que não se limita a defini-la negativamente. Além disso, o bem-estar e a qualidade de vida, como base da felicidade na vida, são os seus fundamentos, não apenas baseados na ausência de uma doença (41).

Como continuação do trabalho realizado em Ottawa, em 1988 realizou-se a II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Adelaide, Austrália (42). Desta vez, sob o lema "Políticas para a saúde", foi enfatizada uma conceção mais abrangente e o papel das políticas públicas, bem como a necessidade de avaliar as repercussões das decisões políticas para o sector da saúde (40). Em Adelaide, a saúde foi ratificada como um objetivo de desenvolvimento social, com a participação do povo, cooperação entre sectores da sociedade e cuidados primários, cimentando as bases sobre as quais as novas elaborações e orientações das políticas públicas em matéria de saúde deveriam assentar (43).

Em 1991 em Sundsvall (Suécia), realizou-se a III Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, sendo a primeira conferência de reconhecimento do ambiente (físico, social, político e cultural) sobre ações de promoção da saúde, segundo o relatório "O Nosso Futuro Comum" da Comissão Mundial sobre Ambiente e Desenvolvimento (44). Além disso, concentra-se na interdependência entre saúde e ambiente (45), levantando questões ambientais nas agendas da saúde, salientando a necessidade de gerar planificações urgentes a fim de alcançar uma maior justiça social na saúde. Isto está resumido nos quatro pontos seguintes (46):

- 1) Reforçar a ação de advocacia a nível comunitário;
- 2) Dar às comunidades e aos indivíduos os meios para gerir a sua própria saúde e o seu ambiente;
- 3) Formar parcerias para a saúde e ambientes favoráveis;
- 4) Conciliar os interesses conflituosos na sociedade para assegurar o acesso equitativo a ambientes favoráveis à saúde".

Durante o ano de 1997, em Jacarta, teve lugar a quarta conferência internacional sobre Promoção da Saúde, orientando o caminho para o século XXI. Para tal, foram identificadas cinco prioridades (47):

- 1) Promover a responsabilidade social na saúde;
- 2) Expandir a capacidade da comunidade e o empoderamento individual;
- 3) Expandir e consolidar parcerias para a saúde;
- 4) Aumentar o investimento para o desenvolvimento da saúde;
- 5) Assegurar as infraestruturas necessárias para a promoção da saúde.

Além disso, foi o primeiro evento que incluiu o sector privado como um ator importante no apoio à promoção da saúde (48). Isto foi expresso na necessidade de quebrar as barreiras que separavam o sector público do sector privado, a fim de gerar linhas de ação conjuntas. Esta conferência constituiu também uma oportunidade para refletir sobre os ensinamentos da Carta de Ottawa e atualizar o discurso que tinha sido gerado nessa altura, no que diz respeito à eficácia da promoção da saúde, reconsiderar quais são seus fatores determinantes, reconhecer os caminhos necessários para alcançar os objetivos propostos e levar a cabo estratégias para resolver as dificuldades que o novo século enfrenta. (49)

A quinta Conferência Mundial de Promoção da Saúde realizou-se na Cidade do México em 2000, com base nos produtos das quatro conferências internacionais anteriores. No início deste novo século, dois desafios permanecem latentes e foram objeto de análise durante esta nova conferência: 1) Demonstrar e comunicar melhor que as políticas e práticas de promoção da saúde podem fazer a diferença na saúde e na qualidade de vida; 2) Alcançar uma maior equidade na saúde (50). No entanto, este evento concluiu que a promoção da saúde não foi considerada uma componente fundamental das políticas e programas governamentais e apontou para a necessidade de melhorar a participação da sociedade civil nesta área (51). Para melhorar este défice, foi necessário encorajar o papel de liderança, assegurando uma participação ativa e vinculativa de

todos os sectores e da sociedade civil, para a correta implementação de ações de promoção da saúde, procurando gerar sinergias entre todos os atores.

Sob o título "Determinantes da saúde em relação a políticas e parcerias para a ação sanitária", realizou-se em Bangucoque (Tailândia) a sexta Conferência Mundial sobre Promoção da Saúde, com o objetivo de reduzir as desigualdades na saúde num mundo cada vez mais globalizado (52). Para tal, as pessoas tinham de ser capacitadas para que pudessem exercer um maior controlo sobre os determinantes da sua saúde e assim poder melhorá-la, considerando a saúde como um direito humano fundamental. Além disso, foram identificados quatro compromissos para fazer da promoção da saúde (53): 1) Um elemento central da agenda de desenvolvimento global; 2) uma responsabilidade fundamental para todos os governos; 3) um objectivo-chave das comunidades e da sociedade civil; e 4) uma exigência de boas práticas comerciais. Outro ponto importante desta conferência foi destacar a notável melhoria das tecnologias de informação e comunicação para a saúde (54), bem como os mecanismos de governação e troca de experiências.

A 7ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde realizou-se em Nairobi, Quênia, em 2009. A única conferência realizada até à data num país africano. Aqui foi feito um apelo urgente para reforçar a liderança e o pessoal de promoção da saúde em geral, o empoderamento das comunidades e do seu povo, a melhoria dos processos participativos e a criação e aplicação de conhecimentos para a promoção da saúde (55). A importância de estreitar o fosso entre as provas científicas disponíveis e a sua aplicação no desenvolvimento da saúde foi também salientada. Foram definidas estratégias-chave e compromissos para abordar as lacunas de implementação na saúde e no desenvolvimento, identificando a promoção da saúde como um elemento-chave para o conseguir (40).

Depois, em 2013, realizou-se a oitava Conferência Mundial sobre Promoção da Saúde em Helsínquia, cujo lema era "Saúde em todas as políticas (SeTP)". Este slogan foi representado em que uma política de saúde eficaz deve estar presente em todas as áreas políticas, especialmente nas políticas sociais, fiscais e relacionadas com o ambiente, educação e investigação (56). Isto foi visto como a saúde é em grande parte determinada por fatores fora do domínio da saúde.

Um dos objetivos da conferência era promover novas abordagens e capacidades para apoiar a estratégia SeTP e assim avançar na implementação das recomendações da

Comissão da OMS sobre Determinantes Sociais (57). Houve um compromisso entre governos, entidades e membros participantes nesta conferência para com a equidade na saúde, enfatizada como expressão de justiça social. Além disso, foi reafirmado que a criação de políticas equitativas expande os padrões de saúde, reduz a pobreza e promove a inclusão social e a segurança (58).

Em novembro de 2016, realizou-se em Xangai, China, a nona Conferência Mundial sobre Promoção da Saúde, com o tema central: Promoção da Saúde nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (59). Neste evento, foi emitida a Declaração de Xangai sobre a Promoção da Saúde na Agenda para o Desenvolvimento Sustentável de 2030 (60), um documento que procurou aumentar a relação entre a saúde, os seus determinantes e o empoderamento das pessoas. Para tal, as atividades de promoção da saúde foram priorizadas em três eixos: 1) Reforço da boa governação para a saúde; 2) Melhoria da saúde em ambientes urbanos e promoção de cidades e comunidades saudáveis; e 3) Reforço da literacia em saúde (40). Estes eixos poderiam ser pontos de partida cruciais para ter um impacto significativo, através de abordagens que incluam todos os sectores públicos e toda a sociedade, no ambiente natural e nos ambientes quotidianos dos indivíduos e das comunidades.

2.1.2 Características da Promoção da Saúde

Começando por conceptualizar o que define o processo de ação na promoção da saúde, podemos inicialmente identificar as seguintes características:

- Em primeiro lugar, é um processo que tem lugar nos principais espaços da vida quotidiana, tais como escolas, locais de trabalho, lares, bairros e municípios (61).
- Aborda diferentes questões que afetam a saúde e a qualidade de vida dos indivíduos e comunidades, tais como alimentação saudável, atividade física, consumo de tabaco e álcool, saúde sexual, problemas ambientais e ocupacionais, e competências para a vida, entre outros (62).
- O seu foco na saúde é dirigido a toda a população (pessoas saudáveis, pessoas com algum fator de risco ou portadoras de uma doença), de crianças e grupos de jovens, bem como trabalhadores, migrantes, idosos, pessoas com deficiência, povos indígenas e vários grupos populacionais ou coletivos (63).
- Finalmente, baseia-se na abordagem dos Determinantes Sociais, utilizando diversas metodologias que são implementadas a todos os níveis de ação, desde o indivíduo até ao estrutural (29).

Além disso, em 2015, os Ministérios da Saúde de diferentes países de todo o mundo convocaram reuniões com atores intersectoriais, membros da comunidade, bem como da sociedade civil, para iniciar um diálogo crítico sobre o papel da Promoção da Saúde (64). O objetivo disto era procurar uma melhor saúde, bem-estar e maior equidade sanitária. Este processo foi semelhante ao espaço de negociação aberto, democrático e participativo que resultou na proclamação da Agenda para o Desenvolvimento Sustentável de 2030, com a criação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) no mesmo ano. Estes ODS foram criados para serem um instrumento de planeamento e monitorização tanto a nível nacional como local. Através da sua visão a longo prazo, constituem um apoio para cada país no caminho para um desenvolvimento sustentado, inclusivo e ambientalmente saudável, gerando políticas públicas e instrumentos de orçamentação, monitorização e avaliação (65).

A fim de contribuir para a realização dos ODS, foi necessário revitalizar e renovar a promoção da saúde, refletindo as realidades contemporâneas dos diferentes territórios, a fim de alcançar uma maior equidade na saúde. Para o efeito, a OPS criou a Estratégia e Plano de Ação para a Promoção da Saúde em 2019 (66). Este instrumento procurou modernizar a promoção da saúde através de ações sociais, políticas e técnicas, com um enfoque fundamental nos determinantes sociais da saúde, distinguindo quatro linhas estratégicas:

- 1) Permitir a participação, o empoderamento da comunidade e o envolvimento da sociedade civil: Para que as comunidades ganhem controlo sobre as suas decisões, deve haver acesso constante a informação exata que seja relevante para as características e necessidades das pessoas. Desta forma, oportunidades de aprendizagem para a saúde podem ser proporcionadas através de financiamento sustentado. Este empoderamento exige que os cidadãos participem juntamente com as equipas técnicas na conceção das intervenções (coprodução), e assumam poder e controlo para a tomada de decisões em políticas, serviços e programas (67).
- 2) Reforçar a boa governação e o trabalho intersectorial: a nível global, nacional e local, desenvolvendo políticas de saúde e justiça social através de processos democráticos que beneficiem a sociedade como um todo. Além disso, devemos reconhecer que a colaboração intersectorial no domínio da promoção da saúde não é uma ideia nova. Desde a Declaração de Alma Ata e o Relatório Lalonde, a necessidade de o sector da saúde colaborar com outros sectores como a

agricultura, ambiente, educação e justiça tem sido sublinhada. A saúde é alcançada através de estruturas comunitárias que envolvem a população interessada e programas abrangentes que envolvem vários sectores e não apenas o sector da saúde (68).

- 3) Reforço de ambientes saudáveis chave: Estes poderiam ser abordados de forma intersectorial, promovendo a saúde e melhorando a qualidade de vida. Esta abordagem é relevante uma vez que pode realçar a importância dos aspetos multiculturais das comunidades e assegurar que ninguém possa ser excluído das atividades. Acreditamos que o processo de socialização em certos ambientes influenciaria os comportamentos de saúde. Quando se trata de sectores vulneráveis, implica intervir sobre uma das causas sociais das desigualdades na saúde (69).
- 4) Reforço dos sistemas e serviços de saúde através da promoção da saúde: Os cuidados de saúde primários e a promoção da saúde são reconhecidos como estratégias complementares para reforçar os sistemas de saúde para resultados de saúde equitativos. Isto através do reconhecimento da saúde como um direito humano e como uma componente e condição do desenvolvimento sustentável. Esta visão de reorientação dos serviços de saúde será o pilar central do direito ao mais alto padrão de saúde alcançável, abrangendo os cuidados de saúde e os determinantes subjacentes da saúde, respondendo às prioridades nacionais e locais, assegurando a acessibilidade para todos (1).

2.1.3 Espaços para a Promoção da Saúde

Existem vários espaços ou contextos sociais onde as pessoas realizam as suas atividades diárias, espaços em que os fatores ambientais, organizacionais e pessoais interagem para influenciar a saúde e o bem-estar. É aqui que a promoção da saúde toma medidas e são implementados diferentes tipos de estratégias específicas de cenário.

Os cenários são definidos não só como locais para atividades, mas também como entidades ou sistemas sociais que mudam e podem promover a saúde. Uma abordagem de cenários demonstrou as suas capacidades em termos de (70; 71):

- Mobilizar o apoio político e colocar as questões de saúde na agenda política.
- Criar vias para a participação social e modelos de empoderamento dos cidadãos.
- Desenvolver extensas redes de colaboração, inovação e troca de experiências.

Alguns espaços chave nos quais a promoção da saúde pode ter lugar, sob a orientação de profissionais e atores do sistema de saúde são (72):

- Famílias: Deve ser reconhecido que a família é o principal contexto social para criar e incentivar a manutenção de fatores de proteção da saúde ao longo de todo o ciclo de vida. Este espaço influencia e molda comportamentos e comportamentos relacionados com a saúde, atividade física, nutrição, saúde sexual e muitas outras áreas, que são diretamente influenciados pelos determinantes económicos, sociais e culturais do seu ambiente (73).

Para que estas famílias sejam promotoras de saúde, o modelo de saúde familiar e comunitária defendido por diferentes ministérios da saúde em todo o mundo reconhece o enfoque central nos indivíduos e nas suas famílias, nas suas relações interpessoais e no seu ambiente social (74). Isto é apoiado pela abordagem biopsicossocial e cultural da saúde, que proporciona cuidados abrangentes e manutenção de cuidados entre o sistema de saúde e o lar. Esta abordagem considera que os fenómenos de saúde são influenciados por aspetos biológicos, psicológicos e sociais, a fim de promover uma compreensão mais holística da pessoa e do seu ambiente (75).

- Sistemas e Centros de saúde: Já na altura da proclamação da Carta de Otava em 1986, que apelava a uma reorientação e reformulação dos serviços e instalações de saúde no sentido de um enfoque na promoção da saúde como um pilar fundamental de ação.

A promoção da saúde é parte integrante do processo de cuidados de saúde, estando estreitamente relacionada com aspetos clínicos, educacionais, comportamentais e organizacionais dos diferentes centros de saúde. Isto requer uma organização interna capaz de identificar as oportunidades de desenvolvimento oferecidas pelos programas de saúde, abordando os cuidados das próprias equipas de saúde e construindo instalações de saúde como locais de trabalho saudáveis (76).

Além disso, os sistemas de saúde devem concentrar-se nos cuidados primários para os cidadãos e comunidades, sendo eles os verdadeiros protagonistas dos seus cuidados de saúde. Isto é conseguido através da informação através dos diferentes meios de comunicação, orientados para a autonomia e o aumento da capacidade de decisão, e não para a dependência do sistema de saúde e dos seus profissionais, como é

normalmente o caso (77).

- Estabelecimentos educacionais: Os espaços educacionais são locais ideais para reforçar e fomentar as fundações relacionadas com a educação para a promoção da saúde. Ter estudantes de diferentes fases da vida agrupados no mesmo ambiente facilita o ensino de conteúdos de vida saudável de forma atempada e coordenada (78).

O desafio é estabelecer espaços educacionais que criem um ambiente físico e psicossocial saudável, cumprindo todas as normas de segurança, para encorajar a criação de ambientes saudáveis e a adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis em toda a comunidade educacional (79). Esta estratégia fornece uma base para a abordagem de um estabelecimento educativo promotor da saúde, que inclui a educação sanitária com disposições e atividades relacionadas com as políticas de promoção da saúde na escola, o ambiente físico e social em que se situa, o currículo ligado ao bem-estar e à qualidade de vida, as ligações com a família e a comunidade e os serviços de saúde (80). O objetivo é conseguir uma maior literacia em saúde, nos estilos e condições de vida e na ausência de doenças.

- Locais de trabalho: Considerando que, em vários países do mundo, o local de trabalho é onde as pessoas passam quase um terço da sua vida diária, a promoção da saúde e da qualidade de vida deve ser uma abordagem permanente a ser cumprida a nível institucional (81; 82). Tudo isto considerando que, de acordo com as condições em que é desenvolvido, o trabalho pode gerar impactos positivos ou negativos na saúde das pessoas (83).

Neste contexto, ambientes de trabalho saudáveis são aqueles em que os contextos visam alcançar o bem-estar de toda a comunidade de trabalho, num bom ambiente físico de segurança e higiene (iluminação, ventilação, condições ergonómicas, entre outros); onde existem relações pessoais positivas e colaborativas (sem negar o conflito como parte da interação humana); onde existe uma organização equitativa das cargas de trabalho; assegurando a saúde mental com recursos disponíveis para fazer face às exigências da vida intra e extra- laboral); e onde se promove o bem-estar familiar e social; uma organização equitativa das cargas de trabalho; assegurar a saúde mental com recursos disponíveis para fazer face às exigências da vida dentro e fora do trabalho); e promover o bem-estar familiar e social dos trabalhadores através da proteção dos riscos, estimulando a sua autoestima e controlo do ambiente de trabalho e da sua própria saúde (84).

Ao acima exposto, devemos também acrescentar que um local de trabalho promotor de saúde deve ter em consideração condições físicas, bem como contratuais e remuneratórias sem discriminação de género, gerando relações sociais entre todos os trabalhadores e entre trabalhadores e empregadores (85).

- Municípios: Considerando que é onde há aspetos políticos para a tomada de decisões e geração de instrumentos de gestão municipal, suficientes para poder gerar mudanças estruturais necessárias para melhorar as condições e a qualidade de vida (86). Este espaço é caracterizado como o que tem maior potencial para criar estratégias e ações contínuas destinadas aos cidadãos.

Este processo procura desenvolver formas democráticas de intercâmbio que conduzam à reflexão e à definição de propostas para a criação de ambientes saudáveis em diferentes partes da cidade. Isto requer vontade política, institucional e comunitária e recursos para incorporar a promoção da saúde na agenda dos governos locais a partir da perspetiva intersectorial dos diferentes departamentos municipais. Desta forma, será possível promover a formulação e implementação de políticas públicas saudáveis a nível local e a criação de uma estrutura mínima que garanta a continuidade das atividades, facilite a gestão de projetos e reforce a liderança dos presidentes de câmara como primeiros agentes de ação (87).

2.1.4 Metodologias em Promoção da Saúde

Para desenvolver processos de trabalho na promoção da saúde podemos utilizar várias metodologias das ciências da educação e da comunicação, ciências políticas e administrativas, ciências sociais e comportamentais. Os métodos mais frequentemente utilizados na prática são (88):

- Comunicação: Definida como a arte e as técnicas de informar, influenciar e motivar as pessoas sobre questões de saúde relevantes, sob uma abordagem individual, comunitária e institucional. Trabalha para informar sobre questões como a promoção da saúde, prevenção de doenças, política de saúde e melhoria da qualidade de vida de comunidades e indivíduos (89). O seu objetivo é estudar a natureza e função dos meios de comunicação necessários para que as questões de saúde alcancem e tenham impacto nas audiências (90).

A comunicação é um espaço para a produção de conhecimento e intervenção na e com a comunidade, procurando alcançar melhores níveis de saúde nas sociedades. É importante salientar que as estratégias de comunicação em e para a saúde devem incluir todos os atores envolvidos no processo de cuidados de saúde-doença, atuando nas dimensões política, organizacional e sociocultural (91). No entanto, não se pode esquecer que a comunicação pode promover e facilitar comportamentos saudáveis nas sociedades, mas não garante que as pessoas irão realmente gerar comportamentos saudáveis ou que os irão sustentar ao longo do tempo (92).

- Educação: encarregada de orientar e organizar os processos educativos com o objetivo de influenciar positivamente os conhecimentos, práticas e costumes dos indivíduos e comunidades em relação à sua saúde (93), considerando que existe uma forte associação entre baixos níveis de educação e piores condições de saúde (94). Em todo este processo de educação, o nível de literacia em saúde assume um forte papel, caracterizada como as competências sociais e cognitivas que determinam o nível de motivação e a capacidade de uma pessoa aceder, compreender e utilizar a informação de forma a permitir-lhe promover e manter uma boa saúde (95).

A educação sanitária é uma das principais estratégias para criar comunidades autónomas com boa capacidade de tomada de decisões na gestão da sua própria saúde. Contudo, o sector da saúde continua a fornecer uma orientação biomédica e não a melhoria da saúde global da população sob uma abordagem biopsicossocial. Da mesma forma, é mantida uma perspetiva paternalista, em que a pessoa responsável pela manutenção da saúde é o pessoal de saúde e não a pessoa em questão (96). Compreende-se assim que a educação sanitária não é o fim, mas sim o meio pelo qual as pessoas podem ter acesso a uma melhor qualidade de vida.

- Participação social: estratégia para assegurar que os serviços de cuidados de saúde primários forneçam soluções para os problemas de saúde da população. Está relacionado com o exercício individual e coletivo dos direitos civis, a legitimação de políticas e planos de saúde, direitos de saúde, promoção da saúde ou a sustentabilidade do sistema de saúde (97). Neste processo, advoga-se uma democratização dos serviços de saúde, onde as relações entre o Estado e a sociedade se tornam mais estreitas e mais responsáveis (98).

Não se pode esquecer que a participação é um processo organizado, coletivo, livre, inclusivo, no qual há uma variedade de atores, atividades e graus de compromisso, que

são guiados por valores e objetivos partilhados, na procura dos quais se produzem transformações comunitárias e individuais (99).

Contudo, a participação social na saúde tem sido interpretada de um ponto de vista utilitário, onde os governos e outros sectores da sociedade utilizam os recursos disponíveis na comunidade para compensar os custos na prestação de serviços de saúde; e outro que a vê como um instrumento de capacitação que confere à comunidade um papel mais ativo e uma maior responsabilidade no que diz respeito às suas necessidades de saúde (100).

Finalmente, podemos mencionar que uma maior participação social pode favorecer o desenvolvimento de sociedades mais colaborativas, com maior respeito pelas garantias individuais, legitimando as políticas de saúde e atribuindo orçamentos de forma mais equitativa (101).

- **Advocacia:** É gerar ações para tomar decisões não só a partir de informação e conhecimento, influenciando as pessoas e comunidades para a geração de mudanças. Para isso, é necessário defender as razões que geram boa saúde, identificando os determinantes sociais na comunidade que criam desigualdades sociais na saúde, afetando os utentes dos cuidados de saúde e salvaguardando a sua solução.

A advocacia está a identificar ativa e conscientemente e a agir sobre as necessidades sentidas e não satisfeitas dos indivíduos e da comunidade para além das suas visitas dentro das instalações de saúde (102). Devemos também reconhecer a advocacia como uma atitude, como um conjunto multifacetado de competências que inclui assegurar o acesso aos cuidados, navegar no sistema de saúde, mobilizar recursos, abordar as desigualdades na saúde, influenciar a política de saúde e criar mudanças no sistema (103).

- **Intersectorialidade:** Quando o sector da saúde e outros sectores trabalham em conjunto para atingir objetivos comuns, podemos estar na presença de ação intersectorial (104). As contribuições de outros sectores não ligados à saúde para a promoção da saúde devem ser reconhecidas e valorizadas a fim de desenvolver ambientes saudáveis e condições favoráveis que promovam a qualidade de vida (105).

É necessário ver a intersectorialidade como um processo técnico, administrativo e político que envolve negociação e distribuição de poder, recursos e capacidades

(técnicas e institucionais) entre os diferentes sectores. Desta forma, podem ser incluídos na tomada de decisões, gerando espaços de partilha de liderança, recursos e linhas estratégicas para o planeamento conjunto (106), independentemente do sector em que as políticas estão a ser desenvolvidas.

Capítulo 2.2 Region de Los Ríos e Promoção da Saúde no Chile

2.2.1 Dados gerais da região

A Region de Los Ríos é uma das dezasseis regiões em que a República do Chile está dividida. Foi criada a 2 de outubro de 2007, em conformidade com as disposições da Lei 20.174, publicada no jornal oficial a 5 de abril do mesmo ano, com a sua capital regional na cidade de Valdivia (107). A criação desta nova região foi o resultado de um longo processo cidadão para recuperar o estatuto político-administrativo da antiga Província de Valdivia até 1974. Este processo de regionalização tornou-se um dos acontecimentos mais significativos em termos de descentralização intrarregional, desconcentração dos serviços públicos e gestão administrativa desde que os Governos Regionais foram estabelecidos no início dos anos 90 (108).

A Region de Los Ríos, está situada entre 39°15' e 40°33' de latitude sul, e desde a fronteira com a Argentina até ao Oceano Pacífico. É delimitada a norte pela região da Araucanía e a Sul pela região de Los Lagos. Tem uma área de 18.429,50 quilómetros quadrados, equivalente a 2,4% do território nacional continental e insular deste país. Administrativamente, está dividida em duas províncias: Ranco (capital La Unión) e Valdivia (capital Valdivia). A província de Ranco é constituída pelas comunas de Futrono, La Unión, Lago Ranco e Río Bueno; a província de Valdivia é constituída pelas comunas de Corral, Lanco, Los Lagos, Máfil, Mariquina, Paillaco, Panguipulli e Valdivia.

De acordo com o Censo Nacional da População e Habitação, realizado em 2017, a região tem uma população de 384.837 habitantes, representando 2,2% da população nacional. A densidade populacional é de 21,1 habitantes/km². Desse total, 71,7% vivem em zonas urbanas e 28,3% em zonas rurais. Ao mesmo tempo, 48,3% da população total da região são homens e 51,7% são mulheres (109). A distribuição etária da população mostra que as pessoas de 0-19 anos representam 33,9% do total regional; a população de 20-64 anos, 54,9%; e a população com 65 anos ou mais, 11,2% do total regional.

É importante mencionar que a Região de Los Ríos possui uma rede de saúde pública responsável pela promoção, prevenção, cura e reabilitação de 84,3% dos seus habitantes, muito superior à média nacional 77,9% (110).

De outra perspectiva de análise e de acordo com os registos do inquérito CASEN 2017 (111), foi identificado que, das 2.180 associações indígenas urbanas existentes a nível nacional, um total de 170 (7,8%) estão na região de Los Ríos e do total de 3.585 comunidades indígenas rurais, um total de 420 (11,7%) pertencem à região de Los Ríos. Além disso, a nível regional, 21,5% da população pertence a um povo indígena.

Graças aos dados do inquérito CASEN 2017, executada pelo Ministério do Desenvolvimento Social (111), a nível nacional, 8,6% da população está dentro da pobreza, enquanto em Los Ríos o número atinge 12,1%, o que a coloca no quinto lugar com o maior número de pobreza a nível nacional. A percentagem de pessoas na Region de Los Ríos a viver na pobreza multidimensional era de 22,2%. Isto significa que 85.333 pessoas nesta região estão numa situação de pobreza, apresentando deficiências em pelo menos uma das seguintes dimensões de bem-estar: educação, saúde, trabalho e segurança social e habitação. A percentagem de pobreza multidimensional na região é 1,7 pontos percentuais mais elevada do que a percentagem registada a nível nacional (112).

Finalmente, podemos indicar que o PIB Regional foi de 2.382 milhões de dólares durante 2017, o que corresponde a 1,3% PIB Nacional. A região tem três principais motores produtivos: a pesca, com 25 enseadas oficiais e onde a pesca artesanal é o principal sector com mais de 9.300 toneladas desembarcadas em novembro de 2018; o turismo, onde a região se destaca com cinco Áreas Naturais Protegidas, totalizando mais de 103 mil 500 hectares; e o sector Silvoagropecuário, que é o terceiro sector que mais contribui para o PIB Regional em 2016 (10,7%) (113)

comunitários que tiveram em conta as diferentes realidades dos territórios avaliados (115). Depois, em 1999, foi criado o Conselho Nacional de Promoção da Saúde VIDA CHILE. Este organismo intersectorial era composto por 28 instituições públicas e privadas do país, presidido pelo Ministro da Saúde e cuja função era aconselhar ministérios, governos regionais e locais no desenvolvimento de políticas de saúde e coordenar um plano de ação estratégico intersectorial sobre questões de promoção da saúde. Este conselho foi progressivamente organizado em quase todas as regiões e nas 308 comunas do país que tinham um plano de promoção comunitária. Assim, a responsabilidade pela condução da promoção da saúde nos municípios e governos regionais foi consolidada, com base na ação intersectorial, com processos de participação comunitária e social, colaborando com o diagnóstico participativo da saúde e qualidade de vida, participando na formulação, implementação e avaliação dos planos comunitários (116).

A fim de continuar a reforçar o valor da Promoção da Saúde, realizou-se em agosto de 1999 o I Congresso Chileno de Promoção da Saúde, onde foi assinada a Lei de Huechuraba (117). Neste documento, o trabalho já iniciado foi reconhecido, bem como a visão do conceito de Promoção da Saúde, que era preservar pessoas saudáveis e melhorar a qualidade de vida da população (118). Além disso, indicou uma mudança na abordagem da saúde, começando a visualizar as ações promocionais como um eixo importante para parar os fatores de risco (119).

Tendo em conta o acima exposto, o Plano Nacional de Promoção da Saúde e o VIDA CHILE selecionaram cinco temas prioritários para as políticas de promoção da saúde para o século XXI: nutrição, atividade física, controlo do tabaco, fatores psicossociais e ambientais. Em cada um destes temas, foram estabelecidos objetivos e estratégias de ação a serem avaliados até ao ano 2010 (120). Muitos destes objetivos foram incorporados nos Objetivos de Saúde da Reforma da Saúde (121).

Em 2002 e 2007, realizaram-se novamente Congressos Nacionais de Promoção da Saúde, nos quais foi mantido o objetivo de construir um país mais saudável através de uma melhor qualidade de vida. Do mesmo modo, em 2002, o governo chileno assinou o seu Compromisso de Promoção da Saúde no Fórum das Américas, organizado pela Organização Pan-Americana da Saúde (122). No âmbito deste compromisso, foram implementadas várias estratégias, campanhas e programas, tais como a promoção da saúde nas escolas, comunidades e locais de trabalho, ambientes sem fumo, alimentação saudável e vida ativa.

O resultado destes eventos foi aprofundar uma análise do panorama nacional da Promoção da Saúde, sob um estudo político e conceptual e no conhecimento das experiências. Além disso, foram promovidos o processo de avaliação e o uso de evidências, reforçando os laços e compromissos entre os vários sectores da sociedade chilena para construir um país com melhor qualidade de vida (116).

No entanto, independentemente de todos os esforços que foram instalados para melhorar e valorizar a Promoção da Saúde no Chile, desde 2005, o trabalho da MINSAL nesta área foi desvendado. Desde esse mesmo ano, o Conselho Nacional de Promoção da Saúde VIDA CHILE não continuou a reunir-se, impedindo a coordenação a nível nacional e o trabalho no terreno (123). Além disso, as primeiras avaliações relativas ao processo e resultados gerados através de políticas de promoção da saúde não foram inteiramente satisfatórias (124). Foi o próprio MINSAL que reconheceu, com base em estudos de avaliação realizados em 2012 e 2013, as deficiências que impediram a implementação do programa de promoção. Vazios como a falta de clareza na definição do conceito de promoção, para que as várias atividades sobre este tema em todo o país sejam alinhadas em torno de uma compreensão semelhante do conceito; o reconhecimento de uma abordagem interdisciplinar e não apenas do ponto de vista da saúde; a geração de uma oferta de programa mais flexível; a necessidade de incluir novos temas como a saúde mental; a definição de um público alvo; ou o reforço da divulgação e compreensão das orientações técnicas (7). Além disso, os resultados avaliados nessa altura mostraram uma articulação intersectorial deficiente para se obterem resultados de impacto.

Considerando os resultados acima referidos, a MINSAL, seguindo as recomendações da OMS e da OPS (125), estabeleceu em 2015 a utilização da estratégia de Municípios, Cidades e Comunidades Saudáveis como forma de remediar o que tinha sido apresentado negativamente. Isto proporcionou um incentivo para reforçar a implementação de atividades a nível local, colocando a promoção da saúde como prioridade máxima na agenda política, incluindo as autoridades governamentais e a comunidade, promovendo o diálogo e partilhando conhecimentos e experiências. Do mesmo modo, esta metodologia centrou-se mais nos determinantes da saúde do que nas consequências da doença, através de seis dimensões: ambientes saudáveis, sustentabilidade, qualidade de vida, equidade sanitária, gestão territorial e participação dos cidadãos (126). Ao mesmo tempo, o papel do município foi reforçado, como ator estratégico para melhorar os resultados de saúde e a qualidade de vida da população,

juntamente com a comunidade e o intersector.

Atualmente, e tendo em conta o acima exposto, a abordagem estrutural da Promoção da Saúde no Chile é continuar a promover o seu reconhecimento formal nos municípios, através de ligações formais entre a saúde e o desenvolvimento local dos governos municipais, juntamente com as suas comunidades. Do mesmo modo, seremos capazes de gerar processos de empoderamento a fim de gerar políticas públicas saudáveis para a população com relevância territorial e cultural, destinadas a alcançar a construção de ambientes saudáveis onde as pessoas vivem, trabalham, criam redes, estabelecem ligações com outras pessoas e com o ambiente.

Capítulo 2.3 Representações sociais

2.3.1 Conceptualização e antecedentes históricos

O estudo dos problemas e questões de saúde, fora da perspetiva exclusiva da análise sanitária, pode ser abordado através da teoria das Representações Sociais. Esta é uma opção interessante para o estudo dos significados que as pessoas constroem em torno da doença e das suas ligações com a saúde, ligando as dimensões subjetivas e sociais que intervêm nesta construção (127). Permite o acesso ao pensamento social sobre os conhecimentos, crenças, opiniões e práticas que emergem da interação de grupo sobre objetos ou processos socialmente significativos, tais como a promoção da saúde. Esta teoria poderia contribuir para a reflexão sobre a complexidade do encontro entre ciência e senso comum (128), propondo que este senso comum seja configurado com base nos modelos e sistemas intelectuais desenvolvidos pela ciência, que são depois difundidos em certas sociedades ou culturas.

A história desta teoria remonta aos anos de 1858-1917, quando Emile Durkheim apresentou em sociologia a noção de representações coletivas, que eram representações da vida comum expressas através da reflexão coletiva sobre os objetos que a rodeavam. Décadas mais tarde, Serge Moscovici (129) redefiniu estas representações coletivas para representações sociais, orientando-as da sociologia para a psicologia. Este tipo de representações foi um processo ativo entre indivíduos pensantes construindo um universo mental de imagens, sistemas de referência, categorias que permitiram a construção de significados coletivos sobre certos factos e, em última análise, teorias explicativas da realidade (130). Isto reforçou a ideia de que as pessoas não conceberam objetos sociais nem a partir de uma realidade objetiva nem

individualmente, uma vez que reagiram a esses objetos com base numa realidade coletiva e socialmente construída.

A grande diferença nas opiniões destes dois autores foi que Durkheim baseou o seu conteúdo numa representação monolítica que vinha de uma consciência coletiva e transgeracional que caracterizava a sociedade, enquanto Moscovici propôs a ideia de uma representação contextualizada, construída através de interações interindividuais, que permitiu ao ator social adaptar-se à realidade do momento (131).

Em 1963, Moscovici acrescentou às suas abordagens anteriores que as representações sociais eram um conceito multifacetado, centrado em sistemas de valores, ideias, imagens e práticas sociais. São, portanto, de natureza sociocognitiva. Estas representações foram construídas com base na experiência quotidiana e em diferentes formas de comunicação (formal, informal, nos meios de comunicação social), determinaram a forma de interação e de mobilização na vida (132). Dez anos mais tarde, este autor salientou que o assunto e o objeto de análise não estavam separados no seu estudo. O primeiro participa na construção do segundo em função das inserções sociais (133). Por conseguinte, o objeto não é criado de acordo com as suas características objetivas, uma vez que são as características dos indivíduos sociais que se apropriam do objeto através dos processos de comunicação que desenvolvem à sua volta.

Otro aporte para el estudio de las representaciones sociales hecho por Moscovici fue definir las como una modalidad particular del conocimiento, cuya función era la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre personas. Esta representación era un conjunto organizado de conocimientos y de actividades psíquicas gracias a las cuales la población crea la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberando los poderes de su imaginación (134).

Segundo Denise Jodelet, uma seguidora do trabalho de Moscovici, as representações sociais são a forma como os sujeitos sociais apreendem os acontecimentos da vida quotidiana, as características do ambiente em que vivem, a informação que circula nele e as pessoas no seu ambiente imediato ou distante. As representações sociais são assim consideradas como uma forma particular de conhecimento, que é um conhecimento de senso comum, uma forma de interpretar e pensar a realidade quotidiana (135). Esta forma de pensar provém plenamente das pessoas e cria a base social para a vida quotidiana, influenciando a forma de ver e agir de todos aqueles que

pertencem a uma comunidade (136). Dentro desta lógica, três determinantes importantes são destacados ao estudar as representações sociais: contexto, género, e as fontes de informação em que se baseia o tipo de representação (137).

Ao aprofundar o estudo das representações sociais, Jodelet (135), salienta que estas podem ser analisadas a partir de diferentes contextos socioculturais: numa esfera social, onde intervém através dos diferentes contextos em que as pessoas e os grupos se situam; através da comunicação, através da qual se estabelece um diálogo entre indivíduos e grupos; através da cultura como um quadro que proporciona aos seres humanos conhecimentos e práticas; graças a valores, códigos, ideologias de acordo com posições, pertences e identidades sociais.

Outro contributo importante para a compreensão das representações sociais criadas por Moscovici (135) foi argumentar que o seu objetivo era explicar a diferença entre o ideal de pensar de acordo com a ciência e a razão e a realidade do pensamento no mundo social. Isto foi para analisar a forma como o pensamento de senso comum, repleto de teorias implícitas e baseado fundamentalmente no percetual, recebe toda a informação sobre as descobertas, noções e línguas que a ciência está constantemente a inventar (136). Desta forma, foi possível dar origem a um pensamento popular que influencia a forma de ver o mundo e de agir de todos aqueles que pertencem a uma dada sociedade.

Noutro contexto, Farr, em 1996 (138) mencionou que a base das representações sociais era a linguagem, cujo significado partilhado entre o interlocutor e o ouvinte permitia simbolizar um objeto ou acontecimento ausente ou visível, libertando as relações humanas das limitações do espaço-tempo. A palavra carrega uma teoria sobre a sua natureza e a dos seus atos, é acrescentada à cultura através de significados partilhados na linguagem quotidiana, e depois torna-se uma categoria de pensamento comum. Assim, a representação social de uma pessoa está em relação a um outro assunto, e por isso depende da posição que as pessoas ocupam na sociedade, economia e cultura.

Por outro lado, em 2001, Oktar (139), aludiu ao facto de as representações sociais poderem ser consideradas sociais porque são partilhadas por muitas pessoas. Isto cria uma realidade social que pode influenciar o comportamento individual. É assim visto como uma forma de ressocializar as visões psicológicas, realçando o papel da história, ideologia e comunicação no domínio psicológico (139).

É importante dizer que, na sua globalidade, mesmo que na sua maioria sejam estáveis,

as representações sociais são mutáveis e moduláveis. Não só variam ao longo da história das sociedades, como por vezes oscilam de uma visão, conceção ou significado para um extremo completamente oposto em termos do seu conhecimento (140).

Finalmente, podemos mencionar que as representações sociais se encontram na mente das pessoas, mas são também evidentes no mundo e numa série de contextos, tais como na ação social, saúde pública, instituições culturais, práticas religiosas e desporto (141).

Concluimos assim que dentro das RS, o psicológico e o social convergem, ou seja, a forma como as pessoas interpretam os acontecimentos dos diferentes aspetos da vida quotidiana e a informação que circula no ambiente em que se movem (142).

2.3.2 Funções das representações sociais

Moscovici (134) salienta que as representações sociais têm uma dupla função: em primeiro lugar, proporcionar às pessoas uma ordem que lhes permita orientarem-se no mundo material e social de modo a dominá-lo; e em segundo lugar, modelar a interação entre sujeitos, uma vez que fornecem um código que permite o intercâmbio social, identificando e classificando claramente vários aspetos do seu mundo social. Desta forma, as representações sociais permitem uma interpretação e classificação dos fenómenos, processos ou objetos com base em significados comuns em certos contextos sociais (143).

Outras funções que foram expressas poderiam ser a de tornar possível a compreensão e explicação da realidade. Assim, os conhecimentos práticos de senso comum permitem às pessoas adquirir conhecimentos e integrá-los num quadro assimilável e compreensível, em ligação com o funcionamento cognitivo e os valores a que aderem. Outra função é definir a identidade e permitir a proteção da especificidade dos grupos. Trata-se de criar uma identidade social e pessoal compatível com os sistemas de normas e valores sociais historicamente determinados (144). A terceira função é orientar comportamentos e práticas, já que a representação intervém na definição do objetivo da situação (145).

Assim, as representações sociais interpretam e transformam a realidade, uma vez que cada pessoa tem uma perceção particular da vida quotidiana, transformando-a e elaborando representações sociais que são particulares e coletivas ao mesmo tempo.

A considerar uma compreensão da sua natureza social, as representações sociais cumprem diferentes funções, entre elas (146; 147):

- Tornar convencionais os objetos, pessoas e eventos encontrados na vida quotidiana; dar-lhes uma forma definitiva, localizando-os numa categoria e estabelecendo-os como um modelo de um certo tipo, distinto e partilhado por um grupo de pessoas.
- Fomentar a comunicação entre as pessoas, um processo que envolve pontos de vista partilhados e divergentes sobre várias questões.
- Promover o pensamento coletivo e a reflexividade de grupo como requisitos fundamentais para uma identidade social: esse conhecimento do grupo a que se pertence.
- Justificar decisões e comportamentos gerados nas interações sociais.

Portanto, consideramos que a abordagem teórica das representações sociais permite uma análise alternativa às abordagens materialistas e individualistas tradicionais do bem-estar e da saúde (148) que ignoram os elementos sociocognitivos que orientam as práticas quotidianas, como no caso da promoção da saúde.

2.3.3 Resultados obtidos ao utilizar a análise das representações sociais

Pode afirmar-se em termos macro que a investigação internacional nas últimas décadas tornou possível assegurar três grandes realizações da teoria das representações sociais (149):

- 1) Demonstrar empiricamente a articulação entre o indivíduo e o coletivo. Uma representação social não é um conjunto de representações individuais distintas, mas é a que organiza e coordena as representações individuais a três níveis: cognição, comunicação e sociabilidade.
- 2) Em segundo lugar, tornou possível demonstrar que existe uma organização estruturada do pensamento social, fazendo uma transição da descrição por estudo de caso para elementos de modelação geral. Este pensamento social não nasce de um conjunto de erros, influenciado por preconceitos ou afeções desordenadas; é antes um pensamento que tem origem nos pertences sociais relativos das pessoas e expressa regularidades e determinações estruturais, tais como leis.
- 3) Finalmente, reconhecer a sua grande plasticidade do ponto de vista

metodológico, sendo utilizada uma grande variedade de abordagens, da análise histórica à experimentação, da simples observação às análises mais complexas, da fenomenologia qualitativa à qualidade matemática. Esta característica permitiu uma transversalidade disciplinar, tornando possível para cada tradição intelectual em diferentes ciências adaptar toda ou parte da teoria. Desta forma, foi capaz de formular uma noção geral sobre certos fenómenos na sociedade, o que é invulgar. No entanto, as metodologias utilizadas são diversas e frequentemente epistemologicamente incompatíveis. A plasticidade da teoria ao nível da investigação empírica é assim ambígua.

Capítulo 2.4 Redes semânticas

2.4.1 Antecedentes históricos e Definição

Durante anos assumiu-se que o significado de um conceito se devia à existência de nós inter-relacionados, mas foi graças à tese de Ross Quillian (150) que o conceito de redes semânticas surgiu como uma forma de expressar a organização da memória semântica humana, um processo em que se gerou um significado. Mais tarde, Allan Collins, em colaboração com Ross Quillian, desenvolveu um modelo com uma base experimental, no qual o tempo de reação de uma amostra de indivíduos a um conjunto de declarações foi medido (151). Os resultados deste estudo mostraram que o significado de uma palavra foi ativado quando houve um estímulo relacionado com uma rede de conceitos; quanto mais próximo um conceito estiver do nó, mais provável é que esteja relacionado com o significado da palavra a ser analisada. Subsequentemente, estes dois estudos inspiraram muito mais investigação, que visava emular, através de programas informáticos, o funcionamento da mente individual quando se utiliza a linguagem.

Após Tulving (152), a técnica das redes semânticas deriva também dos estudos da memória a longo prazo no campo da psicologia cognitiva. Este autor deu uma ênfase preponderante ao estudo dos processos cognitivos e à forma como a informação aprendida é estruturada.

Estas redes semânticas, também chamadas redes de significados, eram os pensamentos que as pessoas fazem de qualquer objeto no seu ambiente. Através deste conhecimento, torna-se viável conhecer a gama de significados, expressos através da linguagem quotidiana, que cada objeto, processo ou evento conhecido tem (153).

Um aspeto importante a considerar na elaboração de uma rede semântica é reconhecer que quanto mais palavras a rede adquire, mais amplo se torna o significado de um conceito. Por outro lado, conceitos cujas redes semânticas são demasiado pequenas são considerados conceitos sem sentido (154).

Assim, as redes semânticas tornaram-se uma forma de abordar o estudo dos significados. Contudo, estes significados não permanecem estáticos ao longo da vida, pois são dinâmicos; suscetíveis de mudança; podem ser modificados por processos de identidade e aculturação, que permitem ao indivíduo um ajustamento diferencial ao novo grupo de pertença, a um novo ambiente onde se está a desenvolver, a novos processos de experiências ou ao mesmo grupo com novos referentes sociais (155). Estas redes geram um meio empírico de acesso à organização cognitiva do conhecimento, fornecendo dados sobre a organização interna e a interpretação dos significantes.

Depois em 1981 Figueroa, González e Solís (156) afirmaram que a criação de uma rede semântica é uma construção do conjunto de conceitos escolhidos pela memória através de um processo reconstrutivo; ou seja, esta rede é dada pela natureza dos processos de memória escolhidos pelos sujeitos da amostra (157). Contudo, esta rede não se deve exclusivamente a ligações associativas, mas é dada por um processo de organização da memória, onde a seleção dos elementos da rede não se baseia na força da associação, mas sim, no tipo e propriedades de tais elementos. Estes autores especificaram a técnica pedindo aos sujeitos de teste que definissem uma palavra de estímulo a estudar, com um mínimo de cinco palavras livres, que poderiam ser substantivos, pronomes, substantivos, adjetivos, verbos, sem utilizar preposições, conjunções, artigos ou qualquer outra partícula gramatical. Subsequentemente, foi-lhes pedido que classificassem cada uma destas palavras definidoras de acordo com a ordem de importância que cada uma delas tinha em relação à palavra de estímulo. Para tal, atribuíram o número um à palavra que melhor definia a palavra de estímulo, o número dois à palavra que a seguia, e assim por diante até terem terminado de classificar todas as palavras que escreveram (158).

Esta organização semântica gera e obtém novos componentes com base nos conhecimentos gerais da pessoa. Assim, o conhecimento adquirido junta-se para enriquecer a estrutura atual, e a memória, como processo de reconstrução, extrai a informação necessária para formar a rede semântica. Do mesmo modo, o processo de recombinação dos elementos adquiridos gera uma inter-relação complexa de acontecimentos (157), dando origem ao significado que se procura.

Outra contribuição importante para o conhecimento das redes semânticas foi graças a Reyes (159), que definiu as redes semânticas como o grupo de elementos selecionados pela memória através de um processo reconstrutivo que permite a avaliação subjetiva de temas ou estímulos e resulta em significado psicológico. Esta técnica baseia-se na dedução de que existe uma organização interna da informação em memória, sob a forma de uma rede onde as palavras formam relações que, em conjunto, conferem significado (160).

Em 2006, Navarro e Garrido (161) mencionaram que as redes semânticas permitiam obter informações sobre as concepções e percepções que as pessoas têm em relação ao objeto de estudo, sendo uma técnica baseada na forma de apresentação de conhecimentos baseada em relações.

Finalmente, podemos mencionar que, para estudar redes semânticas com maior profundidade, podemos fazê-lo através de:

- a) Redes artificiais, onde o avaliador apresenta uma lista de palavras para que os avaliados possam definir um tema de estímulo, devendo depois escolher as que melhor o definem e avaliar cada uma delas a fim de estabelecer hierarquias. Contudo, a sua natureza racionalista, no sentido de se basear em grande parte em pressupostos e na utilização de estruturas artificiais, gera uma limitação quando se trata de extrapolar os dados obtidos para indivíduos (28);
- b) Redes semânticas naturais, que consistem em gerar conceitos sobre uma palavra ou tópico de estímulo, cujo significado deve ser investigado. A grande diferença é que, nesta versão do estudo, em vez de apresentar uma lista de palavras previamente escolhidas pelo avaliador, é exclusivamente a pessoa avaliada que define e associa os conceitos na sua totalidade, e depois lhes atribui um valor, de acordo com uma categorização pessoal (162).

2.4.2 Redes Semânticas Naturais

As Redes Semânticas Naturais (RSN) são consideradas uma técnica de investigação híbrida (qualitativa quantitativa), que nos permite ter uma ideia clara da representação da informação na memória, que se refere precisamente ao significado de um conceito particular (28) ou qualquer tópico socialmente construído, como a promoção da saúde.

A necessidade de abordar o estudo do significado diretamente no ser humano e não apenas através da aplicação de modelos de computador surgiu graças às RSN. Procura-se explicar o problema das relações que existem entre os nós conceptuais que determinam a estrutura básica da rede, considerando que o significado é uma componente fundamental do armazenamento de memória a longo prazo, o que implica um processo de natureza reconstrutiva e dinâmica que se baseia no conhecimento e nas relações entre conceitos que se expressam simbolicamente através da linguagem.

Estas RSN foram propostas em 1981 (163), através de estudos que dispensaram o uso de simuladores, obtendo acesso a redes semânticas geradas exclusivamente pelas próprias pessoas, razão pela qual foram chamadas naturais, e o que antes era o resultado de uma construção artificial tornou-se o resultado das respostas diretas dos indivíduos. Estes autores abordaram estruturas geradas por pessoas que tinham experimentado o fenómeno ou conceito a estudar, partindo de um conceito central (nó). Desta forma, foi produzida uma lista de palavras definidoras, às quais foi atribuído um peso semântico de acordo com a sua importância na definição do conceito (159). Esta técnica permitiu recuperar tanto um modelo individual como um modelo de grupo, uma vez que é possível obter a rede semântica de um indivíduo ou de um grupo de pessoas (164). Além disso, com os RSN foi possível explorar, através da linguagem, a informação organizada que as pessoas possuem, criando conhecimentos que alimentam opiniões, motivos, atitudes e comportamentos (165).

Se se pretende obter uma RSN, é inevitável ter em conta uma série de noções iniciais para compreender e poder aplicá-lo (166): Em primeiro lugar, deve haver alguma organização interna da informação contida na memória a longo prazo de uma pessoa, que é a existência de um conjunto de palavras que compõem o significado de um conceito e depois, numa segunda fase, considerar o conceito de distância semântica, a partir do qual os elementos que compõem a rede devem ser compreendidos. Esta distância destina-se a medir a posição em que se encontram os elementos ou conceitos que compõem o agrupamento, uma vez que nem todos os conceitos obtidos como definidores serão igualmente importantes para a definição do conceito. A considerar estas duas premissas teóricas, a aplicação de instruções para elaborar uma RSN pode começar.

O ponto mais relevante da aplicação de uma RSN é que as taxonomias obtidas são geradas diretamente na memória semântica da pessoa, e os valores dados são graças a uma escala completamente pessoal de valores e percepções. Quando lhes é pedido

para mencionar diferentes palavras que definem o conceito ou fenómeno em estudo (palavra de estímulo), as pessoas recorrem à sua memória, selecionando aquelas que assumem ser mais semelhantes. Esta escolha é o resultado de um processo subjetivo de representação do mundo, em particular a palavra de estímulo. Assim, a mediação do investigador limita-se ao estímulo, uma vez que ele não intervém na procura e seleção das palavras com as quais as pessoas definem o conceito. As RSN são assim reconhecidas como uma das técnicas mais poderosas para avaliar o significado dos conceitos, em comparação com a técnica das associações livres e o diferencial semântico (28).

2.4.3 Utilização comum das Redes Semânticas Naturais

As RSN são atualmente uma das poucas alternativas de fácil aplicação para avaliar aspetos complexos das pessoas (167). A sua utilização tem o propósito fundamental de abordar o estudo do significado de uma forma natural, diretamente com os indivíduos, evitando o uso de taxonomias artificiais, criadas por investigadores para explicar a organização da informação ao nível da memória semântica, tentando assim consolidar-se como uma das abordagens mais sólidas ao estudo do significado psicológico, e com isto, ao estudo do conhecimento" (28).

Em 2005, Vera, Pimentel e Batista (155) propuseram a utilização das RSN quando houvesse dúvidas ou falta de conhecimento sobre o significado de uma comunidade sobre um objeto ou evento. Isto deveu-se à sua heterogeneidade, porque observações anteriores revelaram conceitos controversos ou porque a pesquisa generalizou noções em relação a esse objeto de estudo. Estes autores também mencionaram que a utilização das RSN gerou três grandes contribuições para o conhecimento científico e social:

- 1) Avaliar o conhecimento prévio das pessoas sobre o conceito a ser avaliado, as suas competências académicas, processos de autorregulação, capacidade de processamento, conhecimento seletivo e experiência com tarefas específicas.
- 2) Utilizar a informação para tomar decisões sobre ensino, organização do conteúdo programado, seleção de informação e implementação de estratégias de aprendizagem.
- 3) Avaliar a evolução dos conceitos, a sua estrutura e hierarquia durante o curso da vida.

Do mesmo modo, a utilidade das RSN como recurso metodológico e técnico para explorar o significado foi evidenciada quando foi possível obter diferentes valores de associações semânticas em vários conceitos de estudo, formação de categorias e construção de mapas de conceitos (168).

3. Parte Prática: Trabalho de campo

3.1 Objetivos da investigação

3.1.1 Objetivo Geral:

- Identificar as representações sociais do conceito de Promoção da Saúde, por meio da metodologia das Redes Semânticas Naturais (RSN), em três grupos chave e compará-las entre si.

3.1. 2 Objetivos Específicos:

- Identificar os significados do termo Promoção da Saúde através das RSN proposta para três grupos; a) *Encargados de Promocion* b) *Directores y Directoras de DESAM* c) *Integrantes de la Mesa EEPS*
- Analisar a similaridade da estrutura das redes semânticas naturais dos três grupos estudados.
- Descrever as diferenças entre as redes semânticas naturais entre os três grupos estudados.

3.2 Metodologia de Investigação

3.2.1 Caracterização do estudo

A presente investigação utilizou um desenho fenomenológico qualitativo, empregando um instrumento que utiliza uma análise descritiva transversal qualitativa e quantitativa. O desenho é fenomenológico qualitativo, uma vez que está orientado para os significados pessoais dos participantes, em relação às suas experiências e interpretações que geram uma representação social da Promoção da Saúde (169; 170). Do mesmo modo, o instrumento faz uma análise quantitativa descritiva, uma vez que procura descrever vários aspetos da representação da promoção da saúde, elaborando um desenho deste fenómeno estudado, sem tentar estabelecer qualquer relação causal ao longo do tempo com qualquer outro fenómeno ou fator de incidência na geração de respostas (171). Finalmente, o estudo é definido como transversal, dado que recolhe dados num único momento durante o processo de investigação (172).

3.2.2 Caracterização da amostra

A população alvo deste estudo são os profissionais envolvidos nos processos de tomada de decisão e execução em promoção de saúde na região de Los Rios, Chile. Esta população conta com membros dos seguintes 3 níveis operacionais e organiza-se no território entre 12 cidades pertencentes administrativamente à região.

A amostra total constará de profissionais das 12 cidades que pertencem administrativamente à região de Los Rios no Chile. Homens e mulheres com mais de 18 anos. A amostra foi composta e com participação voluntária de três grupos para a sua análise (Tabela 1):

- 1) Pessoas encarregadas dos Planos Comunitários de Promoção da Saúde da região.
- 2) Chefes dos Departamentos Municipais de Saúde da região.
- 3) Membros da Mesa Regional Intersectorial de Estabelecimentos Educacionais Promotores da Saúde

Grupos de investigação	População total	Amostra: Questionários respondidos	Percentagem de resposta	Distribuição do género
1. Encargados de Promoção	12	11	91,6%	Homens: 3 (27,2%) Mulheres: 8 (72,7%)
2. Directores de DESAM	12	8	66,6%	Homens: 4 (50%) Mulheres: 4 (50%)
3. Integrantes da Mesa EEPS	13	12	92,3%	Homens: 3 (25%) Mulheres: 9 (75%)
Total	37	31	83,7%	Homens: 10 (32,2%) Mulheres: 21 (67,7%)

Tabela 1. Distribuição da amostra por grupo de investigação, taxa de resposta e distribuição por género.

3.2.3 Instrumento de recolha de dados: O questionário das RSN sobre Promoção da saúde

As RSN foram utilizadas para analisar os resultados obtidos no trabalho empírico, uma vez que é cientificamente considerada uma técnica de investigação muito poderosa para a organização, compreensão e análise de conceitos (173), tais como a Promoção da Saúde. Devido a isto, é considerada uma metodologia ideal quando é necessário um estudo exploratório e não estruturado numa investigação.

A elaboração do instrumento implicou a realização de um exercício de operacionalização de variáveis que serviriam de base para gerar uma estratégia metodológica destinada a caracterizar as representações sociais das pessoas avaliadas sobre a promoção da saúde.

A fim de explorar e analisar os significados que os avaliados têm e constroem sobre a promoção da saúde, o questionário RSN foi concebido tendo em mente o seguinte:

1) Uma frase estímulo: Promoção da Saúde

2) As seguintes instruções:

- a) Definir com a maior precisão possível a frase estímulo Promoção da Saúde, utilizando um mínimo de 5 palavras definidoras que considerem relacionados com este conceito. Podiam ser verbos, advérbios, substantivos, adjetivos, pronomes. Dentro do possível sem utilizar artigos, preposições ou qualquer outra partícula gramatical sem o seu próprio significado. É importante mencionar que antes de iniciar este questionário, foram apresentados diferentes exemplos que foram úteis para assegurar que as pessoas compreenderam corretamente as instruções, bem como para verificar que as dúvidas e erros não apareceram nas respostas finais. As palavras escritas serão todas aquelas que provêm de uma associação mental livre por parte do povo, e devemos evitar criar pensamentos estruturados e reflexivos a partir das respostas. Isto transformaria a investigação numa busca de definições conceptuais, o que não é útil quando se investiga o significado de um conceito para um grupo social.
- b) Uma vez escritas as palavras definidoras, é-lhes pedido que as classifiquem de acordo com a importância que cada uma delas tem em relação à palavra

Promoção da Saúde. Desta forma, é-lhes pedido que atribuam o número um ao mais importante relacionado ou aquele que melhor define a palavra estímulo, o número dois ao mais importante seguinte, o número três ao seguinte e assim sucessivamente até que todas as palavras que deram como palavras definidoras tenham sido classificadas.

Segundo o estudo de Denegri et al. (174), a técnica das RSN permite o acesso empírico à organização cognitiva do conhecimento e à interpretação subjetiva que a pessoa faz das palavras, estímulos ou significantes. Valdez (28), validou esta técnica com base na análise de fatores e correlações com outras escalas de investigação.

O questionário foi concebido para ser aplicado anonimamente, sem que fossem registados quaisquer dados pessoais ou classificados, com a intenção de que os avaliados pudessem responder com total liberdade e confiança, assegurando que as suas respostas refletissem o mais fielmente possível a representação que têm dos itens incluídos no instrumento de avaliação.

A aplicação deste instrumento foi realizada por correio eletrónico, dada a distância territorial entre o avaliador e os grupos avaliados. No entanto, para cada pessoa, houve um tempo pessoal para a aplicação do questionário. Este tempo consistiu em conselhos pessoais sobre quaisquer dúvidas que pudessem surgir ao gerar as respostas, para o posterior envio do ficheiro. O tempo para a aplicação do instrumento em cada pessoa avaliada durou entre quinze e vinte minutos.

O processamento e sistematização da informação foi realizado numa base de dados Excel 2016, na qual foram registadas as palavras que os grupos associados à Promoção da Saúde.

Após a captura da informação, procedemos à atribuição do valor que correspondia a cada palavra associada, de acordo com o lugar dado por cada pessoa. Para este fim, foi utilizada uma escala, onde o valor mais alto: 10, foi para as palavras que os avaliados identificaram como mais importantes e o valor mais baixo: 6, para os menos importantes, como se mostra na tabela seguinte:

Grau de importância das palavras definidoras	Valor ou pontuação
1º Lugar	10 pontos
2º Lugar	9 pontos
3º Lugar	8 pontos
4º Lugar	7 pontos
5º Lugar	6 pontos

Tabela 2. Valores associados à classificação da ordem das respostas para a elaboração da RSN

Reconhecemos que esta técnica de obtenção de dados tem origens associacionistas, contudo, os resultados de diferentes estudos publicados mostraram que não se trata apenas de associações livres de conceitos. Contudo, os resultados de diferentes estudos publicados demonstraram que não se trata apenas de associações livres de conceitos, dado que, ao solicitar o julgamento de cada pessoa para atribuir a hierarquia a cada uma das palavras que deu como definição da palavra de estímulo, o que se obtém é precisamente uma rede semântica, entendida como o conjunto de conceitos selecionados pelos processos de reconstrução da memória, considerando que esta seleção não é uma simples associação, uma vez que é determinada pelas classes e propriedades dos elementos que a compõem (175).

O processamento e sistematização da informação foi realizado numa base de dados do programa Excel 2016, na qual foram registadas as palavras que os grupos associados à Promoção da Saúde.

A partir dos resultados obtidos, foi feita uma inferência para a análise dos dados e a descrição dos resultados, que foram depois apresentados por meio de tabelas e gráficos feitos no mesmo programa informático.

3.2.4. Valores obtidos graças à aplicação das RSN:

Para análise de dados e segundo o procedimento de Reyes (159), Valdez (28) e Mercado et al. (176) graças à aplicação de uma RSN, obteremos os seguintes valores:

a) Valor J ou Índice de riqueza semântica: é o número total de palavras definidoras na rede de cada grupo e representa a riqueza do conhecimento. É obtido pela simples soma do número total de palavras definidoras que foram geradas pelos sujeitos para definir cada uma das palavras-frases de estímulo em questão.

b) Valor M ou peso semântico: é o produto da frequência de um nó pelo seu valor semântico, (atribuído numa escala de 6 a 10). Representa o significado dos conceitos expressos em cada grupo.

c) Conjunto SAM (Semantic Association Memory): são os conceitos (geralmente 10-15) com o maior peso semântico (M). Indica os definidores fundamentais na rede de um grupo.

d) Valor DSC (distância semântica quantitativa): representa em termos de percentagens a distância semântica entre as diferentes palavras definidoras que compõem o conjunto SAM. É a pontuação expressa em percentagens dos dez com o peso semântico mais elevado, (ao definidor com o peso semântico mais elevado é atribuído 100 por cento). É obtido através de uma regra simples de três, partindo da palavra definidora com o valor M mais alto da rede, que representa 100%. A palavra definidora com o valor M mais elevado representa o 100% e é chamada núcleo. Após o núcleo, entre 99% e 79% são os atributos essenciais; entre 78% e 58% os atributos secundários; entre 57% e 37% os atributos periféricos; e de 36% para baixo, os significados são pessoais. As percentagens indicam o grau de concordância entre os sujeitos sobre a mesma palavra e o peso semântico que lhe foi dado.

e) Frequência: O número de vezes que cada palavra definidora foi categorizada em cada uma das pontuações.

f) Valor G ou densidade da RSN: Ou seja, quão próximos ou afastados estão os valores M de cada um dos conjuntos SAM. É obtido através da diferença entre o valor M mais baixo e o mais alto e dividido pelo número de subtrações realizadas. Quando os valores são altos indica que existe uma baixa densidade semanticamente falando e quando são baixos a densidade é alta, ou seja, que os dados estão muito próximos uns dos outros no que diz respeito aos seus valores M.

g) Valor Q ou consenso de grupo: este é o grau de relação em posição e tipo de nó entre dois ou mais grupos e indica a semelhança em organização e conteúdo semântico entre os grupos. Para esta análise, o conjunto SAM do grupo Encargados de Promoción foi considerado como uma referência para a ordem em que as palavras definidoras deveriam ser dispostas, e foi comparado com os conjuntos SAM das RSN dos grupos de Directores de DESAM e Integrantes da Mesa EEPS. Se estes grupos estivessem

correctos na classificação das palavras definidoras na mesma ordem que o conjunto SAM do grupo de Encargados de Promoción, foram atribuídos 10 pontos e para cada lugar que se encontrava mais longe, foi subtraído um ponto. Os pontos obtidos em relação às semelhanças e diferenças são depois somados para calcular a percentagem em relação à pontuação máxima possível de 100. Também é possível obter o consenso entre as palavras definidoras geradas num pré e pós-teste do mesmo grupo avaliado.

O grupo de Encargados de Promoción foi considerado como um grupo de comparação, uma vez que os profissionais deste grupo são os que realizam diariamente acções de Promoção da Saúde, concebem os planos municipais de cada cidade, realizam diagnósticos para responder às necessidades e são os que vivem diariamente com a população alvo nos territórios. Portanto, são eles que estão plenamente conscientes do panorama local da Promoção da Saúde, de um ponto de vista bio-psico-social, administrativo e técnico.

Ao obter estes diferentes valores, será possível descrever quais são as representações sociais de cada rede semântica de Promoção da Saúde, com base nos dados gerados para cada um dos grupos avaliados. Será então possível optar por estudar as diferenças na rede semântica de cada tema em relação à do grupo, as diferenças entre as redes de vários grupos de pessoas, bem como com a de um ou vários peritos (177), em função do objetivo do estudo.

3.3 Resultados da Investigação

Através dos dados obtidos sobre o número de palavras que definem o estímulo "Promoção da Saúde", observa-se que, para o grupo de Encargados de Promoción, o tamanho do valor da RSN ou valor J foi de 41 palavras geradas a partir deste estímulo a ser investigado.

Os conceitos com maior peso semântico e portanto mais próximos do significado de Promoção da Saúde, de acordo com este grupo foram: primeiro o núcleo da rede Intersectorialidade (M: 34, DSC: 100%); depois como atributo chave Educação (M: 33; DSC: 97%); como atributo secundário Hábitos (M: 24; DSC: 70,5%); para finalmente mencionar os atributos periféricos de Constância (M: 19; DSC: 55,8%), Financiamento (M: 17; DSC: 50%), Comunidade (M: 16; DSC: 47%), Territorialidade (M: 16; DSC: 47%) e Recursos Humanos (M: 13; DSC: 38,2%). Por outro lado, os conceitos com o menor peso semântico neste mesmo grupo foram Ferramentas, Infraestruturas, Periodização, Prevenção, Profissionalismo, todos com um valor de M: 6 e um DSC: 17,6%. (Tabela 3)

	Palavras definidoras	Valor M	DSC	Frequência	Valor G
Conjunto SAM	Intersectorialidade	34	100%	4	
	Educação	33	97%	4	1
	Hábitos	24	70,5%	3	9
	Constância	19	55,8%	2	5
	Financiamento	17	50%	2	2
	Comunitária	16	47%	2	1
	Territorialidade	16	47%	2	0
	RRHH	13	38,2%	2	3
	Irrelevante	12	35,2%	2	1
	Transversal	10	29,4%	1	2
	Bem-estar	10	29,4%	1	
	Capacidades	10	29,4%	1	
	Determinantes Sociais	10	29,4%	1	
	Empoderamento	10	29,4%	1	
	Necessária	10	29,4%	1	
	Políticas públicas	10	29,4%	1	

	Saudável	10	29,4%	1	
	Social	10	29,4%	1	
	Criativa	9	26,4%	1	
	Desorganizada	9	26,4%	1	
	Enfoque	9	26,4%	1	
	Governança sanitária	9	26,4%	1	
	Qualidade de vida	8	23,5%	1	
	Infravalorada	8	23,5%	1	
	Modelo	8	23,5%	1	
	Participação	8	23,5%	1	
	Socioecológica	8	23,5%	1	
	Acessibilidade	7	20,5%	1	
	Atividade física	7	20,5%	1	
	Subfinanciada	7	20,5%	1	
	Divertida	7	20,5%	1	
	Motivação	7	20,5%	1	
	RRSS	7	20,5%	1	
	Ações	6	17,6%	1	
	Espaços públicos	6	17,6%	1	
	Gratuidade	6	17,6%	1	
	Ferramentas	6	17,6%	1	
	Infraestrutura	6	17,6%	1	
	Periodização	6	17,6%	1	
	Prevenção	6	17,6%	1	
	Profissionalismo	6	17,6%	1	
Valor J: 41 palavras Valor G: 2,6					

Tabela 3. Conjunto conceptual da RSN do grupo Encargados de Promoción; conjunto SAM; valor M; valor DSC; a Freqüência de resposta; valor J; e valor G.



Gráfico 1. Conjunto SAM da RSN do grupo *Encargados de Promoción*.

Uma segunda análise mostra o número de palavras que definem o estímulo "Promoção da Saúde" para o grupo de *Directores de DESAM*, onde o tamanho do RSN ou valor J foi de 35 palavras geradas a partir deste estímulo a ser investigado.

Os conceitos com maior peso semântico e portanto mais próximos do significado de Promoção da Saúde, de acordo com este grupo foram: primeiro os núcleos da rede Custo/Benefício (M: 20, DSC: 100%) e Participação (M: 20; DSC: 100%); depois os atributos chave dos Determinantes Sociais (M. 17, DSC: 85%); depois os atributos chave dos Determinantes Sociais (M. 17, DSC: 85%); depois os atributos chave dos Determinantes Sociais (M. 17, DSC: 85%); 17, DSC: 85%), Acessibilidade (M: 16, DSC: 80%) e Intersectorialidade (M: 16, DSC: 80%); não se observam atributos secundários; para finalmente mencionar alguns atributos periféricos tais como Comunidade, Financiamento, Prevenção e Progresso (todos com M: 10, DSC: 50%). Por outro lado, os conceitos com o menor peso semântico neste mesmo grupo eram Crianças e adolescentes, Relevante, Territorialidade, Transversal e Avaliação, todos com M: 6 e DSC: 30%. (Tabela 4)

	Palavras definidoras	Valor M	DSC	Frequência	Valor G
	Custo / Benefício	20	100%	2	
	Participação	20	100%	2	0
	Determinantes Sociais	17	85%	2	3

Conjunto SAM	Acessibilidade	16	80%	2	1
	Intersectorialidade	16	80%	2	0
	Comunitária	10	50%	1	6
	Financiamento	10	50%	1	0
	Prevenção	10	50%	1	0
	Progresso	10	50%	1	0
	Agentes de saúde	9	45%	1	1
	Desportos	9	45%	1	
	Pandémica	9	45%	1	
	Políticas públicas	9	45%	1	
	Prioridade	9	45%	1	
	RRHH	9	45%	1	
	Centralista	8	40%	1	
	Comunicação	8	40%	1	
	Convénio	8	40%	1	
	Perfectível	8	40%	1	
	Redes	8	40%	1	
	Advocacia	7	35%	1	
	Mudanças	7	35%	1	
	Cobertura	7	35%	1	
	Divertida	7	35%	1	
	Importância	7	35%	1	
	Saudável	7	35%	1	
	Soberania	7	35%	1	
	Descentralização	6	30%	1	
	Educação	6	30%	1	
	Infravalorada	6	30%	1	
	Crianças	6	30%	1	
	Relevante	6	30%	1	
	Territorialidade	6	30%	1	
	Transversal	6	30%	1	
	Valoração	6	30%	1	
Valor J: 35 palavras					
Valor G: 1,2					

Tabela 4. Conjunto de conceitos da RSN do grupo de Directores de DESAM; o valor M; o valor

DSC; a Frequência das respostas; o valor J; e o valor G.



Gráfico 2. Conjunto SAM da RSN do grupo Directores de Departamentos de Salud Municipal

Numa análise final dos dados, pode-se ver que o número de palavras que definem o estímulo "Promoção da Saúde", para o grupo Integrantes da Mesa EEPS, o tamanho da RSN foi de 46 palavras geradas a partir deste estímulo a ser investigado.

Os conceitos com maior peso semântico e, portanto, mais próximos do significado de Promoção da Saúde, de acordo com este grupo, foram: primeiro, o núcleo da rede Acessibilidade (M: 34, DSC: 100%); não há presença de atributos-chave; depois, os atributos secundários Comunidade (M: 34, DSC: 100%); 25, DSC: 73,5%) e Equidade (M: 24, DSC: 70,5%); para finalmente mencionar alguns atributos periféricos Hábitos (M: 19, DSC: 55,8%), Prevenção (M: 19, DSC: 55,8%), Multidisciplinar (M: 17, DSC: 50%), Educação (M: 15, DSC: 44,1%), Comunicação (M: 14, DSC: 41,1%) e Participação (M: 13, DSC: 38,2%). Por outro lado, os conceitos com o menor peso semântico neste mesmo grupo eram Ineficazes, Periodização, Políticas Públicas, Recreação, Transformação, todos com um valor de M: 6 e DSC: 17,6%. (Tabela 5)

	Palavras definidoras	Valor M	DSC	Frequência	Valor G
	Acessibilidade	34	100%	4	
	Comunitária	25	73,5%	3	9

Conjunto SAM	Equidade	24	70,5%	3	1
	Hábitos	19	55,8%	2	5
	Prevenção	19	55,8%	2	0
	Multidisciplinar	17	50%	2	2
	Educação	15	44,1%	2	2
	Comunicação	14	41,1%	2	1
	Participação	13	38,2%	2	1
	Intersectorialidade	12	35,2%	2	1
Qualidade de vida					
	Qualidade de vida	10	29,4%	1	
	Difusão	10	29,4%	1	
	Efetividade	10	29,4%	1	
	Inefetiva	10	29,4%	1	
	Organização	10	29,4%	1	
	Saúde mental	10	29,4%	1	
	Socio emocional	10	29,4%	1	
	Atividade física	9	26,4%	1	
	Associatividade	9	26,4%	1	
	Desperdício	9	26,4%	1	
	Estatual	9	26,4%	1	
	Evidencia científica	9	26,4%	1	
	Gratuita	9	26,4%	1	
	Integral	9	26,4%	1	
	Transversal	9	26,4%	1	
	Alimentação	8	23,5%	1	
	Assistencialista	8	23,5%	1	
	Biomédica	8	23,5%	1	
	Desfocada	8	23,5%	1	
	Inovação	8	23,5%	1	
	Oportuna	8	23,5%	1	
	Redes	8	23,5%	1	
	Custo / Benefício	7	20,5%	1	
	Ambientes	7	20,5%	1	
	Mediática	7	20,5%	1	
	Prescrição	7	20,5%	1	
	Tradicional	7	20,5%	1	
	Cobertura	6	17,6%	1	

	Confiável	6	17,6%	1	
	Custosa	6	17,6%	1	
	Infravalorada	6	17,6%	1	
	Ineficaz	6	17,6%	1	
	Periodização	6	17,6%	1	
	Políticas publicas	6	17,6%	1	
	Recreação	6	17,6%	1	
	Transformação	6	17,6%	1	
	Valor J: 46 palavras				
	Valor G: 2,4				

Tabela 5. Conjunto de conceitos da RSN do grupo de Profissionais Mesa EEPS; o valor M; o valor DSC; a Frequência das respostas; o valor J; e o valor G.

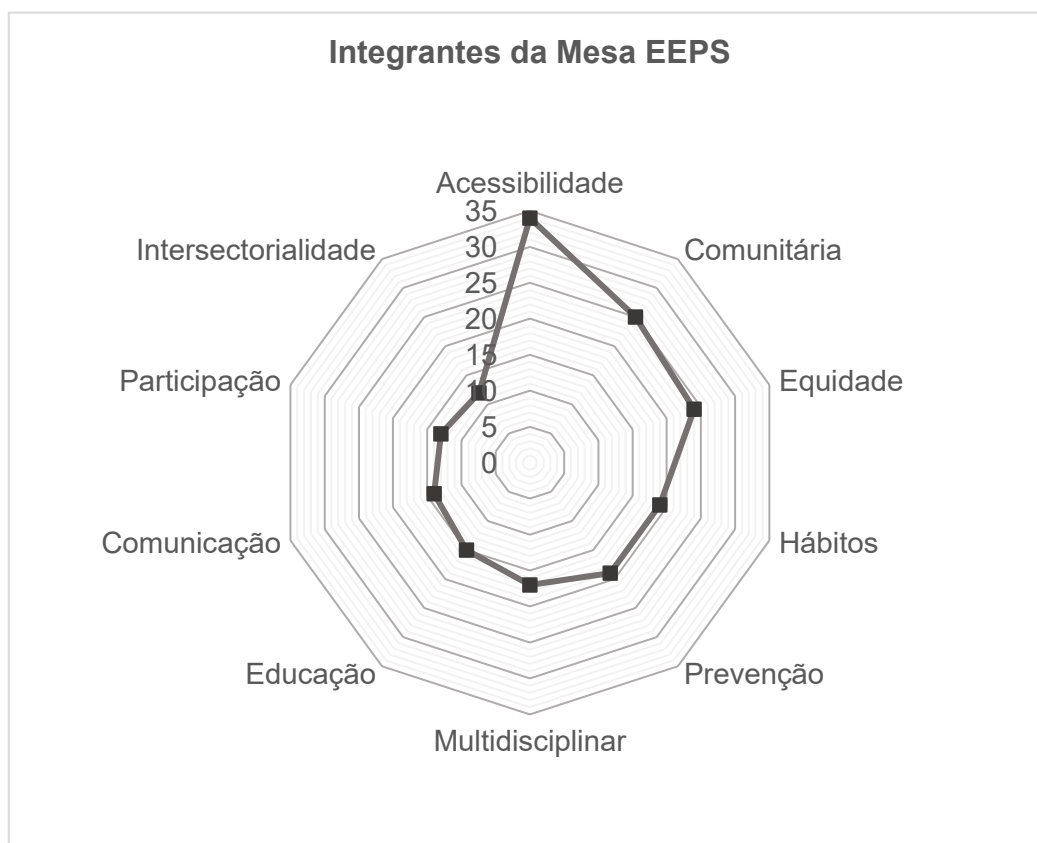


Gráfico 3. Conjunto SAM da RSN do grupo Integrantes Mesa EEPS.

Do mesmo modo, um dos objetivos desta investigação é comparar entre grupos o significado dado à Promoção da Saúde, através da técnica das RSN. Para este efeito, o valor J ou Índice de Riqueza Semântica foi comparado entre grupos, bem como o grau de dispersão da estrutura de conhecimento expressa nas RSN, através do valor G. De acordo com estes valores, verificou-se que os membros do grupo Integrantes da Mesa

EEPS foram os que geraram o valor J mais elevado: 46 palavras, seguidos pelo grupo Encargados de Promoción Valor J: 41 palavras e finalmente o grupo de Directores de DESAM com valor J: 35 palavras (Tabela 6). Contudo, é o grupo de Directores de DESAM que mantém a maior percentagem de riqueza semântica em relação ao valor máximo de palavras que poderia ter sido gerado como grupo de acordo com a amostra de investigação (87,5% - 35 de 40 palavras); em segundo lugar está o grupo Integrantes da Mesa EEPS (76,6% - 46 de 60 palavras); e finalmente o grupo de Encargados de Promoción (74,5% - 41 de 55 palavras).

Por outro lado, o grupo de Directores de DESAM tem uma estrutura de conhecimento mais compacta (G: 1.3), enquanto o grupo Mesa EEPS tem uma estrutura de conhecimento mais dispersa do que o grupo anterior (G: 2.4), para finalmente observar que o grupo de Encargados de Promoción é o que tem o maior valor de dispersão (G: 2.6) (Tabela 6). No entanto, todos estes valores de dispersão apresentados pelos grupos são valores baixos, o que mostra que a disparidade de valores associados às respostas dos conjuntos SAM não é muito distante.

Por outro lado, a semelhança nas estruturas das RSN em relação aos conjuntos SAM de Encargados de Promoção e Directores DESAM foi baixa Q: 24, com apenas três palavras coincidindo em ambas as redes: Comunidade, Financiamento e Intersectorialidade (Tabela 7). Ao analisar a semelhança na estrutura dos RSN entre Encargados de Promocion e Integrantes da Mesa EEPS, o nível de semelhança entre redes foi ainda mais baixo, uma vez que neste caso o valor Q era 21 e as palavras que coincidiram foram Comunidade, Educação, Intersectorialidade e Hábitos (Tabela 8), tendo em conta que a pontuação máxima Q poderia ter sido 100. Através destas análises, podemos observar que existe uma baixa semelhança de respostas para se poder definir o conceito de Promoção da Saúde entre estes grupos, uma vez que em ambos os valores Q os resultados não atingem um quarto da pontuação máxima de igualdade que poderia ser gerada.

Grupo de investigação	Valor J	Valor G	Valor Q
Encargados de Promoción	41	2,6	-
Directores de DESAM	35	1,3	24
Integrantes Mesa EEPS	46	2,4	21

Tabela 6. Valor J, Valor G e Valor Q dos três grupos a investigar.

Grupo: Encargados	Palavras definidoras	M	DSC	Grupo: Directores DESAM	Palavras definidoras	M	DSC	Q
Conjunto SAM	Intersectorialidade	34	100%	Conjunto SAM	Custo / Benefício	20	100%	0
	Educação	33	97%		Participação	20	100%	0
	Hábitos	24	70,50%		Determinantes Sociais	17	85%	0
	Constância	19	55,80%		Acessibilidade	16	80%	0
	Financiamento	17	50%		Intersectorialidade	16	80%	6
	Comunitária	16	47%		Comunitária	10	50%	10
	Territorialidade	16	47%		Financiamento	10	50%	8
	RRHH	13	38,20%		Prevenção	10	50%	0
	Irrelevante	12	35,20%		Progresso	10	50%	0
	Transversal	10	29,40%		Agentes de saúde	9	45%	0
Valor Q total: 24								

Tabela 7. Tabela comparativa entre Grupo Encargados de Promocion e Grupo Directores de DESAM.

Grupo: Encargados	Palavras definidoras	M	DSC	Grupo: Mesa EEPS	Palavras definidoras	M	DSC	Q
Conjunto SAM	Intersectorialidade	34	100%	Conjunto SAM	Acessibilidade	20	100%	0
	Educação	33	97%		Comunitária	20	100%	6
	Hábitos	24	70,50%		Equidade	17	85%	0
	Constância	19	55,80%		Hábitos	16	80%	9
	Financiamento	17	50%		Prevenção	16	80%	0
	Comunitária	16	47%		Multidisciplinar	10	50%	0
	Territorialidade	16	47%		Educação	10	50%	5
	RRHH	13	38,20%		Comunicação	10	50%	0
	Irrelevante	12	35,20%		Participação	10	50%	0
	Transversal	10	29,40%		Intersectorialidade	9	45%	1
Valor Q total: 21								

Tabela 8. Tabela comparativa entre Grupo Encargados de Promocion e Grupo Integrantes da Mesa EEPS.

Do mesmo modo, um ponto de comparação nesta investigação é quando se analisa os conjuntos SAM de cada um dos grupos. Pode-se ver que as duas únicas palavras definidoras que estavam presentes em cada um dos três conjuntos SAM eram

Comunidade e Intersectorialidade. Por outro lado, a palavra definidora Financiamento foi partilhada apenas pelos grupos Encargados de Promoción e Directores DESAM; as palavras Educação e Hábitos foram partilhadas entre Encargados de Promoción e Mesa EEPS; e finalmente, pode ser observado que as palavras Acessibilidade, Participação e Prevenção estavam presentes nos grupos Directores DESAM e Mesa EEPS. (Tabela 9)

Tabela 9. Comparação dos conjuntos SAM das RSN dos três grupos avaliados

<i>Grupo: Encargados</i>	Palavras definidoras	Valor M	DSC	<i>Grupo: Directores DESAM</i>	Palavras definidoras	Valor M	DSC	<i>Grupo: Mesa EEPS</i>	Palavras definidoras	Valor M	DSC
Conjunto SAM	Intersectorialidade	34	100%	Conjunto SAM	Custo / Benefício	20	100%	Conjunto SAM	Acessibilidade	34	100%
	Educação	33	97%		Participação	20	100%		Comunitária	25	73,50%
	Hábitos	24	70,50%		Determinantes Sociais	17	85%		Equidade	24	70,50%
	Constância	19	55,80%		Acessibilidade	16	80%		Hábitos	19	55,80%
	Financiamento	17	50%		Intersectorialidade	16	80%		Prevenção	19	55,80%
	Comunitária	16	47%		Comunitária	10	50%		Multidisciplinar	17	50%
	Territorialidade	16	47%		Financiamento	10	50%		Educação	15	44,10%
	RRHH	13	38,20%		Prevenção	10	50%		Comunicação	14	41,10%
	Irrelevante	12	35,20%		Progresso	10	50%		Participação	13	38,20%
	Transversal	10	29,40%		Agentes de saúde	9	45%		Intersectorialidade	12	35,20%

Fora da análise comparativa dos conjuntos SAM, dentro das semelhanças de significados, as palavras que coincidiram nas três RSN, com valores diferentes, mas presentes nos três grupos foram: Acessibilidade, Educação, Desvalorizada, Participação, Políticas Públicas, Prevenção, Transversal. Por outro lado, as palavras que estavam presentes num só grupo eram as seguintes, a começar pelas do grupo Encargados de Promoción: Ações, Bem-estar, Capacidades, Constância, Criativa, Subfinanciada, Empoderamento, Abordagem, Espaços públicos, Governança Sanitária, Ferramentas, Infraestruturas, Irrelevante, Modelo, Motivação, Necessária, Profissionalismo, RRSS e Social; do grupo de Directores de DESAM: Advocacia, Agentes de Saúde, Mudanças, Centralista, Acordo, Desportos, Descentralização, Importância, Crianças, Pandémica, Perfectíveis, Prioridade, Progresso, Relevante, Soberania e Valorização; finalmente os do grupo Membros da Mesa da EEPS: Alimentação, Assistencialista, Associatividade, Biomédica, Confiável, Custo,

Desperdício, Difusão, Eficácia, Ambientes, Equidade, Estatal, Evidência Científica, Ineficaz, Ineficiente, Inovação, Integral, Mediática, Multidisciplinar, Temporal, Organização, Prescrição, Recreação, Saúde Mental, Sócio emocional, Tradicional e Transformação (Tabela 10).

Palavras definidoras comuns nas três RSN fora dos conjuntos SAM		
Acessibilidade, Educação, Desvalorizada, Participação, Políticas Públicas, Prevenção, Transversal		
Palavras definidoras diferentes por cada RSN		
<p>Grupo Encargados:</p> <p>Ações, Bem-estar, Capacidades, Constância, Criativa, Subfinanciada, Empoderamento, Abordagem, Espaços públicos, Governança Sanitária, Ferramentas, Infraestruturas, Irrelevante, Modelo, Motivação, Necessária, Profissionalismo, RRSS e Social</p>	<p>Grupo Directores:</p> <p>Advocacia, Agentes de Saúde, Mudanças, Centralista, Acordo, Desportos, Descentralização, Importância, Crianças, Pandémica, Perfectíveis, Prioridade, Progresso, Relevante, Soberania e Valorização</p>	<p>Grupo Mesa EEPS:</p> <p>Alimentação, Assistencialista, Associatividade, Biomédica, Confiável, Custo, Desperdício, Difusão, Eficácia, Ambientes, Equidade, Estatal, Evidência Científica, Ineficaz, Ineficiente, Inovação, Integral, Mediática, Multidisciplinar, Temporal, Organização, Prescrição, Recreação, Saúde Mental, Sócio emocional, Tradicional e Transformação</p>

Tabela 10. Palavras definidoras comuns e diferentes das RSN

3.4 Discussão

É da maior importância considerar que esta investigação foi levada a cabo em território chileno. Foi construído por meio de significados gerados por profissionais que intervêm directamente nos diferentes ambientes de uma região do país. É por isso que é essencial contrastar estes resultados com as directrizes ministeriais de saúde que orientam as acções e actividades de promoção da saúde no Chile. No final de 2013, o próprio MINSAL reconheceu uma falha importante que impedia a implementação do programa de Promoção, que era a falta de clareza na definição do conceito de Promoção (7). Dado que um dos objectivos desta investigação era determinar este significado, podemos mencionar que a representação social deste conceito nos 3 grupos avaliados, não é suficientemente semelhante para definir ou unificar para uma determinada palavra ou conhecimento. Apenas 2 palavras definidoras estavam presentes nos três conjuntos SAM elaborados, que eram Intersectorialidade e Comunidade, pelo que se podia pensar que existe uma heterogeneidade de pensamento e formas de definir Promoção da Saúde, não estando tão longe do que o MINSAL reconheceu na última década.

Além disso, de acordo com Zermeño et al. (165), nem todos os significados possíveis têm o mesmo peso nos RSN, portanto, é natural que existam diferenças semânticas entre os conceitos; ou seja, a importância de cada significado que é expresso para definir um conceito avaliado não é a mesma. Isto confirma o que foi elaborado nos três conjuntos SAM, onde são observadas diferenças marcantes nas palavras que foram classificadas para definir o conceito em estudo.

Por outro lado, apesar de as pessoas viverem no mesmo espaço ou territórios próximos, as experiências de vida destes indivíduos são diversas, da mesma forma que as suas expectativas são diversas, o que organiza de forma particular os significados numa escala de valores completamente individual (178). Isto é confirmado pelos resultados obtidos na presente pesquisa, onde se observa que, embora os inquiridos sejam das mesmas cidades e região, as respostas geradas são completamente diferentes umas das outras, sem a existência estrita da mesma semelhança entre os inqueritos realizados.

Quanto ao número de palavras definidoras, Valdez (28) menciona que quanto mais palavras definidoras forem expressas pelos sujeitos numa amostra, melhor para a análise da representação social, pois isso indica a riqueza semântica ou a pobreza do grupo. No caso desta investigação, podemos observar que os três grupos avaliados

apresentaram percentagens positivas de riqueza semântica: Encargados de Promoción: 74,5% - 41 de 55 palavras, Directores de DESAM: 87,5% - 35 de 40 palavras e Integrantes da Mesa EEPS: 76,6% - 46 de 60 palavras. Sob esta análise, é possível pensar que nos três grupos existe uma grande riqueza associativa quando se trata de relacionar conceitos, a fim de gerar um significado para a Promoção da Saúde.

Se considerarmos a definição de Promoção da Saúde pela OMS em 1986 como um processo que permite às pessoas assumir o controlo e melhorar a sua saúde (36), entende-se que os indivíduos precisam de desenvolver aptidões e competências que facilitem a sua adaptação às várias fases do seu ciclo de vida e aos seus processos de saúde e doença de uma forma eficaz. Contudo, nos resultados desta investigação, embora a palavra Educação estivesse presente nos três grupos, só foi muito valorizada no grupo Encargados de Promoción (M: 33; DSC: 97%), com um valor consideravelmente inferior no grupo Integrantes da Mesa EEPS (M: 15; DSC: 44,1%) e consideravelmente inferior no grupo de Directores DESAM (M: 60; DSC: 30%). Por conseguinte, conceber o significado de Promoção, sob uma visão conceptual baseada no que foi proposto pela OMS, não seria significativamente partilhado por dois grupos que intervêm de forma mais administrativa e política nesta questão.

Vale a pena mencionar que nenhum dos três grupos associou a palavra Literacia para gerar o significado de Promoção da Saúde e construir a sua representação social. Na medida em que as pessoas aumentam o controlo sobre a sua própria saúde, um objectivo fundamental da promoção da saúde, a sua saúde pode melhorar, pelo que a literacia sanitária é considerada um determinante fundamental da saúde e da promoção da saúde (179). Além disso, as pessoas com maior literacia em saúde têm melhor qualidade de vida, utilizam menos os serviços de emergência e são hospitalizadas com menos frequência, em comparação com as pessoas com baixa literacia em saúde. Do mesmo modo, as pessoas com uma literacia em saúde óptima, são mais capazes de fazer escolhas de saúde positivas, interpretar rótulos e mensagens de saúde e utilizar mais os serviços preventivos (180).

4. Conclusões

Embora os resultados gerados neste estudo não possam ser generalizados como um significado exacto para definir a Promoção da Saúde, devido ao facto de os inquiridos serem provenientes de um território específico do país, ele contribui com informações valiosas sobre a forma como profissionais-chave para o desenvolvimento regional deste processo de saúde concebem e mantêm o conhecimento deste conceito. Além disso, pode-se ver quais são os termos mais relevantes para cada um dos grupos.

Da mesma forma, a técnica das RSN provou ser completamente apropriada e eficaz como forma de obter e analisar a representação social do significado da Promoção da Saúde nos três grupos de avaliação com diferentes níveis de conhecimento deste conceito. Ao mesmo tempo, tornou possível identificar tanto o significado específico de cada grupo como as semelhanças e diferenças que existem entre os grupos avaliados. Esta utilização das RSN mostrou a riqueza semântica com que os grupos avaliados foram capazes de construir as suas representações sobre Promoção da Saúde, um assunto com o qual estão fortemente envolvidos diariamente no seu trabalho.

Quando os conjuntos SAM de cada grupo foram analisados, foi possível identificar as características específicas do significado de Promoção da Saúde, através das dez palavras definidoras com o maior peso semântico. Esta é uma informação fundamental quando se trata de gerar observações sobre a forma como os diferentes profissionais intervêm, planificam e tornam esta temática visível nos seus territórios e actividades de trabalho.

Através desta investigação, pode ser evidenciada uma grande diversidade de significados que podem ser ligados à Promoção da Saúde. Assim, podemos compreender a grande relevância das experiências e conhecimentos pessoais, juntamente com a territorialidade, quando se trata de definir este tema de estudo. É por isso, que a centralização de estratégias e orientações de trabalho apenas em determinadas áreas específicas de desenvolvimento, poderia estar em desacordo com a relevância e necessidades territoriais, as representações sociais e o conhecimento que os diferentes profissionais possuem.

Como a Intersectorialidade é o conceito que obteve o maior peso semântico no grupo Encargados de Promoción, é fundamental posicionar este conceito dentro dos seus planos comunitários, reconhecendo-o como um instrumento fundamental para que as acções tenham resultados positivos e sejam apoiadas sob diferentes visões.

Por outro lado, observando que a frase Custo/Benefício foi uma das palavras com maior peso semântico no grupo de Directores de DESAM, é necessário mostrar o progresso em eficiência e eficácia que as estratégias em Promoção estão a gerar. Só desta forma será possível reconhecer que o que foi investido está a obter os benefícios projectados.

Finalmente, considerando que a Acessibilidade é o conceito com maior peso semântico no grupo de membros da Mesa EEPS, é essencial planear todas as acções com a premissa de que nenhuma pessoa pode ser excluída das actividades. Isto irá gerar um ajustamento entre as necessidades dos utilizadores e os recursos de saúde, reduzindo a relação funcional entre os obstáculos à procura e obtenção de serviços de Promoção da Saúde, reforçando as correspondentes capacidades da população para ultrapassar tais obstáculos.

Enfim, pode observar-se que a maioria das palavras associadas ao significado de Promoção da Saúde são de natureza positiva. Por conseguinte, é importante valorizar esta positividade de observação deste conceito, especialmente tendo em conta que estes três grupos são directamente responsáveis pelo desenvolvimento regional deste tema em estudo.

Esta investigação e os seus resultados encorajam a continuação da investigação sobre o conhecimento do significado da Promoção da Saúde e a utilização da técnica das redes semânticas naturais como forma de avaliar o conhecimento dos diferentes grupos de pessoas envolvidas neste tópico, bem como detectar as semelhanças e diferenças entre as redes semânticas naturais.

4.1 Recomendações/Perspetivas futuras

A fim de gerar uma perspectiva nacional, é necessário replicar esta investigação nas restantes regiões do Chile, uma vez que esta é a primeira investigação a ser realizada sob esta estrutura metodológica. Com estes resultados, seria possível obter, de uma forma macro, a representação social que se mantém no território nacional em relação à Promoção da Saúde. Assim, seria possível gerar estratégias e orientações ministeriais que tivessem em conta o significado e o conhecimento dos atores chave para o desenvolvimento deste processo de saúde, respeitando a relevância territorial e as experiências das pessoas que vivem e partilham diariamente com a população.

Por outro lado, é extremamente importante poder contrastar os resultados com a representação social detida pelas pessoas nas diferentes cidades da região. Através

desta comparação, poderia ser gerada uma análise na qual é possível observar se os perfis de ação ao nível das instituições de saúde e intersectorial estão em relação com o significado atribuído pela população à Promoção da Saúde. Só desta forma, poderíamos mostrar que as necessidades das pessoas estão a ser cobertas pelas estratégias geradas nesta área.

Será necessário poder realizar novamente esta investigação, procurando observar se fora de um ambiente pandémico, as palavras associadas à Promoção da Saúde serão as mesmas ou mudarão para a exclusão da influência que a pandemia possa ter tido na geração da sua representação social.

5. Referências bibliográficas

1. Franco-Giraldo, Á. Promoción de la salud (ps) en la globalidad. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2012; 30 (2): 193-201.
2. Centelles Cabrera, M., Presno Labrador, C., Muñiz Roque, AM. & Cuesta Mejías L. Promoción de salud. En: Álvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integral. T I. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001; 41-4.
3. Organización Panamericana de la Salud. Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud [Internet]. Alma-Ata: Organización Mundial de la Salud; 1978. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=2518&lang=en
4. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa (Canadá). 1ª. Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Ontario: OMS; 1986.
5. Kumar, S. & Preetha, GS. Health promotion: An effective tool for global health. Indian J Community Med. 2012; 37: 5-12
6. Ministerio de Salud Chile. Plan Nacional de Promoción de la Salud. Santiago, Chile: Ministerio de Salud; 1999.
7. Ministerio de Salud Chile. Municipios, comunas y comunidades saludables. Orientaciones técnicas. Santiago, Chile: Ministerio de Salud; 2015. Recuperado de [http://www.minsal.cl/sites/default/files/files/MUNICIPIOS%20COMUNAS%20Y%20COMUNIDADES%20SALUDABLES%20OT%20FINAL\(3\).pdf](http://www.minsal.cl/sites/default/files/files/MUNICIPIOS%20COMUNAS%20Y%20COMUNIDADES%20SALUDABLES%20OT%20FINAL(3).pdf)
8. Calventus Salvador, Joan & Bruna González, Braulio. Promoción de la salud como práctica psico-social comunitaria en la política social chilena. Límite - Revista Interdisciplinaria de Filosofía y Psicología. 2018; 13 (43): 67-79.
9. Heidemann, ITSB. Promoción de la salud y la articulación con los determinantes sociales. Hacia. Promoc. Salud. 2020; 25 (1): 9-10.
10. Vidal Gutiérrez D., Chamblas García I., Zavala Gutiérrez M., Müller Gilchrist R.,

Rodríguez Torres M. & Chávez Montecino A. Determinantes sociales en salud y estilos de vida en población adulta de Concepción, Chile. *Cienc. Enferm.* [Internet]. 2014; 20 (1): 61-74.

11. Ochoa V. El baile: representación social y práctica saludable. *Invest. Educ. Enferm.* 2006; (24) 2: 54-63.

12. Cuadra-Martínez, D., Georgudis-Mendoza, C. N. & Alfaro-Rivera, R. A. (2012). Representación social de deporte y educación física en estudiantes con obesidad. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud.* 2012; 10 (2): 983-1001.

13. Tabares Lenis, L. M., Gallego Echeverry, S. M., & Peláez Manrique, N. Representaciones sociales de adolescentes del municipio de Pereira frente a la práctica de lactancia materna. *Cultura Del Cuidado.* 2014; 11 (1): 08-18.

14. Vecina-Merchante, C. Las Representaciones Sociales sobre el rol de cada uno en la Comunidad, una barrera para la participación y el trabajo conjunto. *Trabajo Social Global-Global Social Work.* 2016; 6 (10): 3-26.

15. Eros, A. Social representations of health from the childish projections: methodological contribution to the promotion of community health. *Revista Academia.* 2017; 16 (38): 45-56.

16. Marques, A., Freitas, C., Rodrigues, D., Pereira, M. & Moreira T. Representaciones sociales de los medios de comunicación acerca de la diabetes infantil. *Enferm. glob.* [Internet]. 2018; 17 (49): 550-587.

17. Camargo Rojas, D. A., & Moreno Zabaleta, L. Representaciones sociales sobre actividad física y educación física en docentes bogotanos. *Cuerpo, Cultura Y Movimiento.* 2019; 9 (1): 115-135.

18. Escobar-Paucar, G., Sosa-Palacio, C., & Burgos-Gil, L. Representaciones sociales del proceso salud-enfermedad bucal en madres gestantes de una población urbana: Medellín, Colombia. *Salud Pública de México.* 2010; 52 (1): 46-51.

19. Torres López, T. M., Munguía Cortés, J. A., Pozos Radillo, B. E., & Aguilera Velasco, M. D. L. Á. Representaciones sociales sobre la salud y la enfermedad de la población

adulta de Guadalajara, México. Atención Primaria. 2010; 42 (3): 154-161.

20. Palacios, Ana Berónica. Social representations of diverse cultural groups: A methodological strategy for analysis. Ciências Sociais Unisinos. 2012; 48 (3): 181-191.

21. Augusto, Viviane Gontijo. Promoção de saúde em unidades básicas: análise das representações sociais dos usuários sobre a atuação da fisioterapia. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2011; 16 (1): 957-963.

22. Turato, ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. Rev. Saúde Pública. 2005; 39 (3): 507-514.

23. Caravaca Morera, J. Representações Sociais e a Cognição Social: Contribuições para investigação em enfermagem e saúde. Texto Contexto Enferm. 2017; 26 (4): 1-9.

24. Vergara, M. La naturaleza de las representaciones sociales. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. 2008; 6 (1): 55-80.

25. Zicavo E. Modelos corporales de las mujeres: categorías de percepción y sistemas sociales de clasificación. En: Margulis M, Urresti M, Lewin H y otros. Las tramas del presente, Biblos, Buenos Aires; 2010.

26. Merino Jara, Claudio Esteban & Torres Andrade, M. Cristina. Participación en salud y desarrollo territorial: experiencia sanitaria en una comuna del sur de Chile. Ciencia y Enfermería. 2015; 21 (1): 115-125.

27. Figueroa, J. G. Estudios de Redes Semânticas Naturais e alguns processos básicos. Universidad Nacional Autónoma de México: UNAM; 1976.

28. Valdéz, J. Las redes semánticas naturales, usos y aplicaciones en psicología social. México: UAEM; 2005.

29. De La Guardia Gutiérrez, M. & Ruvalcaba Ledezma, J. La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. Journal of Negative and No Positive Results. 2020; 5 (1): 81-90.

30. Terris, M. Concepts of Health Promotion: Dualities in Public Health Theory. J Public Health Pol. 1992; 13: 267–276.

31. Gómez-Arias, RD. What has been understood by Health and Sickness? Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2018; 36 (1): 64-102.
32. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. A working document [Internet]. Ottawa: Government of Canada; 1974. Disponible en: <http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/informe-lalonde.pdf>
33. Alfaro-Alfaro, N. Los determinantes sociales de la salud y las funciones esenciales de la salud pública social. Salud Jalisco. 2014; 1 (1): 36-46.
34. Suárez, Z., & Castilla, K. Educación para la salud en el currículo educativo: Promoción de la salud y calidad de vida. Revista Electrónica de Conocimientos, Saberes y Prácticas. 2020; 3 (1): 90-103.
35. Organización Panamericana de la Salud. Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata: Organización Mundial de la Salud; 1978. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=2518&lang=en
36. Moena González, B. Promoción de la salud. Análisis crítico y propuesta de construcción de metas e indicadores coherentes. Benessere - Revista de Enfermería. 2019; 3 (1): 53-63.
37. Organización Panamericana de la Salud. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud [Internet]. Ottawa: Organización Mundial de la Salud; 1986. Disponible en: <http://www1.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>
38. Franco-Giraldo, Á. Promoción de la salud (ps) en la globalidad. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2012; 30 (2): 193-201.
39. Yordi-García, Mirtha Juliana, & Ramos-Monteagudo, Ana María. Relevance of health promotion in the current cuban gerontological scenario. Revista Archivo Médico de Camagüey. 2019; 23 (6): 826-841.
40. López-Dicastillo, O., Canga-Armayor, N., Mujika, A., Pardavila-Belio, M., Belintxon, M., Serrano-Monzó, I & Pumar-Méndez, M. Cinco paradojas de la promoción de la salud.

Gaceta Sanitaria. 2017; 31 (3): 269-272.

41. Cajina-Pérez, L. Importancia de la Educación para la Salud en currículo educativo. Revista Electrónica de Conocimientos, Saberes y Prácticas. 2020; 3 (1): 170-180.

42. Organización Panamericana de la Salud. Carta 2a Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Recomendaciones de Adelaide [Internet]. Adelaide: Organización Mundial de la Salud; 1988. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd67/025495/adelaide.pdf>

43. Organización Mundial de la Salud. Segunda Conferencia Internacional de Promoción de Salud. Adelaida: OMS; 1988.

44. World Commission on Environment, Development. Our Common Future. Oxford University Press, Oxford; 1987.

45. Dias, S. F. & Gama, A. Promoção da saúde: evolução de um paradigma e desafios contemporâneos. Revista de Salud Pública, Bogotá. 2014; 16 (2): 296-305.

46. Ministério da Saúde Brasil - Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto promoção da saúde. As cartas de promoção da saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.

47. Organización Mundial de la Salud. Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st century. Jakarta: OMS; 1997.

48. Coronel Carbo, J. & Marzo Páez, N. La promoción de la salud: evolución y retos en América Latina. MEDISAN (Internet). 2017; 21 (7): 944.

49. Lopes, M., Saraiva, K., Fernandes, A. & Ximenes, L. Análise do conceito de promoção da saúde. Texto & Contexto Enferm Florianópolis. 2010; 19 (3): 461-468.

50. Organización Mundial de la Salud. Quinta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud: Hacia una mayor equidad. México: OMS. OPAS; 2000.

51. Serapioni, M. & Matos, A. Participação em saúde: entre limites e desafios, rumos e estratégias. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 2013; 31: 11-22.

52. Organización Mundial de la Salud. Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud

en un mundo globalizado. Bangkok: OMS; 2005.

53. Catford J. Ottawa 1986: Piedra angular del desarrollo de la salud mundial. *Promotion & Education*. 2007; 14 (2): 53-54.

54. Pina-Oliveira, A., Germani, A., Ferreira, H., Yano, A. & Murillo, G. O uso de tecnologias de informação e comunicação (TIC) em experiências de pós-graduação sobre promoção da saúde no Brasil e na Costa Rica. *Revista de Medicina (USP)*. 2014; 92: 97-103.

55. Organización Mundial de la Salud. Séptima Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Nairobi: OMS; 2009.

56. Organización Mundial de la Salud. Octava Conferencia Internacional sobre promoción de la salud. Declaración de Helsinki sobre salud en todas las políticas. Helsinki: OMS; 2013.

57. Organización Mundial de la Salud. Marco de la salud en todas las políticas para la acción de los países. Ginebra: OMS; 2014.

58. Organización Mundial de la Salud. The Helsinki Statement on health in all policies. *Health Promot Int*. 2014; 29 (1): 17-19.

59. Organización Mundial de la Salud. Novena Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Shanghai: OMS; 2016.

60. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Shanghai sobre la promoción de la salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Shanghai: OMS; 2016.

61. Bonal, RR. La Promoción de Salud en varios escenarios de actuación. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2019; 45 (4): 1-4.

62. Morales Aguilar, R., Lastre-Amell, G. & Pardo Vásquez, A. Estilos de vida relacionados con factores de riesgo cardiovascular. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*. 2018; 37 (2): 54-62.

63. Martínez Rodríguez, A., Martínez Rodríguez, E. & Paz Lourido, B. Estrategias de intervención en promoción de la salud. *Fisioterapia*. 2008; 30 (5): 238-243.

64. Naciones Unidas. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. A/RES/70/1. Resolución aprobada por la Asamblea General el 25 de septiembre de 2015. Disponible en: <http://undocs.org/es/A/RES/70/1>
65. Naciones Unidas. La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe (LC/G.2681-P/Rev.3), Santiago; 2018.
66. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Estrategia y Plan de Acción sobre la Promoción de la Salud en el contexto de los ODS 2019-2030. 57º Consejo Directivo de la OPS/71ª Sesión del Comité Regional de La OMS para las Américas. Documento CD57/10. Washington, DC: PAHO/WHO; 2019.
67. Popay J. Community empowerment and health improvement: the English experience. En: Health assets in a global Context; 2010. Disponible en: <http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4419-5921-81033>
68. Sarker, M. & Joarder, T. Colaboración intersectorial: un original camino para fomentar la promoción de la salud comunitaria. Global Health Promotion. 2012; 19 (4): 85–87.
69. Martínez Cía, N. & Ruiz-Callado, R. Promoción de salud para la generación de entornos saludables en un barrio vulnerable: el caso de Las Remudas, Gran Canaria. Enfermería Comunitaria. 2015; 11 (1): 1-8.
70. Shinko, Y., Takehito, T., Keiko, N. & Masafumi, W. Effectiveness of a community leaders' programme to promote healthy lifestyles in Tokyo, Japan. Health Promotion International. 2001; 16: 235-243.
71. Trevor, H. People, partnerships and human progress: building community capital. Health Promotion International. 2001; 16: 275- 280.
72. Gorin, S. S., & Arnold, J. H. Health promotion in practice (1st Ed.). San Francisco: Jossey-Bass; 2006.
73. Carvalho de Brito Santos, N., Gonçalves de Oliveira Toso, B., Collet, N. & Pereira da Silva Reichert, A. Orientação familiar e comunitária segundo três modelos de atenção à saúde da criança. Acta Paulista de Enfermagem. 2016; 29 (6): 610-617.

74. Dois, A., Ojeda, I., Vargas, I., Larrea, M., Quiroz, M., et al. Orientations for the Implementation of the Comprehensive Family and Community Health Care Model. Division of Primary Care. MINSAL; 2013. Available from: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
75. Borrell, F. El modelo biopsicosocial en evolución. *Medicina Clínica*. 2002; 119 (5): 175-179.
76. Salinas, J. Reorientation of Health Services with criteria for Health Promotion. *Rev Chil Med Fam*. 2002; 3 (2): 84-95.
77. Soler Torroja, M. Promoción de salud, atención comunitaria y medicina de familia. *Aten Primaria*. 2005; 36 (7): 355-357.
78. Rodríguez Torres, Á., Páez Granja, R., Altamirano Vaca, E., Paguay Chávez, F., Rodríguez Alvear, J. & Calero Morales, S. Nuevas perspectivas educativas orientadas a la promoción de la salud. *Educación Médica Superior*. 2017; 31 (4): 1-11.
79. Turunen, H., Sormunen, M., Jourdan, D., von Seelen, J. & Buijs, G. Health Promoting Schools—A complex approach and a major means to health improvement. *Health Promotion International*. 2017; 32 (2): 177–184.
80. Schools for Health in Europe. Network SHE factsheet 2: School health promotion: evidence for effective action. CBO, Utrecht; 2013.
81. Barrios, S. & Paravic, T. Promoción de la salud y un entorno laboral saludable. *Rev Latinoamericana de Enfermería*. 2006; 14 (1): 136-141.
82. Muñoz, A. & Castro, E. De la promoción de la salud a los ambientes de trabajo saludables. *Salud de los Trabajadores*. 2010; 18 (2): 141-152.
83. Betancourt, O. Enfoque alternativo de la salud y seguridad en el trabajo. Quito: FUNSAD. IESS, Prevención es desarrollo; 2007.
84. Blanco Gómez, G. Reflexión sobre la promoción de la salud en el trabajo. *Salud de los Trabajadores*. 2016; 24 (2): 139-143.

85. Hassard, J., Wang, D. & Cox, T. Motivation for employers to carry out workplace health promotion. Luxembourg: European Agency for Safety and Health at Work; 2012.
86. Ravelo Mireles, R., Martín-Pérez Rodríguez, A., Andrés Prado, M., Campos Esteban, P., Azpeitia Serón, M. & Villarino Calvo, R. Implementación local de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud. Informe SESPAS 2018. Gaceta Sanitaria. 2018; 32 (1): 52-58.
87. Alessandro, L. & Munist M. Municipios saludables: una opción de política pública: avances de un proceso en Argentina. Buenos Aires: OPS; 2002. Disponible en: http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/pubOPS_ARG/pub55.pdf
88. Salinas, J. El cubo de la promoción de salud. Un enfoque integrado para el diseño de intervenciones efectivas. Rev Chil Nutr. 2018; 45 (1): 71-79.
89. Busse, P. & Godoy, S. Comunicación y salud. Cuadernos.info. 2016; 38: 10-13.
90. Rodríguez Roura, S., Cabrera Reyes, L. & Calero Yera, E. Social communication in health for disease prevention in the community. Rev Hum Med. 2018; 18 (2): 384-404.
91. Zapezochny, V., Jait, A., Tufro, L., Bruno, D. & Deguer, C. Mapeo nacional de capacidades en comunicación y salud pública en Argentina. Revista de Comunicación y Salud. 2011; 1 (2): 5-18.
92. Díaz, H. & Uranga, W. Comunicación para la salud en clave cultural y comunitaria. Revista de Comunicación y Salud. 2011; 1 (1): 113-124.
93. Díaz-Brito, Y., Pérez-Rivero, JL., Báez-Pupo, F. & Conde-Martín M. Generalidades sobre promoción y educación para la salud. Rev Cubana Med Gen Integr. 2012; 28 (3): 299-308.
94. Van der Heide, I., Wang, J., Droomers, M., Spreeuwenberg, P., Rademakers, J. & Uiters E. The relationship between health, education, and health literacy: results from the Dutch Adult Literacy and Life Skills Survey. J Health Commun. 2013; 18 (1): 172-184.
95. Nutbeam, D., McGill, B. & Premkumar, P. Improving health literacy in community populations: a review of progress. Health Promot Int. 2018; 33 (5): 901-911.

96. Ocampo-Rivera, DC. & Arango-Rojas, ME. La educación para la salud: Concepto abstracto, práctica intangible. *Rev Univ Salud*. 2016; 18 (1): 24-33.
97. Tenbensen T. Virtual special issue introduction: Public participation in health policy in high income countries – A review of why, who, what, which, and where? *Soc Sci Med*. 2010; 71: 1537-1540.
98. Moreira, MR. & Escorel, S. Municipal health councils of Brazil: a debate in the democratization of health in the twenty years of the UHS. *Cien Saude Colet*. 2009; 14 (3): 795–805.
99. Mardones, R. & Velasquez, F. Fortalecimiento de la participación comunitaria a través de la radio local. Una propuesta de investigación-acción participativa (IAP) con jóvenes en Chaitén. *MAGALLANIA (Chile)*. 2015; 43 (3): 77-90.
100. Méndez, CA. & Vanegas López, JJ. La participación social en salud: el desafío de Chile. *Rev Panam Salud Pública*. 2010; 27 (2): 144–8.
101. Carr G. Stakeholder and public participation in river basin management. An introduction. *WIREs Water*. 2015; 2: 393-405.
102. Bonal, RR. Abogacía de salud, la parte olvidada de la promoción de salud en medicina familiar. *Rev cuba med gen integr [Internet]*. 2019; 35 (1):1-19.
103. Hubinette, M., Dobson, S., Scott, I. & Sherbino J. Health advocacy. *Med Teach*. 2016; 21: 1-8.
104. Tess, B. H., & Abujamra, F. M. Intersectorial health-related policies: the use of a legal and theoretical framework to propose a typology to a case study in a Brazilian municipality. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014; 19 (11): 4449–4456.
105. Sarker, M., & Joarder, T. Colaboración intersectorial: un original camino para fomentar la promoción de la salud comunitaria. *Global Health Promotion*. 2012; 19 (4): 85–87.
106. Cunill-Grau, N. The intersectorality in the new social policies. An analytical-conceptual approach. *Management Public Policy*. 2014; 22 (1): 5-46.

107. Gobierno de Chile. 2007a. Ley N° 20.174. Crea la XIV Región de Los Ríos y la provincia de Ranco en su territorio. Ministerio del Interior-Subsecretaría del Interior. Santiago de Chile. Fecha de Publicación: 5 de abril de 2007.
108. Gobierno Regional de Los Ríos. Estrategia Regional de Desarrollo Región de Los Ríos. Resumen Ejecutivo. Valdivia; 2010.
109. Instituto Nacional de Estadísticas. Síntesis de resultados Censo de Población y Vivienda. Instituto Nacional de Estadísticas. Santiago de Chile; 2017.
110. Gobierno Regional de Los Ríos. Región de los Ríos, Región de Oportunidades, Propuestas de Inversión Corporación Regional de Desarrollo Productivo. Resumen ejecutivo. Valdivia; 2016.
111. Ministerio de Desarrollo Social Chile. CASEN 2017: Encuesta de caracterización socioeconómica nacional. Santiago, Chile: MIDEPLAN; 2017.
112. Ministerio de Desarrollo Social Chile. CASEN 2015: Encuesta de caracterización socioeconómica nacional. Santiago, Chile: MIDEPLAN; 2015.
113. Instituto Nacional de Estadísticas. Indicador de Actividad Económica Regional. Instituto Nacional de Estadísticas. Santiago de Chile; 2018.
114. Salinas, J. Health Promotion in Chile: an evaluation of a national plan implementation. *Promotion & Education* 2000; 4: 13-16.
115. Salinas, J. & Vio, F. Promoción de la salud en Chile. *Rev Chil Nutr.* 2002; 29 (1): 164-173.
116. Salinas, J., Cancino, A., Pezoa, S., Salamanca, F. & Soto, M. Resultados y desafíos de la política de promoción de la salud en Chile. *Rev Panam Salud Pública.* 2007; 21 (2/3): 136-44.
117. Acta de Huechuraba. "Por un país más saludable": I Congreso de Promoción de la Salud 24 - 27 de agosto de 1999, Santiago, Chile.
118. Salinas, J. & Vio, F. Promoción de salud y actividad física en Chile: política

prioritaria. Rev Panam Salud Pública. 2003; 14 (4): 281–288.

119. Crovetto, Mirta & Vio del R, Fernando. Antecedentes internacionales y nacionales de la promoción de salud en Chile: Lecciones aprendidas y proyecciones futuras. Rev. Chil. Nutr. 2009; 36 (1): 32-45.

120. Consejo Nacional para la Promoción de la Salud VIDA CHILE. Cuenta Pública 2001. Santiago, Chile; 2002.

121. República de Chile, Ministerio de Salud. Los Objetivos Sanitarios para la Década 2000– 2010. Resumen ejecutivo. El Vigía (Chile). 2002; 5 (15): 2–11.

122. Organización Panamericana de la Salud. El Compromiso de Chile para la Promoción de la Salud. 2002. Recuperado de www.bvsde.paho.org/bvsdeps/fulltext/compromisoChi.pdf

123. Fundación Superación de la Pobreza. Promoción de salud desde el sistema de salud. Propuestas país. Fundación para la superación de la pobreza; 2014. Recuperado de http://www.superacionpobreza.cl/wp-content/uploads/2014/02/Estudio_promocion_de_la_salud.pdf

124. Salinas, J. & Vio, F. Health and nutrition programs without a state policy: The case of school health promotion in Chile. Rev Chil Nutr 2011; 38 (2): 100-116.

125. Organización Panamericana de la Salud. Municipios y comunidades saludables: Guía de los alcaldes para promover calidad de vida [Internet]; 2014. Recuperado a partir de: http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd63/MCS_Guiaesp/MCS_Guiaesp.pdf

126. Vio del Rio, F. Prevención: un desafío crítico para la salud en Chile. Revista Mensaje. 2015; 64 (644): 50-54.

127. Quintero Y, Villarroel J, Pargas L, Bastardo G, Angarita C, Rivas JG & Castañeda G. La Teoría de Representaciones Sociales, su aplicación en los estudios de salud y enfermedad: el caso de la obesidad. Rev. Fac. Cienc. Salud UDES. 2016; 3 (2): 138-148.

128. Moreno, J. A. Representaciones sociales de la salud de una comunidad rural de Colombia. Revista de Psicología Universidad de Antioquia. 2015; 7 (2): 47-62.

129. Moscovici, S. *La psychanalyse, son image, son public*. Paris, PUF; 1961.
130. Romero-Juárez, Ana & Arellano, Carmen. Representaciones sociales de la obesidad, la alimentación y el ejercicio entre personas con obesidad en la Ciudad de México. *Estudios Sociales. Revista de Alimentación Contemporánea y Desarrollo Regional*. 2020; 30 (55): 1-28
131. Farah Bidjari, A. Attitude and Social Representation. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2011; 30: 1593-1597.
132. Moscovici, S. Attitudes and opinions. *Annual Review of Psychology*. 1963; 14: 231-260.
133. Moscovici, S. Foreword. In C. Herzlich (Ed), *Health and illness: A social psychological analysis* (pp. 9-14). London: Academic Press; 1973.
134. Moscovici, S. *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires, Argentina: Huemul S.A; 1979.
135. Jodelet, D. La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En Moscovici, S. (Ed). *Psicología social II*. España: Paidós; 1986.
136. Lacolla, L. Representaciones sociales: una manera de entender las ideas de nuestros alumnos. *Revista ieRed: Revista Electrónica de la Red de Investigación Educativa [en línea]*. 2005; 1 (3): 1-17.
137. Vergara, M. Representaciones sociales sobre salud, de algunos grupos de jóvenes de Manizales, Colombia. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. 2009; 7 (1): 105-133.
138. Farr, R. *The roots of modern social psychology, 1872-1945*. Oxford: Blackwell; 1976.
139. Oktar, L. The ideological organization of representational processes in the presentation of us and them. *Discourse & Society*. 2001; 12: 313-346.
140. García Martínez, A. *Identidades y Representaciones Sociales: La construcción de*

las minorías Nómadas. *Critical Journal of Social and Juridical Sciences*. 2008; 18 (2): 211-222.

141. Howarth, T. C. How social representations of attitude have informed attitude theories. *Theory and psychology*. 2006; 16 (5): 691-714.

142. Chávez Amavizca, Ania & Ortega Rubí, María Estela. Representaciones sociales de estilos de vida y bienestar en el contexto de una sociedad de consumo: Monterrey y su Área Metropolitana. *Cultura y representaciones sociales*. 2018; 13 (25): 76-102.

143. Giménez, G. Materiales para una teoría de las identidades sociales. *Frontera Norte*. 1997; 9 (18): 9-28.

144. Torres López, T. M., Munguía Cortés, J. A., Pozos Radillo, B. E., & Aguilera Velasco, M. D. L. Á. Representaciones sociales sobre la salud y la enfermedad de la población adulta de Guadalajara, México. *Atención Primaria*. 2010; 42 (3): 154–161.

145. Abric JC. *Prácticas y representaciones sociales*. México: Ediciones Coyoacan; 2001.

146. Materán, A. Las representaciones sociales: un referente teórico para la investigación educativa. *Geoenseñanza*. 2008; 13 (2): 243-248.

147. Sammut, G., Andreouli, E., Gaskell, G., & Valsiner, J. Social Representations: A Revolutionary Paradigm? En G. Sammut, E. Andreouli, G. Gaskell, & J. Valsiner (Eds.), *The Cambridge Handbook of Social Representations*. Cambridge: Cambridge University Press. 3-11; 2015.

148. Rojas, M. Economía de la felicidad. Hallazgos relevantes respecto al ingreso y el bienestar. *El trimestre económico*. 2009; 76 (3): 537-573.

149. Rouquette, M. La teoría de las representaciones sociales hoy: esperanzas e impases en el último cuarto de siglo (1985-2009). *Polis*. 2010; 6 (1): 133-140.

150. Quillian, M. R. Word concepts: A theory and simulation of some basic semantics capabilities. *Behavioral Sciences*, 1967; 12: 410-430.

151. Collins, A. M. & Quillian, M. R. Retrieval time for semantic memory. *Journal of*

Verbal Learning and Verbal Behavior. 1969; 8: 240-247.

152. Tulving, E. Episodic and semantic memory. In E. Tulving & Q. Donalds, Organization of Memory. New York: Academic Press; 1972.

153. Figueroa, J. G., González, E. G., & Solís, V. M. An approach to the problem of meaning: Semantic networks. Journal of Psycholinguistic Research. 1976; 5 (2): 107-115.

154. Figueroa, J. G. Estudios de Redes Semânticas Naturais e alguns processos básicos. Universidad Nacional Autónoma de México: UNAM; 1976.

155. Vera Noriega, J., Pimentel, C. & Batista de Albuquerque, F. Redes semánticas: aspectos teóricos, técnicos, metodológicos y analíticos. Ra Ximhai. 2005; 1 (3): 439-451.

156. Figueroa, J. G., González, E. G., & Solís, V. M. Una aproximación al problema del significado: las redes semánticas. Revista Latinoamericana de Psicología. 1981; 13 (3): 447-458.

157. Patlan Pérez, J. Significado psicológico del constructo de calidad de vida en el trabajo mediante redes semánticas naturales. Psicología y Salud. 2016; 26 (1): 111-127.

158. Aguilera Arévalo, H. E. El uso de las redes semánticas naturales en las representaciones sociales de la responsabilidad. Revista Internacional de Psicología. 2010; 11 (2): 1-13.

159. Reyes, L. I. Las redes semánticas naturales, su conceptualización y su utilización en la construcción de instrumentos. Revista de psicología social y personalidad. 1993; 9 (1): 81-97.

160. Sing, B., Barrera Hernández, L., Fonllem, C. & Valdez, A. Exploración del concepto naturaleza a partir de redes semánticas naturales en estudiantes de educación básica. Diversitas. 2018; 14: 233-242.

161. Navarro, R. E., & Garrido, M. D. S. R. Construyendo el significado del cuidado ambiental: un estudio de caso en educación secundaria. REICE: Revista Electrónica Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación. 2006; 4 (1): 52-70.

162. Sánchez, M., De la Garza, G. & López, R. Redes semánticas naturales del tema del medio ambiente en dos grupos de contraste. *Rev Mex Invest Psic.* 2011; 3 (1): 60-71.
163. Figueroa, J. G., González, E. G., & Solís, V. M. Una aproximación al problema del significado: las redes semánticas. *Revista Latinoamericana de Psicología.* 1981; 13 (3): 447-458.
164. Mercado D., S., López C., E. & Velasco R., E. Manual para obtener la estructura de una red semántica. México: UNAM; 2011.
165. Zermeño, A., Arellano, A. & Ramírez, V. Redes semánticas naturales: técnica para representar los significados que los jóvenes tienen sobre televisión, internet y expectativas de vida. *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas.* 2005; 6 (22): 305-334.
166. Magaña Carrillo, I. & Padín Fabeiro, C. La investigación sobre la identificación de los recursos histórico-turístico del proyecto estratégico del Centro de la Ciudad de Colima: una experiencia de colaboración. *PASOS. Revista de Turismo y Patrimonio Cultural [Internet].* 2009; 7 (2): 239-253.
167. Steyvers, M. & Tenenbaum, JB. The large scale structure of semantic networks: statistical analyses and a model of semantic growth. *Cognitive Science.* 2005; 29 (1): 41-78.
168. Castañeda Morfín, A. Las redes semánticas naturales como estrategia metodológica para conocer las representaciones sociales acerca de la investigación en el contexto de la formación profesional de los comunicadores. *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas.* 2016; 22 (43): 123-168.
169. Mejía, J. Sobre la investigación cualitativa. Nuevos conceptos y campos de desarrollo. *Investigaciones Sociales.* 2004; 8 (13): 277-299.
170. Fuster, D. Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. *Propósitos y Representaciones.* 2019; 7 (1): 201-229.
171. Veiga de Cabo, J., Fuente Díez, E. & Zimmermann Verdejo, M. Modelos de

estudios en investigación aplicada: conceptos y criterios para el diseño. *Med Segur Trab.* 2008; 54 (210): 81-88.

172. Hernández, R., Fernández-Collado, C. & Baptista, P. *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill; 2010.

173. Ramaz-Arauz, F., López-Lozada, G. & Freixas, R. Pandemia, libertad y futuro ¿Qué piensan los jóvenes de la situación actual? *Revista Espacios*. 2021; 42 (03): 71-87.

174. Denegri, M., Cabezas, D., Sepúlveda, J., del Valle, C., González, Y., & Miranda, H. Representaciones sociales sobre pobreza en estudiantes chilenos universitarios. *LIBERABIT*. 2010; 16 (2): 161-170.

175. Vivas, J. *Modelos de memoria semántica: Evaluación de redes semánticas. Instrumentos y Aplicaciones*. Mar de Plata, Argentina: Eudem; 2009.

176. Mercado D., S., López C., E. & Velasco R., E. *Manual para obtener la estructura de una red semántica*. México: UNAM; 2011.

177. Pérez-Corona, N. N., Hernández-Colín, D. D., Bustillo-Hernández, C. C., & Figueroa-Nazuno, J. J. Model of Natural Semantic Space for Ontologies' Construction. *International Journal of Combinatorial Optimization Problems & Informatics*. 2012; 3 (2): 93-108.

178. Huerta Orozco, A. El sentido de pertenencia y la identidad como determinante de la conducta, una perspectiva desde el pensamiento complejo. *IE Revista de investigación educativa de la REDIECH*. 2018; 9 (16): 83-97.

179. Juvinyà-Canal, D., Bertran-Noguer, C. & Suñer-Soler, R. Alfabetización para la salud, más que información. *Gac Sanit*. 2018; 32 (1): 8-10.

180. Berkman, ND., Sheridan, SL., Donahue, KE., Halpern, DJ. & Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med*. 2011; 155 (2): 97-107.

Anexos



UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

Escola Nacional de Saúde Pública

3º CURSO DE MAGISTER EN PROMOCION DE LA SALUD

El objetivo de este instrumento es conocer el significado de "Promoción de la salud", de personas que forman parte importante para el desarrollo regional de esta temática. La información proporcionada es anónima y confidencial, y su uso es bajo estricto interés académico y profesional.

PROMOCION DE LA SALUD	
Concepto / Estimulo	Jerarquía / Valor (1-2-3-4-5)
?	?
?	?
?	?
?	?
?	?

Región de Los Ríos, Chile - 2021