UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO

Julyana Gall da Silva

SER SAUDÁVEL NA ADOLESCÊNCIA: A BUSCA DE SENTIDOS E IMPLICAÇÕES NAS PRÁTICAS DO CUIDADO À SAÚDE

Rio de Janeiro

2018

JULYANA GALL DA SILVA

SER SAUDÁVEL NA ADOLESCÊNCIA: A BUSCA DE SENTIDOS E IMPLICAÇÕES NAS PRÁTICAS DO CUIDADO À SAÚDE

Tese apresentada como requisito para obtenção do grau de Doutor, pelo programa de pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Orientadora: Profª. Drª. Márcia de Assunção Ferreira

Rio de Janeiro

2018

SER SAUDÁVEL NA ADOLESCÊNCIA: A BUSCA DE SENTIDOS E IMPLICAÇÕES NAS PRÁTICAS DO CUIDADO À SAÚDE

Julyana Gall da Silva

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação e Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor em Enfermagem.

Dra. Márcia de Assunção Ferreira, Profª. Titular EEAN/UFRJ
(Presidente)

Dra Maria Regina Bortolini Castro, Profª da FASE
(1ª examinadora)

Dr. Mauro Leonardo Salvador Caldeira dos Santos, Prof° Adjunto EEAAC/ UFF
(2° Examinador)

Dr Tadeu Lessa da Costa, Prof. Adjunto, UFRJ/Macaé

(3º. examinador)

Dra. Ana Beatriz Queiroz, Profª. Adjunto EEAN/UFRJ
(4ª examinadora)

Dr Rafael Celestino da Silva, Prof. Adjunto, EEAN/UFRJ
(Suplente)

Dra. Inez Silva de Almeida, Prof Adjunta, FENF/UERJ
(Suplente)

DEDICATÓRIA

Dedico esta tese ao meu pai Denisar Moura da Silva, minha mãe Lindalva Clara Gall da Silva e minha irmã Priscila Gall da Silva por todo o apoio, paciência e amor para a realização do doutorado e a Renato Meirelles Guerra Neto pela compreensão nos dias de estudo, carinho e amor.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por me fazer capaz de cumprir esta etapa e me fortalecer em momentos de fraqueza.

A minha família por estar ao meu lado em toda essa etapa me apoiando na realização deste sonho. Ao meu noivo que por dias me ajudou e me incentivou quando estava exausta, me apoiou nos momentos difíceis e entendeu minhas escolhas.

Especialmente a minha orientadora Márcia de Assunção Ferreira que confiou em mim e me orientou desde a iniciação científica, se tornando parte da minha vida, se dedicando e investindo em meu aprendizado e me mostrando o quanto é importante investir na pesquisa em Enfermagem valorizando minha profissão. Serei eternamente grata.

Aos membros desta banca professora Dra, Inez Silva de Almeida Dra. Maria Regina Bortolini Castro, professor e amigo Dr. Rafael Celestino da Silva e professor Dr. Tadeu Lessa, por todo o tempo dedicado e o cuidado na leitura e na análise deste estudo, apresentando excelentes contribuições, foi um privilégio e honra poder contar com vocês, me inspiro em seus ensinamentos.

A minhas “amigas irmãs” Nátale Carvalho de Souza, Keila do Carmo Neves, Isis de Moraes Chernicharo e Ana Carolina Mendes Soares Bevenuto que, mesmo de longe, sempre mostraram o apoio, incentivo e a amizade verdadeira.

Aos meus alunos que se tornaram amigos e me ajudaram em etapas importantes Ana Caroline, Gabriele, Geovane, Pablo.

A Enfermeira Camila Mendonza que me deu todo o aporte para a realização da pesquisa no campo de coleta mesmo com todas as suas atribuições na Clínica da Família Nova Cascatinha.

E por fim, a escola, a professora Maria Izabel Bade e aos adolescentes que aceitaram participar desta pesquisa.

Muito Obrigada!

RESUMO

Silva, Julyana Gall da. **Ser saudável na adolescência: A busca de sentidos e implicações nas práticas do cuidado à saúde.** Rio de Janeiro, 2018. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

Este estudo tem por objetivos analisar as representações sociais de ser saudável construídas por adolescentes, identificar as práticas relacionadas à saúde que os adolescentes definem como representativas de ser saudável, descrever crenças, normas, valores, atitudes que integram as práticas relacionadas a sua saúde à luz destas representações sociais. Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa exploratória, tendo como referencial teórico a Teoria das Representações Sociais, em sua abordagem processual. A produção de dados foi feita com aplicação das técnicas de entrevista individual com roteiro semi-estruturado e aplicação do método *Photovoice*. Participaram 65 adolescentes, com idade entre 12 e 19 anos, moradores do município de Petrópolis, do Estado do Rio de Janeiro. A coleta de dados se deu em dois momentos: com realização de entrevista individual em que participaram 50 adolescentes e posterior produção de fotos fundamentada no método "*Photovoice*", com 15 adolescentes de ambos os sexos. Em primeiro momento foi realizada, por meio de busca em prontuário na unidade Básica, a seleção dos adolescentes moradores de uma comunidade, com posterior seleção de uma escola do mesmo município para a constituição de dois grupos distintos de adolescentes. Em ambas as captações os adolescentes atenderam aos critérios de participação do estudo. Para a análise dos dados provenientes das entrevistas individuais utilizou-se o software Alceste realizando-se a análise lexical do tipo padrão, seguida de análise categorial dos discursos, pertinente ao método do *Photovoice*. Os resultados evidenciaram a predominância do sexo masculino representando 51% dos entrevistados na primeira etapa, e 49% do sexo feminino. Já na etapa do *Photovoice* a predominância foi do sexo feminino (oito) e sete do sexo masculino. Na análise lexical houve o aproveitamento de 81% do corpus distribuídos em três classes. Observa-se que a classe 1 (47%) abarca a dimensão prática da alimentação diária do adolescente e como tais práticas podem influenciar a saúde, sendo nominada de "Percepção de adolescentes sobre a prática alimentar saudável". As classes 2 (26%) e 3 (27%) que abordam as dimensões

afetiva e relacional de estar saudável em diferentes configurações e contextos, foram nominadas “Associação entre a prática de atividade física, sedentarismo e suas consequências à saúde” e “O cuidado de si exercido por adolescente para o viver saudável”, respectivamente. As fotografias produzidas revelam as principais preocupações dos adolescentes com as práticas alimentares e realização de atividades físicas, bem como a preocupação frente ao cuidado de si no que tange aspectos referentes à sexualidade, ao consumo de bebidas alcoólicas e à importância e influências de suas relações sociais. Neste sentido, a aplicação de multitécnicas permitiu aprofundar as dimensões das representações sobre ser saudável, o que faz melhor identificar as percepções e comportamentos dos adolescentes referentes ao objeto em questão. Esta estratégia se mostrou potente para gerar dados de pesquisa, evidenciar representações sociais e, também, gerar material para subsidiar ações de educação em saúde, além de potencializar a participação de adolescentes como protagonista de sua história. No que tange a educação em saúde, criou-se oportunidades para reflexão sobre as ações adotadas por eles e a promoção da saúde, à luz dos sentidos e explicações sobre “ser/estar saudável” na adolescência. Conhecer as representações de adolescentes sobre ser saudável colabora com os profissionais de saúde no realinhamento de suas ações, tendo em vista o cuidado que este grupo populacional requer.

Palavras-Chave: Fotografia. Cuidados de Enfermagem. Adolescência. Psicologia Social. Comportamentos Saudáveis. Adolescente

ABSTRACT

Silva, Julyana Gall da. **Being healthy in adolescence: The search for meanings and implications in health care practices.** Rio de Janeiro, 2018. Thesis (Doctorate in Nursing) - Anna Nery School of Nursing, Federal University of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

This study aims to analyze the social representations of being healthy built by adolescents, identify health related practices that adolescents define as representative of being healthy, describe beliefs, norms, values, attitudes that integrate the practices related to their health to light of these social representations. It is a research of qualitative exploratory nature, having as theoretical reference the Theory of Social Representations, in its procedural approach. The production of data was done using the techniques of individual interview with semi-structured script and application of the Photovoice method. Participants were 65 adolescents, aged between 12 and 19 years, residents of the city of Petrópolis, State of Rio de Janeiro. The data collection took place in two moments: individual interviews were conducted in which 50 adolescents participated and subsequent photo production based on the "Photovoice" method, with 15 adolescents of both sexes. In the first moment, the selection of the adolescents living in a community was carried out, through a search in the Basic unit, with the subsequent selection of a school in the same municipality for the constitution of two distinct groups of adolescents. In both abstractions the adolescents met the study participation criteria. For the analysis of the data from the individual interviews, the Alceste software was used to perform the lexical analysis of the standard type, followed by categorical analysis of the speeches, pertinent to the Photovoice method. The results showed a predominance of males, representing 51% of respondents in the first stage, and 49% of females. Already in the Photovoice stage, the predominance was female (eight) and seven male. In the lexical analysis, 81% of the corpus was distributed in three classes. It is observed that class 1 (47%) encompasses the practical dimension of the adolescent's daily diet and how these practices can influence health, being named "Adolescents' perception about healthy eating practice". Classes 2 (26%) and 3 (27%), which address the affective and relational dimensions of being healthy in different settings and contexts, were named "Association between physical activity practice, sedentary lifestyle and its consequences for health" and

"O care of themselves exercised by adolescents to live healthy, "respectively. The photographs produced reveal the main preoccupations of adolescents with eating practices and physical activities, as well as the concern about self care regarding aspects related to sexuality, alcohol consumption and the importance and influences of their social relations. In this sense, the application of multi-techniques allowed to deepen the dimensions of representations about being healthy, which makes it better to identify the perceptions and behaviors of the adolescents referring to the object in question. This strategy proved to be powerful in generating research data, showing social representations, and also generating material to support health education actions, as well as enhancing the participation of adolescents as protagonists of their history. With regard to health education, opportunities have been created for reflection on the actions adopted by them and the promotion of health in the light of the senses and explanations about being / being healthy in adolescence. Knowing the representations of adolescents about being healthy collaborates with health professionals in the realignment of their actions, considering the care that this population group requires.

Keywords: Photography. Nursing care. Adolescence. Social Psychology. Healthy Behaviors. Teenager

RESUMEN

Silva, Julyana Gall de. **Estar saludable en la adolescencia: La búsqueda de significados e implicaciones para las prácticas de cuidado de la salud.** Río de Janeiro, 2018. Tesis (Doctorado en Enfermería) - Escuela de Enfermería Anna Nery de la Universidad Federal de Río de Janeiro, Río de Janeiro, 2018.

Este estudio tiene como objetivo analizar las representaciones sociales de ser sana construidas por adolescentes, identificar las prácticas relacionadas a la salud que los adolescentes definen como representativas de ser saludables, describir creencias, normas, valores, actitudes que integran las prácticas relacionadas a su salud a la luz de estas representaciones sociales. Se trata de una investigación de naturaleza cualitativa exploratoria, teniendo como referencial teórico la Teoría de las Representaciones Sociales, en su abordaje procesal. La producción de datos fue hecha con aplicación de las técnicas de entrevista individual con guión semiestructurado y aplicación del método Photovoice. Participaron 65 adolescentes, con edad entre 12 y 19 años, habitantes del municipio de Petrópolis, del Estado de Río de Janeiro. La recolección de datos se dio en dos momentos: con realización de entrevista individual en que participaron 50 adolescentes y posterior producción de fotos fundamentada en el método "Photovoice", con 15 adolescentes de ambos sexos. En primer momento fue realizada, por medio de búsqueda en prontuario en la unidad Básica, la selección de los adolescentes moradores de una comunidad, con posterior selección de una escuela del mismo municipio para la constitución de dos grupos distintos de adolescentes. En ambas captaciones los adolescentes atendieron a los criterios de participación del estudio. Para el análisis de los datos provenientes de las entrevistas individuales se utilizó el software Alceste realizándose el análisis léxico del tipo estándar, seguido de análisis categorial de los discursos, pertinente al método de Photovoice. Los resultados evidenciaron la predominancia del sexo masculino representando el 51% de los entrevistados en la primera etapa, y el 49% del sexo femenino. En la etapa de Photovoice la predominancia fue del sexo femenino (ocho) y siete del sexo masculino. En el análisis léxico hubo el aprovechamiento del 81% del corpus distribuido en tres clases. Se observa que la clase 1 (47%) abarca la dimensión práctica de la alimentación diaria del adolescente y cómo tales

prácticas pueden influenciar la salud, siendo nominada de "Percepción de adolescentes sobre la práctica alimentaria sana". Las clases 2 (26%) y 3 (27%) que abordan las dimensiones afectiva y relacional de estar saludables en diferentes configuraciones y contextos, fueron nominadas "Asociación entre la práctica de actividad física, sedentarismo y sus consecuencias a la salud" y "O cuidado de sí ejercido por adolescente para el vivir saludable ", respectivamente. Las fotografías producidas revelan las principales preocupaciones de los adolescentes con las prácticas alimentarias y realización de actividades físicas, así como la preocupación frente al cuidado de sí en lo que se refiere a la sexualidad, al consumo de bebidas alcohólicas ya la importancia e influencias de sus relaciones sociales. En este sentido, la aplicación de multitécnicas permitió profundizar las dimensiones de las representaciones sobre ser saludables, lo que hace mejor identificar las percepciones y comportamientos de los adolescentes referentes al objeto en cuestión. Esta estrategia se mostró potente para generar datos de investigación, evidenciar representaciones sociales y, también, generar material para subsidiar acciones de educación en salud, además de potenciar la participación de adolescentes como protagonista de su historia. En lo que se refiere a la educación en salud, se crearon oportunidades para reflexionar sobre las acciones adoptadas por ellos y la promoción de la salud, a la luz de los sentidos y explicaciones sobre "ser / sano" en la adolescencia. Conocer las representaciones de adolescentes sobre ser saludables colabora con los profesionales de salud en el realineamiento de sus acciones, teniendo en cuenta el cuidado que este grupo poblacional requiere.
Palabras clave: Fotografía. Cuidados de Enfermería. Adolescencia. Psicología Social. Comportamientos saludables. adolescente

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Publicações de artigos científicos relacionados a temática proposta. **32**

Quadro 2: Dissertações produzidas na área da Enfermagem relacionadas a temática proposta. **33**

Quadro 3 - Classificação e codificação das variáveis do corpus submetido ao programa Alceste **63**

Quadro 4 – Número de participantes do sexo feminino a cada encontro. Petrópolis, 2018. **85**

Quadro 5 – Número de participantes do sexo masculino a cada encontro. Petrópolis, 2018. **85**

Quadro 6 – Dimensões das RS e suas respectivas classes **90**

Quadro 7 – Divisão das subcategorias de acordo com seus conceitos **92**

Quadro 8 – Palavras representativas da classe 1 **93**

Quadro 9 - Palavras representativas da classe 2 **109**

Quadro 10 - Palavras representativas da Classe 3 **117**

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização dos adolescentes segundo idade e sexo. Petrópolis, 2018. **83**

Tabela 2 – Distribuição do número de participantes segundo sexo e idade. Petrópolis, 2018. **83**

Tabela 3 – Motivação principal para a inscrição no projeto segundo o número de adolescentes participantes. Petrópolis, 2018. **84**

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB - Atenção Básica

AIDS - Adcquired immunodeficiency syndrome

BDENF - Base de dados em Enfermagem.

CHA - Classificação Hierárquica Ascendente

DNAISAJ - Diretrizes Nacionais de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes e Jovens

ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente

FASE - Faculdade Arthur Sá Earp Neto

FMP - Faculdade de Medicina de Petrópolis

HIV - Human Immunodeficiency Virus

IMC - Índice de massa corporal

IST – Infecçao Sexualmente Transmissível

LILACS - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde

NUCLEARTE - Núcleo de Pesquisa de Fundamentos do Cuidado de Enfermagem

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PCA - Pesquisa convergente-assistencial

PNAN – Política Nacional de Alimentação e Nutrição

PROSAD – Programa de Saúde do Adolescente

PSF - Programa de Saúde da Família

RS – Rerpresentações Sociais

SUS - Sistema Único de Saúde

TRS – Teoria das Representações Sociais

UCE - Unidades de contexto elementar

UCI - Unidades de contexto inicial

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01 – Distribuição do número de participantes entrevistados segundo o sexo. Petrópolis, 2018 **75**

Gráfico 02 - Distribuição dos participantes entrevistados por idade, Petrópolis 2018 **76**

Gráfico 03 – Distribuição dos participantes entrevistados por autodeclaração da cor. Petrópolis, 2018 **77**

Gráfico 04 – Distribuição dos participantes entrevistados por Naturalidade. Petrópolis, 2018. **78**

Gráfico 05 – Distribuição familiar em mesma residência dos participantes entrevistados. Petrópolis, 2018. **79**

Gráfico 06 – Distribuição dos participantes entrevistados por extrato de classificação econômica. Petrópolis, 2018. **80**

Gráfico 07 – Distribuição por religião dos participantes entrevistados. Petrópolis, 2018 **81**

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Representação gráfica dos resultados do processamento do texto pelo programa Alceste – Número de u.c.e e número palavras analisáveis por classe. **87**

Figura 2 – Divisão de Classes – Classificação Hierárquica Descendente **88**

Figura 3 – Dendrograma: Organização das classes a partir da análise lexical das entrevistas pelo programa Alceste **89**

Figura 4 – Categorias e Subcategorias desenvolvidas a partir da etapa de análise do *Photovoice* **91**

Figura 5 – Classificação Hierárquica Ascendente – Classe 1 **95**

Figura 6 – Nuvem de palavras “Alimentação na adolescência”. **100**

Figura 7 – Classificação Hierárquica Ascendente – Classe 2 **111**

Figura 8 – Classificação Hierárquica Ascendente – Classe 3 **119**

Figura 9 – Nuvem de palavras “Cuidado de Si e do outro” **126**

Figura 10 – Representações Sociais de Ser Saudável para o adolescente **142**

SUMÁRIO

1. CAPÍTULO I - CONSIDERAÇÕES INICIAIS 21

1.1 Objeto do estudo 21

1.2 Ser saudável como objeto de conhecimento psicossociológico 28

1.3 Justificativa e Relevância da Pesquisa 31

1.4 Contribuições do estudo 36

2. CAPÍTULO II - REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL 37

2.1 Ser saudável, o conceito de saúde e cuidado de si: Considerações preliminares 37

2.2 Promoção da Saúde do Adolescente: Políticas Públicas 43

2.3 Teoria das Representações Sociais e aplicabilidade nesta pesquisa 51

3. CAPÍTULO III – MÉTODO 58

3.1 Natureza e tipo de estudo 58

3.2 Participantes do estudo 58

3.3 Campo 59

3.4 Técnicas para produção e Análise dos dados 61

3.4.1 Entrevista individual **61**

3.4.2 O *Photovoice* **65**

3.4.2.1 Seleção dos participantes, organização e análise das informações **68**

3.5 Aspectos Éticos 73

4. CAPÍTULO IV - Condições para a produção das Representações Sociais 75

4.1 Caracterização dos participantes – Entrevista Individual 75

4.1.1 Avaliação sociodemográfica dos participantes e de sua família 75

4.2 Caracterização dos participantes – *Photovoice* 82

5. Capítulo V - Apresentação Geral dos Resultado **86**

5.1 **Representações Sociais do objeto "ser saudável" pelos adolescentes -** Entrevista Individual **86**

5.2 Representações Sociais do objeto "ser saudável" pelos adolescentes - Estudo *Photovoice* **90**

6. CAPITULO VI - "Percepção de adolescentes sobre o ato de se alimentar de forma saudável" **93**

VI.I. Apresentação dos Resultados – "Alimentação para o adolescente" **93**

VI.II. Discussão dos resultados – "Alimentação para o adolescente" **100**

7. CAPÍTULO VII - "Atividade física, sedentarismo e sentidos de saúde" **109**

VII.I Apresentação dos Resultados – "Sedentarismo x saúde" e "Cuidado de si e do outro" **109**

VII.II Discussão dos Resultados - "Sedentarismo x saúde" e "Cuidado de si e do outro" **126**

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS **141**

9. REFERÊNCIAS **146**

10. APÊNDICES **158**

APÊNDICE A - Roteiro de Entrevista individual **159**

APÊNDICE B - Ficha de inscrição no projeto *Photovoice* **161**

APÊNDICE C - Termo de autorização de uso de imagem do adulto **162**

APÊNDICE D - Termo de autorização de uso de imagem criança/adolescente **163**

APÊNDICE E - Termo de Assentimento **164**

CAPÍTULO I

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 Objeto de estudo

Atualmente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) definem a adolescência como um período da vida que se estende dos 10 aos 20 anos incompletos. De acordo com Ramos (2001) e Lima (2008), este período é subdividido em duas etapas: a pré-adolescência, que abrange o período dos 10 aos 14 anos, e a adolescência propriamente dita, compreendendo dos 15 aos 19 anos. Ao elaborar as Diretrizes Nacionais de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes e Jovens (DNAISAJ), o Ministério da Saúde seguiu o que OMS preconiza considerando o período entre 10 a 20 anos incompletos como adolescência e 15 e 24 anos como juventude (BRASIL, 2010); já o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 2008) abrange a adolescência dos 12 aos 19 anos incompletos, culminando na maioridade legal no Brasil. Para efeito desta pesquisa, a faixa etária considerada será de 15 a 19 anos incompletos, abrangendo a adolescência jovem.

A geração atual totaliza um pouco menos de 1,8 bilhões de jovens em uma população mundial de 7,3 bilhões. Em 1950 a proporção era de aproximadamente 721 milhões de pessoas com idade entre 10 a 24 anos em uma população mundial de 2,5 bilhões (DESA, 2014), demonstrando que apesar da tendência de envelhecimento da população garantida pela melhoria na qualidade de vida, a humanidade como um todo ainda é jovem (UNFPA, 2014).

Em 48 dos países menos desenvolvidos do mundo, a maioria das pessoas se encontra na adolescência com idade entre 10 e 19 anos. A maior proporção de jovens da atualidade encontra-se em países pobres, nos quais as barreiras ao desenvolvimento e realização do potencial desses jovens são maiores (UNFPA, 2014).

No ranking da população jovem mundial a Índia tem o maior número de jovens de 10 a 24 anos, com 356 milhões – mesmo tendo uma população menor do que a China, que possui 269 milhões de jovens. Esses países são seguidos pela Indonésia com 67 milhões de jovens, Estados Unidos com 65 milhões,

Paquistão com 59 milhões, Nigéria com 57 milhões, Brasil com 51 milhões, e Bangladesh com 48 milhões (UNFPA, 2014).

O Brasil apresenta uma população adolescente que se aproxima dos 35 milhões, o que equivale a 17,9% da população geral. Mesmo apresentando uma tendência de envelhecimento da população nos últimos anos, com redução sistemática dos segmentos etários mais jovens em termos relativos, o Brasil ainda pode ser considerado um país essencialmente jovem (IBGE, 2010).

Com a evolução de vários estudos e formulações teóricas sobre o desenvolvimento humano envolvendo várias ciências, o conceito de adolescência desenvolveu-se, apresentando-se ora restrita e exata, ora ampla, e muitas vezes diversificada, sem a ideal interação e unificação em torno de um conceito comum.

A OMS considera a adolescência um processo fundamentalmente biológico de vivências orgânicas, no qual se aceleram o desenvolvimento cognitivo e a estruturação da personalidade, além da aquisição de características e comportamentos que o capacite a assumir os deveres e papéis sociais do adulto (LIMA, 2008).

A fase da adolescência não pode ser restringida a uma transição da infância para a vida adulta, com pressupostos pautados estritamente na dimensão biofisiológica, esta deve, sim, inserir-se na construção de um sujeito permeado por fatores sociohistóricos. Neste sentido, esta fase deve abarcar as mudanças biológicas e também a ressignificação de papéis, de ideias e de atitudes, em que se estabelece o comportamento, a personalidade e o caráter, bem como a adoção de estilo de vida (TRAVERSO-YÉPEZ; PINHEIRO, 2002; LEÃO, 2005).

Deste modo, este período da vida é encarado como uma fase demarcada por diversas mudanças e complexidades, tanto do ponto de vista do desenvolvimento biológico e maturacional como da interação e inserção social. Assim, pode ser caracterizado como um período de vulnerabilidade no âmbito da saúde, necessitando de políticas intersetoriais que englobem aspectos da vida social, com ênfase em seu desenvolvimento pleno e autônomo.

Na literatura há uma ampla oferta de definições do que seja este período da vida. No que tange as teorias psicológicas que buscam entender o posicionamento do ser adolescente no mundo e auxiliam no entendimento de

como abordá-los no cuidado, constata-se comumente o destaque aos aspectos negativos da adolescência, ou seja, sua instabilidade, rebeldia e insegurança (SPOSITO, 2002).

As imagens que se constroem sobre os jovens influenciam nas maneiras como o compreendemos, e o caráter transitório que a adolescência tem enquanto fase da vida o coloca como um “vir a ser”, havendo com isso uma tendência de que se encare a juventude na sua negatividade, por aquilo que ainda não chegou a ser (DAYRELL; CARRANO, 2002).

Além disso, se constroem três tipos de imaginários sociais frente ao adolescente sendo um a visão mais romântica da juventude, principal fruto da indústria cultural e do mercado de consumo dirigido aos jovens, àquela concebida como como o período de liberdade, de prazer e de expressão de comportamentos exóticos e a terceira em que este é um momento de crise, uma fase difícil, marcada por conflitos de personalidade e de auto estima (DAYRELL; CARRANO, 2002).

Porém, a tendência que propõe a universalidade do estágio da adolescência está pautada no paradigma biomédico, que a considera como processo naturalizante, etapa de transição entre a infância e a idade adulta, tendo como base as transformações de caráter biológico ligadas à puberdade, desencadeando mudanças psicológicas e sociais, até atingir a maturidade (PERES; ROSENBURG, 1998).

Neste sentido, a promoção da saúde deve ocupar lugar de destaque na adolescência cuja atenção deve estar ligada ao desenvolvimento integral, contemplando: o cuidado com a qualidade das relações interpessoais; um aporte nutricional balanceado; boas condições de moradia e acesso aos serviços de saúde; o acesso à informação e à educação formal ou profissionalizante; e a prática de esportes e lazer para um bom desenvolvimento físico, emocional, intelectual e social (MUZA; COSTA, 2002).

Trabalhar com o adolescente não é uma tarefa fácil, pois há muitas complexidades a serem consideradas neste grupo quando o tema é a saúde e o cuidado. Isto pode ser constatado em estudo realizado como parte de um Projeto

Integrado[1], cujo tema se referiu à alimentação com a participação de adolescentes entre 12 a 19 anos que buscou entender o que pensavam e como agiam os adolescentes frente a esta temática. Este subprojeto se desenvolveu em duas fases: a primeira se relacionou ao saber do adolescente em relação à qualidade de sua alimentação, seus hábitos de consumo diários e a relação entre a alimentação e a saúde, e a segunda a partir da avaliação categorial dos hábitos alimentares diários de cada adolescente e a medição da altura e do peso corporal para o cálculo do índice de massa corporal (IMC), possibilitando o diagnóstico precoce de possíveis distúrbios de peso e a realização das devidas intervenções de enfermagem, evitando desencadear complicações mais severas na fase adulta.

Nesta fase fez-se a aplicação de um questionário misto com perguntas abertas relacionadas ao entendimento do adolescente sobre o que significa ter e praticar uma alimentação saudável e suas relações com sua saúde, e perguntas fechadas que buscavam identificar quais alimentos eram consumidos diariamente. Na segunda fase os adolescentes foram indagados sobre suas preferências diárias de alimentos e a relação com o seu peso corporal por meio do cálculo de IMC.

No que tange os resultados gerais deste projeto evidenciou-se que a alimentação está diretamente relacionada com a saúde na fase adulta, e que apesar dos adolescentes possuírem este entendimento, em sua maioria, preferem alimentos mais gordurosos típicos de preparações *fast-food*, justificando este fato com o pouco tempo disponibilizado para as refeições. Em outra vertente, o consumo de alimentos ocorre de forma variada e em diferentes preparações, abrangendo leguminosas e frutas, mas as guloseimas, alimentos ricos em gordura e carboidratos simples como o açúcar ainda são bastante evidentes na composição dos hábitos diários dos adolescentes (SILVA; TEIXEIRA; FERREIRA, 2012).

Outro destaque é que, apesar de eles terem preferência por estes alimentos, ainda há influência por parte da família, cujo papel principal se faz na figura materna, que é vista como intermediadora dos seus hábitos de

[1]Projeto intitulado "O adolescente e seu corpo: implicações para o cuidado de Enfermagem", sob coordenação da Profa. Dra. Márcia de Assunção Ferreira, financiado pela FAPERJ.

alimentação ditos como saudáveis ou não. Além disso, foi possível identificar como coocorrência nos dados que houve estabelecimento de relação entre a estética corporal e a disposição para atividades com o fato da prática de uma alimentação saudável e, consequentemente, representando o indivíduo adepto destas práticas como um ser saudável (SILVA; TEIXEIRA; FERREIRA, 2012).

A alimentação para o adolescente tem extrema relevância social para o grupo. Ao pensar sobre o tema e relacioná-lo a saúde o adolescente forma conceitos influenciados pela sociedade em que se insere, tornando-se passível de mudanças para se adequar ao seu grupo de convivência e ser aceito por ele.

Tais resultados evidenciam que a alimentação pode ser considerada um fenômeno socialmente relevante; com isso, nova pesquisa se desenvolveu com 27 adolescentes de ambos os sexos com idade entre 13 e 20 anos, cuja aplicação da Teoria das Representações Sociais (TRS) teve o intuito de entender de que forma os saberes do adolescente sobre o objeto influenciavam em suas práticas e as consequências destas práticas sobre a sua saúde. Nessa abordagem, objetivou-se identificar os conteúdos das representações sociais de adolescentes sobre a alimentação e analisar as relações que eles estabelecem entre a alimentação, o peso e a saúde (SILVA; TEIXEIRA; FERREIRA, 2014).

A aplicação da TRS em associação com o método da pesquisa convergente-assistencial (PCA) foi possível porque, à luz da TRS, os saberes implicam em práticas; portanto, esta teoria permite que o pesquisador entenda o porquê das ações dos sujeitos, a partir do que eles pensam sobre o objeto que lhes foi dado a pensar. A PCA atua junto aos participantes, justamente, para problematizar suas práticas com vistas a melhor entendê-las e a realinhá-las, se for o caso. Os resultados elucidaram os conteúdos das representações sobre a alimentação saudável e não saudável, que influenciam na ocorrência de doenças e sobrepeso.

Concluiu-se que os adolescentes têm conhecimentos sobre alimentação saudável e sobre os problemas que os maus hábitos alimentares podem trazer para a saúde tornando-o não saudável, sob sua ótica, estando a questão ligada mais à cultura e o prazer de tais práticas do que propriamente à informação (SILVA; TEIXEIRA; FERREIRA, 2012).

Ainda para aprofundamento do tema, a pesquisa realizada no mestrado[2] acessou os conteúdos constitutivos das representações sociais sobre alimentação saudável na adolescência, caracterizando as práticas de alimentação que fazem parte do cotidiano do adolescente com vistas a analisar as relações que os adolescentes estabelecem entre alimentação e saúde.

Como resultado, evidenciou-se que o adolescente, ao associar sua alimentação a saúde, forma uma figura tipo sobre ser saudável e não o ser. Nesta formulação o adolescente associa a boa forma do corpo, a boa aparência e a disposição na realização de tarefas como exercícios físicos. Surgiu, então, a questão de pesquisa a ser investigada nesta tese, qual seja: **esta imagem está diretamente relacionada à alimentação ou existem outras práticas em saúde que podem estar associadas a este estado de ser saudável ou não para o adolescente?**

Com base nos resultados das pesquisas realizadas anteriormente com os adolescentes, considera-se importante o estudo desse tema, uma vez que o mesmo circula no cotidiano do grupo, e que os saberes construídos pelos adolescentes sobre o que é ser ou não saudável podem orientar suas ações, sendo encaradas como guias das suas práticas e do seu grupo de pertença.

As representações sociais são construídas socialmente, pois nascem de um conhecimento partilhado por um grupo, porém são utilizadas de forma individual na tomada de decisão dos sujeitos, neste caso o adolescente, frente ao objeto social "ser saudável", representado individualmente, mas com reflexo do grupo, possuindo função adaptativa e de aceitação dentro de um mesmo grupo. A investigação sobre as RS enfatiza a articulação entre o indivíduo e o grupo em que se constrói e representa o objeto social, o que possibilita entender uma forma de apreensão da realidade desses adolescentes sobre temas específicos e pertinentes a suas vidas cotidianas (QUINTERO, 2008).

Com isso, **a problemática desta pesquisa se sustenta a partir da relação do modo de pensar e de agir quanto à saúde de adolescentes, frente ao que o adolescente considera como ser saudável, de forma que se compartilhe o conhecimento socialmente elaborado referente ao seu**

[2] Dissertação de mestrado intitulada "Sentidos e prática de adolescentes sobre alimentação saudável: Subsídios para o cuidado de Enfermagem".

desenvolvimento individual e coletivo.

A idealização de ser saudável circula no meio dos adolescentes por meio da elaboração de conceitos sobre as práticas que o levam a ser ou não saudável. Tais práticas podem ser influenciadas pela sociedade nos discursos midiáticos que veiculam, principalmente, a valorização da atividade física, do corpo dito como perfeito (CROMACK, et al., 2009).

Nessa perspectiva, considerar a representação do ser saudável entre adolescentes escolares significa compreender o contexto em que eles se inserem e as construções advindas das suas relações sociais. Estudar este objeto permite ainda o confronto entre o saber de senso comum e o saber científico, favorecendo a construção de um referencial explicativo com vistas a contribuir para avaliação e acompanhamento da saúde do adolescente.

Além disso, é essencial criar condições para o entendimento das representações que o adolescente tem do processo de ser saudável, garantindo um conhecimento mais abrangente e contextualizado desse processo, possibilitando um entrelaçamento de saberes, contribuindo para esta questão e consubstanciando conhecimentos pertinentes para a adoção e implementação de projetos e políticas voltados para a atenção integral do adolescente, de forma concreta e efetiva.

Apesar das políticas de saúde destinadas ao adolescente estarem se pautando em questões sociais com a influência de grupos de pertença e de sua família, ainda há carência na abordagem pelos profissionais de saúde a estes aspectos. As questões ligadas à saúde dos adolescentes têm sido predominantemente interpretadas segundo o paradigma biomédico, enfocando a adolescência como um fenômeno natural, universal, que não considera o contexto em que esse indivíduo está inserido.

Paradoxalmente, a prática de cuidados e assistência ao adolescente apresenta-se como desafio, na medida em que diversos fatores associados estão relacionados nesse processo. Mudanças nos padrões de morbimortalidade para esta faixa etária, as ações e serviços disponibilizados, situações envolvendo a relação adolescente-profissional, as relações familiares, sociais, econômicas e educacionais, dentre outras, sintetizam a complexidade que envolve o cuidado ao adolescente.

Neste ínterim, entender este modo de pensar e agir pode favorecer o

atendimento de Enfermagem a este grupo, pois o conhecimento dos saberes que influenciam as práticas e/ou hábitos auxilia na forma de como será desenvolvido o processo de cuidar, principalmente para verificar que aspectos podem ser preservados, e se há necessidade de acomodação ou repadronização de outros e, assim, o profissional de Enfermagem estará mais capacitado a entender certas atitudes e comportamentos do adolescente, propiciando um cuidado realmente significativo e direcionado as suas reais necessidades.

1.2 Ser saudável como objeto de conhecimento psicossociológico

O processo saúde-doença compreende construções e variáveis que estão relacionados entre si, historicamente às questões do aparecimento da doença e a manutenção da saúde que denota a produção cultural do contexto em particular, na medida em que "*representa o conjunto de relações e variáveis que produz e condiciona o estado de saúde/doença da população, modulado/modificada em diversos momentos históricos do desenvolvimento científico da humanidade*" (ALMEIDA et al.,1998, p. 13).

Este processo representa o conjunto de relações e variáveis que influenciam diretamente o estado de saúde-doença de um indivíduo, família e comunidade. Deste modo, acompanha a dinâmica sociocultural de uma sociedade estando ligado ao conhecimento produzido, acumulado e perpassado pelos paradigmas que regem a vida social.

No que diz respeito ao adolescente e sua saúde, a dinâmica do processo saúde-doença aproxima-se muito dos pressupostos disseminados pelo paradigma do completo bem-estar e ausência de doenças. Nessa perspectiva, vale salientar que os modelos tradicionais de saúde pública e assistência à saúde, concebidos de forma fragmentada, isolada e independente, não respondem às necessidades do adolescente (SILVA, 2011).

No campo das representações sociais, a investigação no âmbito da saúde tem se mostrado em constante evolução nas últimas décadas. As relações entre representações sociais e saúde estão imbricadas numa relação lógica que as une, na medida em que "*o vínculo histórico é evidente, pois foi em torno de*

questões ligadas à saúde psíquica e física que esse campo de estudo foi elaborado" (TOMAIM et al., 2007, p.4).

O ser saudável envolve tanto a subjetividade individual quanto a construção do conhecimento social, em intensa interação. Compreende o processo de viver, através dos significados, valores, crenças, relações interpessoais, contextos socioeconômicos e familiares. Implica também o significado construído socialmente sobre o processo saúde e doença (SILVA, 2011).

Como as representações sociais englobam o conjunto de proposições e explicações originadas na dinâmica das relações sociais do cotidiano, permitem a compreensão destas relações e, consequentemente, da própria dinâmica social, tornando-se uma teoria eficaz para apreensão dos determinantes dos comportamentos e das práticas sociais referentes à saúde entre adolescentes.

Compreender o ser saudável, a partir da ótica dos adolescentes, corrobora para construção de um significado focado nas relações sociais e reais necessidades cotidianas. Trata-se de aproximação de conhecimentos, envolvendo o senso comum e o conhecimento científico, permitindo um olhar mais abrangente sobre este fenômeno. Permite a familiarização com o objeto social e o confronto com o conhecimento compartilhado e elaborado cientificamente, favorecendo a construção de um referencial explicativo com vistas a contribuir para avaliação e acompanhamento da saúde do adolescente (SILVA, 2011).

O ser saudável é fruto de um processo singular, complexo e plural, que perpassa pela própria construção de significados enquanto uma:

> Construção a partir das condições reais em que se vive e a partir das interações que se constrói com os espaços que se compartilha. Compreender o ser e o viver no mundo implica em compreender o ser a partir do significado que cada indivíduo, na sua singularidade, atribui às suas vivências, comportamentos, interações, enfim, aos diferentes movimentos de ser e relacionar-se neste mundo (ERDMAN et al., 2009, p.23).

O conhecimento socialmente compartilhado sobre ser saudável constituiu-se como um processo psicossocial e sociocognitivo, dando contornos sobre a forma de conceber o mundo e de comunicar-se, influenciando sobremaneira, no significado e nos comportamentos dos adolescentes sobre

viver saudável. A concepção que o ser saudável não se constitui como um ato físico-biológico apenas, mas sim um fenômeno social, permeado por relações e dimensões complexas, possibilita a compreensão da construção cotidiana sobre esta temática por parte de adolescentes (SILVA, 2011).

Os objetos de pesquisa em RS são psicossociológicos, guardando relações entre o universo subjetivo e social dos sujeitos. Uma das premissas desta teoria é que na formação das RS, os sujeitos processam as informações advindas do universo científico com as que circulam nas conversações cotidianas e com os saberes de suas próprias experiências sensíveis. Reelaboram o conhecimento que os ajuda a orientar suas ações (JODELET, 2001).

Frente a estas construções e questionamentos, o objeto desta pesquisa é o ser saudável na visão de adolescentes à luz de suas representações sociais. O uso da TRS se justifica, pois permitirá entender os sentidos e a imagética vislumbrada do que é ser saudável e não saudável sob a ótica deste grupo buscando identificar como se portam em relação a sua saúde frente suas construções e como estas influenciam seus hábitos de saúde e sua forma de viver.

Deste modo, esta investigação foi norteada pelas seguintes questões:

- **Central**

1. Que sentidos os adolescentes constroem para o estado de ser saudável?

- **Secundárias**

11. Que elementos organizam o conceito representacional do ser saudável?
12. Que práticas de cuidado à saúde tais sentidos sugerem?

Logo, para responder tais questões os objetivos são:

- **Geral:**

1. Analisar o conteúdo das representações sociais de ser saudável construídas por adolescentes;

- **Específicos:**

1. Identificar as práticas relacionadas à saúde que os adolescentes definem como representativas de ser saudável;
2. Descrever crenças, normas, valores, atitudes que integram as práticas relacionadas a sua saúde à luz destas representações sociais;
3. Avaliar tais representações no tocante à promoção da saúde do adolescente.

1.3 Justificativa e Relevância da Pesquisa

Com o intuito de se conhecer a produção científica sobre este assunto para se justificar a presente pesquisa, buscou-se saber o que se tem produzido, nacional e internacionalmente, na área de enfermagem sobre o tema.

A busca foi realizada em periódicos de enfermagem indexados em bases de dados como Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS), Base de dados em Enfermagem (BDENF), ADOLEC/BVS e MEDLINE. Além disso, buscou-se a produção de Teses e Dissertações que abordassem a temática indexadas à base Minerva da Universidade Federal do Rio de Janeiro e no Banco de Teses do portal da CAPES.

Como descritores em saúde e palavras-chave foram utilizados: [Adolescente], [Comportamentos Saudaveis], [Enfermagem], [Fotografia] e [Psicologia Social]. Utilizou-se o operador boleano and, e os descritores para a restrição da amostra. Na busca realizada no portal CAPES foi inserida a palavra-chave Representações Sociais, a fim de ampliar a busca. Não houve recorte temporal estipulado de modo a ampliar as buscas por artigos científicos que possam contribuir para o estudo. Como critérios de inclusão foram utilizados periódicos online que abarcassem o tema e estivessem disponíveis com formato em texto completo, nos idiomas português, espanhol e inglês. Foram excluídos aqueles em duplicidade, e os sem texto completo, estando somente disponíveis para a leitura os resumos. E também aqueles que apesar de apresentarem os descritores utilizados não se adequavam na temática proposta.

Estes dados foram organizados, quantificados e analisados observando suas confluências e divergências com o tema em questão. Esta análise permitiu

identificar que os temas abordados abrangem questões do processo saúde e doença nesta fase no que tange as principais doenças que atingem o adolescente, medidas de prevenção e promoção da saúde, comportamentos de risco, relações do usuário adolescente com os serviços de saúde e estilo de vida e saúde.

Apresenta-se, portanto, o quantitativo dos estudos e suas respectivas bases, assim como o quantitativo daqueles que tinham algum tipo de relação com a temática desta pesquisa. Ao associar os descritores foram encontrados um total de 319 artigos científicos, destes 132 possuem a versão de texto completo disponível para acesso e apenas sete apresentavam alguma interligação com a temática proposta neste estudo, porém nenhum utilizando a mesma metodologia. Em relação à produção de teses e dissertações apenas duas contemplavam a temática proposta sobre o adolescente e sua saúde, uma que utiliza o método *Photovoice* em pesquisas de Enfermagem, porém não se relacionavam à proposta deste projeto. Os demais estudos encontrados centralizam a temática em problemas de saúde específicos.

A quadro 1 elenca as produções de artigos científicos encontrados em acordo com o ano de publicação e periódico e no quadro 2 constam as dissertações encontradas na Base Minerva produzidas na área da Enfermagem.

Quadro 1: Publicações de artigos científicos relacionados a temática proposta.

Título	Autor	Periódico	Ano de Publicação
Promoção da saúde e qualidade de vida entre mães de pré-adolescentes: uma etnografia enfocada	Ludueña, Alicia Del Carmen; Olson, Joanne K.; Pasco, Alberta Catherine Y.	Rev. latinoam. enferm	2005
A saúde e sua forma de viver: perfil dos graduandos em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro	Reis, Adriana Teixeira; Pereira, Viviane Rocha Feijó; Parreira, Danielle Cristina de Mello; Teixeira, Karla Moreira.	Rev. eletrônica enferm;	2007
Uso da fotografia como método de coleta de informações: estudo qualitativo com adolescentes com câncer	Rossari, Úrsula VogelSchmitz; Motta, Maria da Graça Corso da.	Rev. gaúch. enferm.	2009

Significado de viver saudável para jovens que integram um projeto de inclusão social	Backes, Dirce Stein; Backes, Marli Stein; Koerich, Magda Santos; Baggio, Maria Aparecida; Carvalho, Jacira Nunes; Meirelles, BetinaSchlindwein; Erdmann, AlacoqueLorenzini.	Rev. eletrônica enferm	2009
Atitudes e comportamentos de adolescentes em relação à ingestão de bebidas alcoólicas	Silva, Sílvio Éder Dias da; Padilha, Maria Itayra	Rev. Esc. Enferm. USP	2011
Using Photovoice to explore patient perceptions of patient-centered care in the Veterans Affairs Health Care System	Balbale, SN; Morris MA; LaVela, SL	Patient	2014
Nursing and health sciences workforce diversity research using Photovoice: a college and high school student participatory project.	Benavides-Vaello S; Katz JR; Peterson JC; Allen CB; Paul R; Charette-Bluff AL; Morris P	J NursEduc	2014

Quadro 2: Dissertações produzidas na área da Enfermagem relacionadas a temática proposta.

Título	Autor	Unidade	Ano de Publicação
Autopercepção da saúde pelo escolar adolescente: um enfoque de enfermagem.	Craveiro, Maria Consuela.	EEAN - UFRJ	1982
Estudo comparativo da situação de saúde do adolescente Latino-Americano: Brasil e Colômbia.	González Ávila, Glória Inés.	EEAN - UFRJ	1996
Potencialidades e limitações do uso da fotografia na pesquisa qualitativa de enfermagem.	Sartorio, Natalia de Araujo.	USP	2011

Nos anos de 1982, 1996 e 2011 houve a produção de uma dissertação de mestrado para cada ano que se aproximasse a temática proposta. Quanto à produção de artigos científicos se dividiu de modo que em 2005 houve um artigo publicado, assim como 2007 e 2011. E em 2009 e 2014 houve duas produções

cada. Isso mostra a importância de investimentos em estudos sobre este assunto na Enfermagem, de forma a tornar o cuidado em saúde mais eficaz a este grupo.

Considerando-se o que foi encontrado, o tema sobre representação do que é ser saudável na adolescência é chave para discussão no campo da saúde, em virtude de estar interligado às medidas preventivas de diversos agravos. Devido ao fato da adolescência ser marcada por mudanças psicoafetivas e de conduta, constituindo um dos grupos mais sensíveis a graves problemas, a pesquisa de representações sociais ligadas ao tema proposto é necessária, justificando, portanto, o projeto em tela.

O Enfermeiro é o principal profissional de saúde que participa de programas e atividades da educação visando à melhoria da saúde do indivíduo, da família e da comunidade mostrando alternativas para que estes tomem atitudes que lhe proporcionem saúde em seu sentido mais amplo (OLIVEIRA; GONÇALVES, 2004).

Entre os grupos que merecem especial atenção em educação em saúde na atualidade está a adolescência, que, nas últimas décadas, têm se tornado alvo de estudos e passaram a merecer maior atenção em termos de saúde devido às mudanças físicas, psíquicas e sociais próprias desta fase que se configura em um quadro de vulnerabilidade social e de saúde (RESSEL et al.., 2009).

Neste grupo, as ações de educação em saúde desenvolvidas por enfermeiros são estratégicas para estimular o debate sobre temas de interesse do adolescente, considerando o contexto cultural no qual estão inseridos, em um processo contínuo e crescente de aprendizagem, contribuindo efetivamente para ampliar conhecimentos, modificar atitudes e habilidades relacionadas com comportamentos ligados à saúde (AMORIM, et al., 2009).

As ações educativas devem começar pela puberdade, considerada a etapa inicial da adolescência, e refere-se a alterações biológicas que possibilitam o completo crescimento, desenvolvimento e maturação sexual ocorrendo simultaneamente com as transformações comportamentais e psicossociais da adolescência, gerando mudanças no modo de pensar e agir, e no desempenho dos seus papéis sociais provocando mudanças nas relações do adolescente com sua família, amigos e companheiros e ainda na maneira como ele próprio se percebe como ser humano (BRASIL, 2008a).

O Programa de Saúde do Adolescente o concebe enquanto grupo beneficiário e importante recurso para a promoção da saúde, tendo como finalidade promover, integrar e incentivar atividades no sentido de promoção da saúde, identificando grupos de risco, detecção precoce de agravos, tratamento adequado e reabilitação dos indivíduos etários, sempre de forma integral, multisetorial e interdisciplinar, garantindo também a referência e contrarreferência nos diferentes níveis de complexidade da assistência, buscando a redução da morbimortalidade e os desajustes individuais e sociais (BRASIL, 1993).

Compreender a magnitude que envolve a complexidade do ser adolescente, tanto no que tange aos agravos à saúde e a adoção de uma política intersetorial voltada para este grupo em especial, como também das reais necessidades que o adolescente apresenta, é de fundamental importância (HORTA, 2006).

A identificação dos principais problemas, a seleção de prioridades e a definição de estratégias de atuação devem fazer parte de um processo que envolva adolescentes, jovens, familiares e profissionais de diferentes setores. A equipe de trabalho deve estar pautada na inter e multidisciplinaridade, enfatizando a qualificação e educação permanente como um dos pontos-chave para a consecução de um atendimento focado na integralidade do cuidado (LEÃO, 2005).

Neste contexto, é de extrema relevância conhecer os pensamentos do adolescente sobre sua saúde e quais conceituações ele constrói para delimitar suas práticas. Conhecendo tais conceitos permitem que o enfermeiro direcione suas ações no que tange o atendimento de enfermagem a esta clientela atingindo suas reais necessidades em saúde, permitindo também a criação do sentimento de confiança entre profissional e cliente essencial para a eficácia no atendimento. Além disso, este estudo aborda as temáticas de estudos propostas pela Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde no que tange pesquisas relacionadas à saúde do adolescente, em seu tópico 7.2 que descrimina avaliação de políticas, programas, serviços e tecnologias (BRASIL, 2008b, p.23).

1.4 Contribuições do estudo

Esta pesquisa contribuiu para a produção do conhecimento em Enfermagem e consequentemente para a saúde do adolescente, visando o debate sobre a saúde desse grupo e somando-se aos investimentos científicos feitos pelo Núcleo de Pesquisa de Fundamentos do Cuidado de Enfermagem (NUCLEARTE), o qual este projeto se insere, no que tange suas concepções teóricas de cuidados, aos cuidados fundamentais em saúde e as tecnologias do cuidar.

O cuidado fundamental é aquele que traduz “a verdadeira essência da enfermagem”, ou seja, “visa promover a preservação e proteção da vida, a promoção do conforto e bem-estar ao ser humano” (FERREIRA, 1993, p.03). A presente pesquisa de enquadra em tal definição uma vez que poderá permitir a construção de novos conhecimentos que tangenciem novas formas de cuidar visando à promoção da saúde e prevenção de agravos aos adolescentes.

Além disso, esta pesquisa gera contribuição de ordem teórica, prática e política. Teórica no sentido de gerar conhecimentos para o campo do cuidado de Enfermagem e para a área da psicossociologia, mormente para o campo das representações sociais, seus processos e estados no que tange ao fenômeno investigado.

Prática, em especial, no que tange o atendimento de enfermagem ao adolescente, para que este seja mais eficaz e direcionado às necessidades em saúde dos mesmos, pois uma vez conhecendo a representação social do objeto em questão para o grupo se torna mais fácil estabelecer uma conversação mais próxima a sua realidade contribuindo para o processo de educação em saúde, possibilitando o acesso aos saberes sociais e as práticas em saúde.

E por fim Política, no sentido de gerar subsídios para o aperfeiçoamento de políticas e programas destinados a saúde do adolescente, de modo a intensificar suas ações de vigilância a saúde e de educação para a melhoria e manutenção da mesma.

CAPÍTULO II

REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL

2.1 Ser saudável, o conceito de saúde e cuidado de si: Considerações preliminares

A definição do conceito de saúde tem sido há muito tempo alvo de constante reflexão. Há dificuldade de se encontrar um conceito que englobe todas as suas instâncias formando uma única acepção, considerando o contexto sociocultural da população. Vale ressaltar que a dificuldade de se encontrar tal definição para este conceito parece advir desde a antiga Grécia (COELHO; ALMEIDA FILHO, 2003).

Cada adolescente vivencia o ser saudável de forma singular. É preciso levar em conta fatores, como a história de vida do adolescente, o contexto socioeconômico-cultural, as possibilidades interativas, dentre outros. No processo de viver saudável, além dos componentes orgânico-funcionais, estão presentes também elementos de ordem social e cultural, bem como aqueles de natureza subjetiva relacionados ao modo como cada adolescente enxerga sua saúde, em sua singularidade, processa os diferentes movimentos/eventos do dia a dia.

Considerando os diferentes fatores envolvidos no cotidiano e imaginário social, pode-se inferir que o entendimento de viver e ser saudável não é um processo simples ou fácil de ser decifrado, sobretudo quando associado à vulnerabilidade social em que se enquadra tal população, no caso deste estudo o adolescente.

Sob esse enfoque, o conceito de saúde, bem como o de viver saudável, precisa, gradativamente, ser ampliado e relacionado no sentido de compreender as múltiplas dimensões determinantes sociais e biológicos que integram o processo saúde-doença (NICHIATA et. al, 2008). Dessa forma, visa-se ampliar o conceito de ser, viver e estar saudável (STEIN BACKES, et. al, 2009), ao atribuírem um significado não apenas racional/biológico ao processo saúde-doença, mas também sua dimensão social, emocional, econômica e espiritual, associada a fatores, tanto internos como externos que interferem no imaginário real e concreto dos adolescentes e passam a determinar suas escolhas e

práticas de saúde.

No Brasil, a Constituição de 1988 (BRASIL, 2004), seção II – sobre saúde, artigo n.196, diz: A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação. O relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde afirma que, em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso a serviços de saúde, e a posse da terra. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem acarretar grandes desigualdades nos níveis de vida. Embora seja a saúde um direito assegurado na Constituição do país, a realidade mostra uma distância muito grande deste propósito, quando se depara com o conceito da 8ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1986).

Levando em consideração, tais fatores, chega-se a conclusão de que entender tais conceitos na saúde do adolescente se tornam muito importantes pois, facilitam o processo de prevenção de agravos através da identificação precoce de potenciais riscos à saúde.

Assim como o conceito de ser saudável, conceito de saúde de alguma forma está vinculado ao contexto socioeconômico e político-cultural de cada sociedade, sendo diferenciado de acordo com cada época e lugar. Além disso, podem-se atribuir novos significados às práticas em saúde, pela apreensão do que é singular e do que pode estar diretamente relacionado aos aspectos globais de vida. Dito de outro modo, significa apreender o viver saudável, como um processo singular e multidimensional que não pode ser apreendido e definido como algo objetivo, estático ou como um fim em si mesmo. Assim se estabelece uma relação direta com o conceito de saúde podendo-se afirmar que:

> Conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja: saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas, dependerá da época, do lugar e da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas. O mesmo, aliás, pode ser dito das doenças. Aquilo que é considerado doença varia muito (...) (SCLIAR, 2007, p.30).

Como processo dinâmico o ser e viver saudável alcança a complexidade inerente ao ser humano. Compreender esse processo, baseado nos saberes e competências apreendidos pelo adolescente a partir de seu grupo social e sua família, abre espaços para novas formas de pensar e agir em cuidado a saúde, capazes de reconhecer e valorizar tanto o envolvimento ativo dos adolescentes como dos profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, em diferentes cenários sociais de atuação.

Enfatizando estas afirmações, com a criação da Organização das Nações Unidas (ONU) e, posteriormente, da OMS, é que no dia 07 de abril de 1948 esse órgão divulga a sua carta de princípios definindo que “Saúde é o estado mais completo de bem-estar físico, mental e social, não sendo apenas a ausência de enfermidade” (SCLIAR, 2007, p.37). O conteúdo deste conceito visa expressar saúde como possibilidade de vida plena sem restrições.

Por envolver diferentes dimensões e aspectos constitutivos, ainda é bastante difícil uma definição de saúde. Ao contrário da doença a saúde parece ter recebido pouca atenção de filósofos e cientistas. Lembrando que a dificuldade de definir a saúde é reconhecida desde a Grécia antiga (COELHO; ALMEIDA FILHO, 2003), e tendo como princípios epistemológicos a complexidade e a incerteza do conhecimento (MORIN, 2006), não se pode encontrar uma acepção única, mas sim deve-se aceitar e apresentar diferentes olhares que se propõem à difícil tarefa de compreensão desse fenômeno, principalmente quando se trata da saúde do adolescente, já que nesta fase a construção de conceitos e saberes está diretamente atrelada a construção de um ser social caracterizado e envolvido diretamente com a realidade que lhe permeia.

Porém trabalha-se com o conceito de saúde que enfatiza a questão do bem-estar e que foi amplamente criticado tanto pelo forte caráter subjetivo do mesmo bem como por sua característica inalcançável (SEGRE; FERRAZ, 1997). A subjetividade aplicada ao conceito de saúde-doença, implícita também na definição de bem-estar, poderia implicar na impossibilidade de se medir o nível de doença da população. A expressão “completo estado” revela uma idealização do conceito, que além de tornado inatingível, não pode ser usado como meta pelos serviços de saúde e que dessa forma o tornaria um conceito pouco prático para o cotidiano dos profissionais de saúde (BATISTELLA, 2007, p. 57).

Com o passar dos anos e as crescentes discussões em torno do conceito da OMS, uma nova conceituação de saúde foi divulgada em 1974. Este conceito enfoca principalmente a análise dos fatores que interferem sobre a saúde das pessoas, e dentre esses, em quais a saúde pública deve intervir (SCLIAR, 2007). Este novo conceito, então, compreendia vários aspectos intervenientes no processo de saúde humana, a saber: a biologia humana e o meio ambiente e o estilo de vida envolvendo resultados de decisões que afetam diretamente a saúde.

Para elucidar o conceito ampliado de saúde, retoma-se o enunciado sistematizado no âmbito da Reforma Sanitária brasileira, que descreve: Em sentido amplo, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, é principalmente resultado das formas de organização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986. p. 4).

Sendo um objeto complexo, o entendimento do que é saúde apresenta uma interdependência de diversas dimensões, tais como: econômica, política, educacional, estilo de vida, transcendental, ética, ecológica, epidemiológica e estratégica. Sabe-se que a exclusão social está aumentando em todo o mundo e é altamente responsável pela falta de equidade na saúde já que a desigualdade social se encontra associada à desigualdade em saúde. Dentro do conceito de promoção de saúde, a justiça social e a equidade são pré-requisitos para alcançar a melhor saúde e o bem-estar da população, sendo a democracia e o respeito aos direitos humanos, qualidades inerentes à construção de ambos os pré-requisitos (RESTREPO, 2001).

Promover a saúde alcança, dessa maneira, uma abrangência muito maior do que a que circunscreve o campo específico da saúde, considerando se o ambiente em sentido amplo, o que abarca a perspectiva local e global, além de incorporar-lhe elementos físicos, psicológicos e sociais (CZERESNIA, 2003FISER). Os termos educação em saúde e promoção em saúde têm gerado confusões. Na educação em saúde, procura-se desencadear mudanças de comportamento individual, ao passo que na promoção em saúde, muito embora esta inclua sempre a educação em saúde, procura-se provocar mudanças de

comportamento organizacional, capazes de beneficiar a saúde de camadas mais amplas da população (MALTA et al., 2016).

Neste contexto, se associa as práticas do cuidado de si, pelo adolescente, que têm como objetivo comum a conversão a si a partir do princípio do bem, que deve ser procurado no próprio sujeito. Pode-se resumir este ponto na fórmula de poder pertencer a si, ser "seu" (FOUCAULT, 2002).

O "Cuidado de si mesmo" supõe uma relação particular com a verdade e com o saber, mas também com a ação. O sujeito pôde ser pensado como um produto passivo, efeito das diferentes técnicas de dominação, mas, a partir de 1980 começa a ser pensado como alguém com autonomia relativa (FOUCALT, 2004). O sujeito emerge segundo essa ideia, no entrecruzamento dos determinantes históricos e técnicas de dominação e uma técnica de si. Essa oposição entre as duas técnicas deixa lugar a uma primeira conclusão: o cuidado de si mesmo se opõe a qualquer tipo de sujeição, sendo esse cuidado *"[...] uma análise daquilo que aceitamos, rejeitamos, daquilo que queremos mudar em nós mesmos e em nossa atualidade"* (FOUCAULT, 2004, p.638).

O cuidado de si pode ser entendido como o conhecimento de si, que exige um certo número de regras de conduta e princípios que precisam ser conhecidos. Assim, o sujeito encontra sua singularidade através da valorização de si próprio e do conhecimento de si realizado através do cuidado de si mesmo (FOUCAULT, 2010). Não é possível cuidar de si sem se conhecer e advém deste conhecimento conhecer regras de conduta e princípios concomitantes com verdades e prescrições em que "cuidar de si é se munir dessas verdades" (FOUCAULT, 2006, p. 269).

O cuidado com o corpo aumenta significativamente e o conhecimento do corpo segue em um progresso cada vez maior, deixando a impressão que o cuidado demasiado em outras épocas dispensado à alma, agora vigora sobre o corpo. Tal cuidado coloca o caráter do sujeito em uma condição vulnerável, pois se for dado demasiado cuidado de um sobre o outro a constituição do sujeito fica debilitada (FOUCAULT, 1984).

Desta forma, a visão sobre o corpo é de um olhar instrumental, em que tanto o cuidado exagerado quanto o conhecimento ilimitado do corpo podem produzir a sua instrumentalização. Se o cuidado demasiado o coloca em situação de evidência e o instrumentaliza, o conhecimento sobre o corpo se

concretiza sob sua instrumentalização, pois a maior proporção desse conhecimento estabeleceu-se nas relações de poder exercidas sobre ele, na disciplina imposta aos corpos. Portanto, as dificuldades enfrentadas hoje estão vinculadas no poder enraizado sobre o corpo (FOUCAULT, 1984).

Assim, o sujeito trata-se de uma ação reta ligada a uma verdade que não é necessariamente conhecimento verdadeiro, ou um conhecimento científico. O sujeito de “cuidado de si mesmo” deve tornar-se sujeito de verdade, construída a partir de seus saberes e de suas relações.

Nesta perspectiva, a prática do cuidado de si na enfermagem está intimamente relacionada ao modo como os profissionais de enfermagem se relacionam com as pessoas sob seus cuidados. Visto que, cuidar de si é uma maneira de o ser humano estruturar-se, de entrar em sintonia consigo e com o mundo. O modo como o ser demonstra o cuidado para consigo e para com o outro revela o ser humano que é, pois se o cuidado de si inexiste, o ser humano pode se desestruturar, prejudicando a si mesmo e, eventualmente, àquilo ou àquele que a ele estiver relacionado (BAGGIO, 2008).

O grande desafio se perfaz a partir da valorização do cuidado de si, que só ocorre nesta fase quando percebido como essencial ao ser humano, a partir do momento que se tema consciência do estilo de vida que se adota e suas consequência a saúde e o estado de ser saudável, uma vez que o não aparecimento de doenças faz com que não se estabeleça a devida importância a prática diária do cuidado de si (REIBNITZ, et al., 2003).

O cuidado de si é tratado desta forma, em que o sujeito, nesse caso o adolescente, se opõe a sujeição ou submissão de apreender o que lhe é passado. O adolescente se coloca como sujeito crítico capaz de associar o caráter científico a sua realidade posta, exercendo sua própria técnica de cuidado de si.

Pode-se afirmar que a formulação do conceito de saúde, do conceito de ser saudável, do conceito de cuidado de si e as diversas formas e práticas para mantê-las estão diretamente ligados uma vez que ambos se perfazem através dos saberes e do contexto social de seus sujeitos, de forma a se definir conceitos e as ações que irão determinar as consequências sobre a própria saúde.

2.2 Promoção da Saúde do Adolescente: Políticas Públicas

Ao se definir os conceitos de saúde e o que se espera nas construções de tal conceito, por parte do adolescente, não se pode deixar de lado como o cuidado a saúde deste grupo vem sendo abordado quando se trata da construção de políticas públicas, que visem a atenção integral a saúde do adolescente.

Em 1988, a partir da Constituição vigente, o Brasil passa a olhar as crianças e os adolescentes não mais como “um feixe de carências, e eles passam a ser percebidos como sujeitos de sua história e da história de seu povo, como um feixe de possibilidades abertas para o futuro”. A criança e adolescente então chamados por menor deixa de ser objeto da lei e transforma-se em sujeitos de direitos.

Em se tratando da doutrina de proteção integral ao contemplá-la na Constituição Federal de 1988, em seu artigo 227°, descreve-se:

> É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, a saúde, a alimentação, a educação, ao lazer, a profissionalização, a cultura, a dignidade, ao respeito, a liberdade e a convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda a forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1998).

A década de 1990 é considerada um marco histórico para as políticas públicas para os adolescentes através da criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), aprovado pelo congresso Nacional e que reúne reivindicações de movimentos sociais que trabalhavam em defesa da ideia de que crianças e adolescentes são também sujeitos de direitos e merecem acesso à cidadania e proteção e a criação do Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD).

O ECA tem como base a Convenção Internacional dos Direitos das Crianças e da Declaração Universal dos Direitos da Criança de 1979. Juntamente com os diplomas jurídicos da Constituição Federal de 1988 e as Leis Orgânicas de Saúde, proporcionou a criação e legitimação de um novo paradigma e compreensão do adolescente na sociedade. Os adolescentes passaram a ser considerados sujeitos sociais e autônomos, devendo ser

inseridos nas decisões do Estado (MICELI KERBAUY; KEUBAUY; TERESA, 2005; LEÃO, 2005).

O PROSAD foi o primeiro programa de saúde direcionado aos adolescentes, o que representou um avanço em termos de saúde pública destinada a essa população; contudo, alguns aspectos do Programa foram se mostrando contraditórios em relação às diretrizes e focos de ação do Sistema Único de Saúde (SUS). Gradativamente, a atenção em saúde foi descentralizada e buscou se aproximar da ideia de saúde como direito social, entendendo que os jovens são sujeitos de direitos. O PROSAD incluiu o adolescente em uma política de saúde, porém, não estava direcionado as reais necessidades deste grupo, sendo pautado em uma cobertura focalizada, já que todas as políticas em saúde estão pautadas com o modelo proposto pelo SUS.

O PROSAD, foi instituído pela Portaria do MS, nº 980/GM em 21/12/1989, sendo criado para intervir na prevenção de doenças e promoção da saúde de todos os adolescentes de idade entre 10 e 19 anos, assim com definido pela OMS. Teve suas diretrizes e ações revisadas em 1996 com a finalidade de promover, integrar, apoiar e incentivar práticas em prevenção de doenças e promoção da saúde nos locais em que fosse implementado. Suas ações se concentravam nos aspectos promoção da saúde, identificação dos grupos de risco, detecção precoce dos agravos, tratamento adequado e reabilitação dos indivíduos (BRASIL, 1996).

As diretrizes do PROSAD preconizam que todas as ações deveriam partir de uma visão de adolescência como um fenômeno culturalmente e socialmente construído. Neste sentido, deveriam considerar o crescimento e desenvolvimento, os processos de saúde e doença, as características individuais e singulares dos adolescentes resultantes de interações biológicas, psicológicas e sociais em diferentes contextos. Os princípios das ações reconheciam que nessa fase da vida o adolescente passa por transformações físicas, psíquicas e sociais que conduzem à definição da identidade e de hábitos de saúde, mais difíceis de serem modificados na fase adulta (BRASIL, 1996).

As atividades realizadas pelo programa buscam contemplar intervenções capazes de promover a saúde integral dos adolescentes através de ações que incluem diferentes áreas temáticas: o crescimento e o desenvolvimento, a sexualidade, a saúde bucal, mental, reprodutiva e escolar, a prevenção de

acidentes, a abordagem da violência e dos maus-tratos, a família, o trabalho, a cultura, o esporte e o lazer. Estas ações deveriam ser dirigidas e executadas por profissionais capacitados a prestar serviços de qualidade na promoção de saúde dos adolescentes (BRASIL, 1996).

O programa reconheceu a necessidade de um preparo “estrutural” dos serviços de saúde, no sentido de proporcionar um espaço para discussões de assuntos de interesse dos adolescentes (BRASIL, 1996).

Foram definidas estratégias para a efetividade do PROSAD, tais como: incentivo às práticas em saúde que viam o adolescente como um ser integral; adequação das ações à cultura local; aumento da cobertura de maneira que as ações estivessem disponíveis a todos; aperfeiçoamento dos sistemas de referências; capacitação de profissionais para atuar conforme as diretrizes do Programa; promoção da participação do adolescente em ações educativas que lhe permitam se conhecer melhor, tanto individualmente quanto como parte de seu contexto sociocultural; criação de fóruns de debates sobre os direitos dos adolescentes; supervisão e avaliação constantes do programa através de indicadores institucionais, percepções da comunidade e dos adolescentes/usuários (BRASIL, 1996).

Nesse sentido, observou-se uma reorientação do PROSAD para a Atenção Básica (AB), através da efetivação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes (OLIVEIRA; LYRA, 2010).

Com esse novo enfoque para a saúde do adolescente nos anos de 1995 a 2002, há um grande aumento na construção de políticas públicas direcionadas a esta faixa etária. Seguindo as diretrizes de descentralização e de territorialização das ações e dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) a saúde do adolescente foi direcionada para a Atenção Básica, com enfoque na promoção e prevenção da saúde, em que foram utilizadas algumas das principais estratégias desse âmbito, entre elas o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Em 2005, foram lançados o “Marco Legal da Saúde dos Adolescentes” (BRASIL, 2005a) e “Saúde Integral de Adolescentes e Jovens – orientações para a organização dos serviços de saúde” (BRASIL, 2005b). Estes documentos embasaram-se nas concepções: a) a saúde como um direito dos adolescentes;

e b) o atendimento do adolescente realizado de forma integral, resolutiva e participativa.

Em junho de 2006 o Ministério da Saúde publicou a versão preliminar do "Marco Teórico e Referencial da Sexualidade e Saúde Reprodutiva de Adolescentes e Jovens", com dados e informações sobre essa população e suas necessidades específicas. Tais movimentos foram precursores para enfatizar a necessidade de construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens, através da ampla participação dos movimentos sociais. Dando voz a comunidade e aos jovens e adolescentes e se encontra em conciliação com a Constituição Federal de 1988 e o ECA (JAGER, et. al, 2014).

A construção destes pilares de sustentação para a política consolida a visão de que as crianças e adolescentes passam a ser reconhecidos como sujeitos sociais, portadores de direitos e garantias próprias, independentes de seus pais e/ou familiares e do próprio Estado. A quebra do paradigma, de que as decisões do adolescente estão condicionadas a outros indivíduos como a sua família, trazem a independência do adolescente no que diz respeito ao cuidado de sua própria saúde estabelecendo obrigações diferenciadas ao estado, como provedor de saúde já que se trata de um dos direitos universais, para as famílias e para a sociedade em geral, configurando e determinando a Doutrina da Proteção Integral a saúde do adolescente.

O MS no que tange sua Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem vem procurando orientar e capacitar profissionais que trabalham no atendimento ao adolescente nas unidades de saúde. Isto se dá por meio da divulgação de programas e materiais como: "A saúde de Adolescentes e Jovens – uma metodologia de autoaprendizagem para equipes de atenção básica de saúde: módulo básico" (BRASIL, 2007), a "Caderneta de Saúde do adolescente" (BRASIL, 2008a) e o "Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde -", (BRASIL, 2005a). Estes materiais são fornecidos pelo MS sendo importantes ferramentas para a capacitação de profissionais, incluindo o enfermeiro, porém se não aplicados de forma correta e sem o entendimento dos profissionais referente a complexidade dos fenômenos de ser adolescente não garantem a efetividade das ações em saúde em nenhuma das esferas de atendimento (JAGER, et. al, 2014).

Ao analisar o vínculo entre adolescentes e escola, percebe-se a sua influência no desenvolvimento, contribuição para a sua formação e a prevenção da saúde do adolescente. A escola é responsável por exercer o ato de ensinar e envolve o educar para desenvolver a sua identidade e subjetividade. Deve-se perceber a escola como promotora da saúde e enfatizando-a como um espaço de socialização, em que o diálogo entre os pares pode ser explorado para desenvolver práticas de promoção da saúde dentro de seus contextos.

É na escola que as primeiras relações e a troca de valores culturais ocorrem com aqueles que não compõem a família. As relações marcadas por trocas incluem negociações de conflitos que são fundamentais à construção da identidade dos indivíduos, assim como seus vínculos. Nessa perspectiva, é importante que consideremos a escola como um espaço de mistura de culturas e saberes permitindo o posicionamento do sujeito social.

No entanto, a escola possui dificuldades em lidar com a pluralidade e a diferença, além da questão quantitativa e de estrutura, sendo, portanto, mais confortável padronizar o ensino. Dessa forma são imprescindíveis ações que cruzem os diferentes perfis culturais e permitam o entendimento das diversidades, sendo um grande desafio, já que não é algo simples.

Outro ponto importante se associa a questão do incentivo ao protagonismo juvenil, que se estrutura como eixo fundamental as Diretrizes Nacionais Curriculares para o Ensino Médio (BRASIL, 1988), quando orientam a gestão educacional para abertura à participação dos estudantes, os tornando ativos ao processo de aprendizado (CARVALHO; SILVA; MELO, 2017).

Ações que instigam a construção do protagonismo juvenil permitem o estímulo à reflexão do adolescente, de forma a serem sujeitos ativos e capazes de tomar suas próprias decisões. O protagonismo e a tomada de decisões, se estabelecem a partir de três dimensões, a serem consideradas: valor e poder pessoal, sentimento de pertença e capacidade de refletir e agir sobre a realidade. O Valor Pessoal é um sentimento de valor intrínseco, uma tendência natural para a realização. O Poder Pessoal é a capacidade de influir na construção de relações saudáveis com os outros e com a realidade, buscando a transformação da realidade (GÓIS, 1993).

Na segunda dimensão, o profissional deve valorizar o sentimento de apego à comunidade, onde o adolescente sinta-se seguro e incluído em sua

escola e no espaço comunitário, sendo capaz de gerar comprometimento com as questões comunitárias. Na última dimensão, deve-se favorecer a capacidade de o adolescente observar as dificuldades e organizar formas de superação, reconstruindo-se a cada desafio, relacionando a reflexão com a ação e vice-versa, traduzindo, em atitudes produtivas, as ideias e produzindo novas ideias a partir das ações realizadas (CARVALHO; SILVA; MELO, 2017).

Neste contexto, a educação em saúde reveste-se de singular importância no processo de sua promoção dentro do âmbito escolar, onde para tal se institui através da união dos ministérios da saúde e da educação o Programa de Saúde na Escola (PSE) e visam ações direcionadas as necessidades descritas.

O PSE constitui uma possibilidade de complemento de uma necessidade há tempos discutida: o fortalecimento da integração entre os setores educação e saúde, promovendo a intersetorialidade promulgada pelo SUS e a corresponsabilização entre estes setores, habituados a trabalhar isoladamente (SANTIAGO, et al., 2012).

A relação entre os serviços de saúde e as escolas representa um foco onde têm sido identificadas fragilidades, embora, cada vez mais, se considere fundamental um trabalho articulado entre ambas as partes para o sucesso da implementação de ações de educação para a saúde. O desenho do PSE parte justamente dessa necessidade de articular e integrar os setores da saúde e da educação para ampliar o alcance e o impacto das ações de saúde aos estudantes e seus familiares, por meio de ações intersetoriais (GOMES, 2012).

A escola é uma instituição responsável pela formação de pessoas que estão em processo de desenvolvimento. As práticas educativas de saúde ali desenvolvidas necessitam levar em conta os contextos da população usuária, para que possam realizar construções compartilhadas e aliança de saberes que sejam embasados na história individual e coletiva daquele grupo. Tais construções devem produzir saberes significativos, dimensionando a participação ativa dos sujeitos em suas práticas cotidianas. Desse modo, devemos vislumbrar uma escola que forma seus cidadãos críticos e informados com habilidades de responderem plenamente sob suas atitudes e sua saúde.

É neste contexto que através de uma parceria interministerial entre os Ministérios da Saúde e da Educação foi instituído o PSE, através do Decreto Presidencial, já citado, n° 6.286 de 5 de dezembro de 2007(BRASIL, 2007a).

O PSE vem contribuir para o fortalecimento de ações na perspectiva do desenvolvimento integral e proporcionar à comunidade escolar a participação em programas e projetos que articulem saúde e educação, visando o desenvolvimento pleno e saudável de crianças, adolescentes e jovens brasileiros. Essa iniciativa abarca ações de integração entre saúde e educação já existentes de forma a impactar positivamente na qualidade de vida dos escolares.

As ações do PSE, em todas as dimensões, devem estar inseridas no projeto político pedagógico da escola, levando-se em consideração o respeito à competência político executiva dos Estados e municípios, à diversidade sociocultural das diferentes regiões do País e à autonomia dos educadores e das equipes pedagógicas (BRASIL, 2011).

Tomando por base a estrutura legal do PSE, de acordo com o decreto presidencial que o institui, seu artigo 2°, determina como objetivos do PSE:

> I - promover a saúde e a cultura da paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde, bem como fortalecer a relação entre as redes públicas de saúde e de educação;
> II - articular as ações do Sistema Único de Saúde - SUS às ações das redes de educação básica pública, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis;
> III - contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos;
> IV - contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos;
> V - fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar;
> VI - promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes; e
> VII - fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde, nos três níveis de governo. (BRASIL, 2007)

Ainda segundo a legislação que institui o PSE, em seu artigo 4° descrimina como atividades principais de ações em saúde:

> I - avaliação clínica;
> II - avaliação nutricional;
> III - promoção da alimentação saudável;
> IV - avaliação oftalmológica;
> V - avaliação da saúde e higiene bucal;
> VI - avaliação auditiva;
> VII - avaliação psicossocial;
> VIII - atualização e controle do calendário vacinal;
> IX - redução da morbimortalidade por acidentes e violências;

> X - prevenção e redução do consumo do álcool;
> XI - prevenção do uso de drogas;
> XII - promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva;
> XIII - controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer;
> XIV - educação permanente em saúde;
> XV - atividade física e saúde;
> XVI - promoção da cultura da prevenção no âmbito escolar; e
> XVII - inclusão das temáticas de educação em saúde no projeto político pedagógico das escolas (BRASIL, 2007).

Para que o PSE alcance seus objetivos, é primordial a prática cotidiana da intersetorialidade entre os campos da gestão, do planejamento, dos compromissos dos dois setores e da abordagem nos territórios onde se encontram as unidades escolares e as equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2011).

A saúde, como produção social, exige a participação ativa de todos os sujeitos na construção de ações que visam às escolhas mais saudáveis. Dar visibilidade aos fatores que colocam a saúde em risco e desenvolver estratégias para superar os problemas e adversidades identificados e vivenciados pela comunidade são propostas de ações em saúde (BRASIL, 2011).

No que tange as propostas de atuação do PSE na atenção básica foram descritos três componentes de atenção sendo estes: a) Componente I de avaliação psicossocial; b) Componente II de prevenção e promoção da saúde; c) Componente III de formação.

O Componente I tem como objetivo obter informações sobre o crescimento e o desenvolvimento das crianças, adolescentes e jovens, levando em conta também os aspectos relativos à sua saúde mental, sugerindo-se que sejam realizadas na escola por seu caráter de triagem e considerando o ganho de escala em ambiente coletivo (BRASIL, 2011).

No Componente I elencam-se ações pertinentes a temas comuns a fase da adolescência como alimentação, promoção a atividade física, educação sexual, saúde reprodutiva e prevenção de IST/aids, prevenção de uso de álcool, tabaco e outras drogas, cultura de paz e prevenção de violências e promoção da saúde ambiental.

Dessa forma é incontestável a importância das ações do PSE para a saúde da criança e do adolescente pois a inclusão da saúde na escola traz benefícios para a qualidade de vida dos educandos e, consequentemente,

melhora o acesso dessa população aos serviços de saúde, o que interfere positivamente na educação (FARIAS, et al., 2016).

A escola tem a potencialidade de atingir um grande número de indivíduos e, dado seu caráter educativo, ser efetiva na mudança de comportamentos e hábitos. Por tal motivo, os temas relacionados à saúde humana tradicionalmente fazem parte do cotidiano escolar no Brasil desde os primeiros anos de escolarização, ocupando em alguns momentos grande parte da carga horária de diversas disciplinas e mobilizando diversos atores na escola (FARIAS, et al., 2016).

2.3 Teoria das Representações Sociais e aplicabilidade nesta pesquisa

A Teoria da Representações Sociais (TRS) na linha da psicossociologia é aplicável na área da saúde, sobretudo para responder às questões que tratam de crenças, valores e atitudes das pessoas e que diretamente se relacionam com a manutenção da saúde (MOSCOVICI, 2003, 2012; JODELET, 2001, 2005, 2009).

A TRS foi desenvolvida por Moscovici na década de 1960 (MOSCOVICI, 2012). Desde o princípio da sua elaboração, Moscovici teve o cuidado de salientar a velocidade, a diversidade e a força dos fenômenos das sociedades contemporâneas que estão em constante modificação.

Esta teoria foi idealizada por Serge Moscovici (2012), e é relacionada principalmente com o estudo de simbologias sociais e suas trocas vivenciadas em diferentes ambientes, sobre a influência de aspectos culturais de cada comunidade e suas relações interpessoais. Dessa forma, busca-se através da identificação da RS de determinado objeto social, como esses símbolos influenciam na construção do conhecimento em diferentes populações, neste caso os adolescentes.

As RS têm sua primeira base teórica construída por Serge Moscovici, em 1978, em sua obra “A psicanálise sua imagem e seu público”. O autor teve a intenção de dar a psicologia social instrumentos conceituais que gerassem a construção de um conhecimento cumulativo, em contato com as questões sociais.

Moscovici resgata o conceito de representação coletiva de Durkheim (1978), propondo uma redefinição. Através da influência positivista, esse autor considerava que o pensamento coletivo poderia prevalecer sobre o pensamento individual onde os valores existiam fora e independentemente de cada indivíduo, podendo ser transmitidos de uma geração para outra, sem que ocorram mudanças influenciadas por períodos ou épicas distintas.

Além disso, no período da modernidade, Durkheim (1978) julgava que a sociologia era completamente independente da psicologia, e que as representações coletivas não poderiam jamais ser reduzidas a simples representações individuais. Se posicionava de forma contrária a ideologia da psicologia, já que entendia que a sociologia se tratava de representações coletivas e a psicologia apenas de representações individuais (GUARESHI; JOVCHELOVITCH, 2011).

Ao resgatar a teoria das representações coletivas, Moscovici apresenta a TRS com o objetivo de explicar os fenômenos do homem a partir de sua perspectiva coletiva, embora considerando o indivíduo como protagonista e ativo de suas representações. Portanto, a TRS, na sua linha da Psicologia Social entende o sujeito e sua subjetividade como pertencentes a uma história e um contexto social, valorizando suas vivências e experiências.

Nesta teoria é proposto um conhecimento no qual tanto os sujeitos quanto os objetos se constituem num processo de relação, portanto o saber é algo construído na relação com o mundo. A TRS tem sido utilizada por profissionais de saúde em suas pesquisas, pois permite conhecer os significados criados pelo homem na sua interação com o mundo para explicar diversos fenômenos (JOVCHELOVITCH, 2001).

Os indivíduos geram as representações sociais (RS) como forma de se adequar ao mundo em que vivem. Também chamadas de saber de senso comum, são diferentes do saber científico, mas igualmente importantes de serem estudadas, em razão do papel que exercem nas atividades rotineiras dos indivíduos, como, por exemplo, quando produzem um conhecimento vulgar pela incorporação da ciência, que poderá vir a orientar com eficácia as práticas sociais (JODELET, 2001).

O construto RS refere-se não apenas a um conjunto de fenômenos, mas também a um conceito e a teoria que os explicam, sendo compreendidos, neste

sentido, como um enorme campo de estudos da psicossociologia proposto por Moscovici. O autor destaca que *"por representações sociais, entendemos um conjunto de conceitos, proposições e explicações originados na vida cotidiana no curso de comunicações interpessoais"* (MOSCOVICI, 2012 p. 181).

As RS têm como função os processos de formação de condutas perante a sociedade, orientações dos processos de Comunicação social, construções identitárias e justificadoras. A comunicação entre o emissário e o receptor ocorre por mecanismos de difusão, propagação e propaganda que são efetivados por meio de opiniões e atitudes frente ao objeto social discutido. Estes mecanismos tornam possível a reformulação do real através da interpretação dos elementos constitutivos do meio-ambiente, em uma dimensão ordenada e significativa para os membros de determinado grupo social (NÓBREGA, 2001).

Enquanto processo psicossocial, a TRS se relaciona tanto com a vida coletiva de um grupo social, como com os processos simbólicos, nos quais os sujeitos sociais lutam para dar sentido ao mundo em que vivem e encontrar o seu lugar, o seu grupo de pertença. Tal encontro ocorre por meio da criação de uma identidade social que se traduz como um modo de organizar significados e experiências que possibilitam o posicionamento do sujeito, definindo seu papel (JOVCHELOVITCH, 2012).

O grupo social deve ser considerado o sujeito das representações sociais e, desse modo, ficará mais claro o entendimento sobre esse conceito vinculado à produção de sentidos e significados referentes às relações grupais. Em outras palavras, torna-se mais fácil entender os sentidos e significados gerados nas interações (intra)intergrupais, quando se considera que, nessa produção, o sujeito é social e não um sujeito individual (VALA, 1993).

A representação como uma "forma triangular" constituída pela "arquitetura básica" das "inter-relações sujeito-outro-objeto" (JOVCHELOVITCH, 2008, p. 41) e assegura que a representação pode ser vista como uma ação comunicativa que faz a ligação entre essas três instâncias ─ sublinhando a importância do "entre" ─, construindo símbolos capazes de dar sentido e significado a objetos e pessoas (JOVCHELOVITCH, 2008).

O interesse principal dessa teoria é a investigação do fenômeno das representações sociais, no qual são encontrados os saberes cotidianos produzidos na vida comum e que não são considerados distorções ou erros pela

teoria. Essa característica é destacada como uma das precisões a clarificar o conceito de representações sociais e que enfatizaria a irredutibilidade dessa concepção a qualquer outro tipo de conhecimento, assunto a ser retomado mais adiante (CASTRO, 2002).

Na TRS, como proposta por Moscovici, se considera a existência de duas formas de conhecimento: o científico e o consensual, cada um sendo capaz de gerar seu próprio universo. Entre estes não se estabelece uma relação de hierarquia, um saber não se sobrepõe ao outro, mas possuem apenas propósitos diferentes (ARRUDA, 2002).

O universo consensual se apresenta no cotidiano das relações e experiências vividas pelos adolescentes, enquanto o universo reificado se apresenta no espaço científico que pode ser parcialmente representado pelo o que é passado nas atividades dentro da escola, cada um possui uma linguagem própria e hierarquia interna. É através dos universos consensuais, presentes neste cotidiano, que se acessam as RS, pois estas derivam do senso comum, da consciência construída de forma coletiva, sendo acessíveis a todos e são variáveis (ARRUDA, 2002).

Criamos as representações para nos ajustarmos ao mundo, entender como nos comportar, dominá-lo física e intelectualmente, identificar e resolver os problemas que encontramos. As representações são sociais pelo fato de serem partilhadas entre as pessoas na vida cotidiana, levando a definição de diferentes aspectos da realidade diária e consequentemente auxiliando na interpretação destes (JODELET, 2001).

A RS como processo de assimilação da realidade pelo indivíduo, integrada às suas experiências, seus valores e suas informações, determina as relações que se estabelecem entre o indivíduo e o meio social. A partir desta representação é que os indivíduos explicam e afirmam sua realidade e a interação com os outros.

> Uma realidade social, como entende a Teoria das Representações Sociais, é criada apenas quando o novo ou não-familiar vem a ser incorporado aos universos consensuais. Aí operam os processos pelos quais ele passa a ser familiar, perde a novidade, torna-se socialmente conhecido e real. O fato de que isto ocorra sob o peso da tradição, da memória, do passado, não significa que não se esteja criando e acrescentando novos elementos à realidade consensual, que não se esteja produzindo mudanças no sistema de pensamento, que não se esteja dando prosseguimento à construção do mundo de ideias e imagens em que vivemos (SPINK, 1995, p.37).

Delineada enquanto teoria descritiva e conceitual, a TRS está pautada na investigação advinda de um pressuposto psicossociológico, que engloba dois domínios: do objeto social e do estudo e compreensão da representação, que nesta pesquisa aplica-se ao ser saudável entre adolescentes. O denominador comum desses domínios está correlacionado ao conhecimento do conjunto de opiniões e atitudes coletivamente compartilhado, em grupo de pertença, na comunidade, sociedade ou cultura (WAGNER, 2000; NÓBREGA, 2001).

Esta pesquisa buscará a compreensão das representações sociais dos adolescentes acerca do significado de ser saudável o que propicia não somente o entendimento de como esse objeto psicossocial é representado no seu cotidiano, mas, sobretudo, o conhecimento sobre como essas representações influenciam nas práticas cotidianas. Estas representações podem ser identificadas como atitudes e comportamentos que o adolescente adotará diante do objeto referido gerando implicações diretas à sua saúde.

A Representação Social pode ser definida como uma teoria leiga já que se determina a partir do saber do senso comum dos sujeitos frente a um objeto social explicando a realidade vivenciada. Neste contexto, a TRS representa a cientificidade e permite a análise destas representações interligadas a um contexto sócio cultural o qual não se pode deixar de lado, pois é parte integrante e explicativa da representação.

Sendo uma teoria abrangente, a TRS utiliza conceitos referentes a atitudes, opiniões, imagens e outros, nunca de forma que gere exclusão, mas sempre os incorporando. A relação de tais conceitos favorece a compreensão da realidade que as circunda. São construídas representações que têm por finalidade transformar o “não familiar” ou objeto ainda desconhecido, em algo “familiar”, localizando-o em um universo consensual do pensamento coletivo, ou seja, o universo de senso comum, tributário da memória, da tradição e das convenções individuais e coletivas, mais do que dos sistemas cognitivos e perceptivos (MOSCOVICI, 2003).

A realidade vivenciada é apropriada pelo indivíduo ou seu grupo, sendo reconstruída no seu sistema cognitivo que se integra a um sistema de valores relacionado à sua história e ao contexto social. Sendo assim, a forma como os sujeitos pensam, sejam as formas reais ou construídas de maneira simbólica,

são resultados de processos construídos individualmente e coletivamente compartilhados nos discursos socialmente elaborados. Com isso, entende-se que os conceitos representacionais são formulados por meio de processos de conversação e comunicação social, permitindo assim que os sujeitos, definidos como atores sociais, se identifiquem e se posicionem no mundo (MOSCOVICI, 2012).

Sendo a construção coletiva de um saber (JODELET, 2001), as representações têm a função de criar convenções e caracterizar os objetos, para que sejam compartilhados pela sociedade (MOSCOVICI, 2003) e assim permita-se a comunicação entre os indivíduos. Funcionam como uma tradução da realidade vivenciada como uma ferramenta a acomodar a novidade no universo preexistente, tornando-a familiar (ARRUDA, 2002).

O adolescente elabora suas representações a partir de um objeto a ser representado, neste estudo caracterizado por ser saudável, e a partir daí adequa as construções e partilha de ações e atitudes consequentes de um saber construído coletivamente nas experiências e conversações diárias que permitem interação e o posicionamento. Este processo visa integrar o fenômeno que ainda é desconhecido, gerando conflitos, medo e ansiedade. Dessa forma, tal representação pode ser definida por uma imagem construída que permite a compreensão de seus comportamentos e práticas do grupo.

Para isso, entende-se que são elaborados mecanismos que ocorrem mutuamente e permitem a construção da representação do que é ser saudável e assim passam a guiar práticas cotidianas. Um dos mecanismos que procede a essa transformação em direção ao “familiar” chama-se “ancoragem”, que classifica e nomeia o novo, traduzindo-o em termos de um universo já conhecido; o outro é a “objetivação”, que tende a concretizar as abstrações que se apresentam, dirigindo-as para o mundo físico, a fim de poder controlá-las (MOSCOVICI, 2003).

Ambos os mecanismos dizem respeito à memória através, por exemplo, de uma experiência vivida, tanto no que se refere à classificação e nomeação de um objeto, quanto à sua reprodução no mundo externo de forma prática através da exposição de saberes e das atitudes.

Dessa forma, o termo Representação Social engloba as dimensões físicas, sociais e culturais, compreendendo a complexidade da sociedade vista

como dinâmica e explicativa ao mesmo tempo, o que o diferencia do conceito de representações coletivas elaborado por Durkheim ainda no século XIX (FARR, 2012; MOSCOVICI, 2012).

Neste sentido, foi importante entender as relações sociais envolvidas no dia-a-dia do adolescente, que se estabelecem entre seu grupo social e a influência da família. A RS favorece o conhecimento da prática de um grupo, permitindo que a Enfermagem realize intervenções pertinentes que respeitem a característica social do segmento estudado, e então tais intervenções se tornam mais eficientes, principalmente quando relacionado a adolescência.

No que diz respeito ao objeto social em discussão, cconsidera-se o ser saudável como um processo em que o sujeito, compartilhando conhecimento socialmente elaborado, compreende, assimila, incorpora em suas ações, atitudes e práticas consideradas positivas ao seu desenvolvimento, e que dessa forma possuem relação direta com a manutenção da saúde do adolescente.

O conhecimento dos conteúdos que compõem a RS possibilitou entender os conflitos de opiniões e atitudes interligados ao objeto. Permitirá identificar os conflitos e contradição de opiniões, suscitando possibilidades futuras de intervenção, no sentido de tentar modificar ou direcionar a representação, atualmente existente, sobre o que é ser saudável transformando hábitos de saúde que possam ser reconhecidos como nocivos.

Neste ínterim, é de extrema importância a compreensão do que é ser saudável por parte dos adolescentes, pois compreender como se elaboram estes constructos é de fundamental importância para compreensão do processo de viver deste grupo e, consequentemente, seu estilo de saúde, em especial, creditando um olhar mais abrangente sobre suas interações, sobre suas vivênci

CAPÍTULO III

MÉTODO

3.1 Natureza e tipo de estudo

No que tange ao aspecto epistemológico da pesquisa e seu alcance, este estudo tem característica descritiva exploratória, analítica, com abordagem qualitativa, na qual tem por finalidade observar, registrar e analisar os fenômenos sem adentrar ao mérito de seu conteúdo, tendo como referencial a TRS, a partir da sua abordagem processual proposta por Jodelet (JODELET, 2001).

Este tipo de abordagem possibilita explicar o sentido que os grupos atribuem ao objeto representado. Parte-se assim do entendimento de que toda representação se origina de um “alguém”, que é um sujeito social, imerso em condições específicas de seu espaço e tempo, e refere-se a um objeto. As condições de produção expressam a cultura, no sentido amplo e restrito, a comunicação e linguagem (intragrupo, entre grupos e massas), e a inserção econômica, institucional, educacional e ideológica. Desta forma, as condições de produção reafirmam a marca social das representações (JODELET, 2001).

3.2 Participantes do estudo

A amostra deste estudo foi intencional, tendo a participação total de 65 adolescentes, com idade entre 12 e 19 anos, assim como delimitado pela OMS e Ministério da Saúde (RAMOS, 2001; LIMA, 2008; BRASIL, 2010), de ambos os sexos, na cidade de Petrópolis, estado do Rio de Janeiro. Foram delineados dois grupos distintos para a participação, contemplando os dois momentos de coleta dos dados, possibilitando maior densidade dos resultados e a apresentação de diferentes olhares. Apesar de a pesquisa ser de natureza qualitativa, este número considerável de participantes promoveu maiores possibilidades para exploração do conteúdo sobre o objeto, dando mais densidade aos resultados.

A captação se deu em dois momentos, de acordo com a triangulação metodológica utilizada. Dessa forma, em primeiro momento foi realizada, por meio de busca em prontuário na unidade Básica, a seleção dos adolescentes

em uma comunidade na cidade de Petrópolis, seguido com posterior seleção de uma escola do mesmo município para a constituição de dois grupos distintos de adolescentes de forma a ampliar o alcance da pesquisa. Em ambas as captações os adolescentes atendiam aos critérios de participação do estudo.

Como critérios de inclusão: adolescentes com idade entre 10 e 19 anos, com condições cognitivas, comunicação verbal e sentido da audição e visão preservados. Foram excluídos aqueles que com comprometimentos psicológicos ou psiquiátricos que dificultassem a integração social e, no caso das participantes do sexo feminino, àquelas que estivessem grávidas ou na fase do puerpério, tornando a amostra mais homogênea.

3.3 Campo

O campo foi primariamente uma comunidade localizada na cidade de Petrópolis no estado do Rio de Janeiro, conhecida como Nova Cascatinha, em que foram coletados os dados provenientes das entrevistas individuais. Esta comunidade é assistida pela ESF, vinculada a Faculdade Arthur Sá Earp Neto – FASE e Faculdade de Medicina de Petrópolis - FMP, servindo de campo para atividades interligadas aos cursos de graduação na área da saúde desta instituição. Tal escolha se justifica a partir da existência de um projeto, em que há a participação da pesquisadora principal[3]. Desta forma, permitindo uma aproximação entre a pesquisadora e a comunidade que pode facilitar a ambientação e a produção de dados da pesquisa-tese.

A comunidade nova cascatinha está localizada no bairro Cascatinha que em extensão territorial, é o maior dos cinco distritos que compõem o Município de Petrópolis, região norte do Estado do Rio de Janeiro. Sua área geográfica atinge os 274 km² e contava, em 1991, com uma população de 56.937 habitantes, ficando, portanto, em segundo lugar entre os mais populosos, vindo logo depois da sede municipal.

[3] "Construindo redes solidárias em saúde: Imagens e Representações". Este estudo é do tipo pesquisa-ação que, de modo colaborativo, pretende desenvolver estratégias para o resgate de memória e identidade coletivas, a partir da fotografia, e a (re)elaboração dos processos de construção de representações sobre a comunidade, com a finalidade de promover o desenvolvimento de redes sociais que contribuam para a melhoria da qualidade de vida e saúde da população da comunidade. Desenvolve-se sob a coordenação da Profa Dra. Maria Regina Bortolini Castro.

O vilarejo nascera às margens da estrada denominada Caminho Novo que ligava o Rio de Janeiro a Minas Gerais. No início do século XVIII, seu núcleo central, a antiga Fazenda Itamarati, já constava na planta original que o colonizador alemão Köler fez daquela área. Sabe-se, portanto, que quando, em 18 de março de 1843, o então imperador Dom Pedro II mandou, através de decreto, construir a cidade de Petrópolis, o povoado de Cascatinha já existia a mais de um século. Em 17 de setembro de 1873, o mesmo imperador autorizava o funcionamento da Companhia Petropolitana de Tecidos, indústria que atraiu grandes levas de trabalhadores imigrantes italianos àquele distrito.

Em um segundo momento, a coleta de dados referente ao método *Photovoice* foi realizada em uma escola da rede municipal de Petrópolis, no bairro Alto da Serra o qual possui características culturais e organizacionais semelhantes a comunidade da Cascatinha, que abarca adolescentes com idades pertinentes ao grupo eleito para a pesquisa, uma vez que a mesma atende estudantes com idade entre 12 e 18 anos.

Ter a escola como campo desta pesquisa se justifica no fato de que este ambiente é considerado local ímpar para o desenvolvimento e fortalecimento do pensamento crítico e político, pois nas suas metas estão inclusas a construção de valores pessoais e crenças, conceitos e maneiras de conhecer o mundo, de forma a interferir diretamente na produção social de saúde (BRASIL, 2011).

A aproximação deste campo se deu a partir da abordagem à direção da escola a fim de esclarecer os objetivos da pesquisa e seus benefícios ao grupo, para que então fosse autorizada pela mesma a sua realização mediante a assinatura do Termo de Autorização da escola pela diretoria.

Nesta etapa os critérios de inclusão adotados foram: Adolescentes matriculados na escola com idade entre 10 e 19 anos, assim como delimitado pela OMS, que tivessem a comunicação verbal e a capacidade cognitiva preservadas. Foram excluídos aqueles que não se enquadravam neste perfil.

Inicialmente foram abordados um total de 21 adolescentes que preenchiam os critérios de inclusão. Destes, seis não aceitaram participar da pesquisa; logo, o grupo compôs-se de 15 adolescentes com idade entre 13 e 15, sendo predominante adolescentes com 14 anos de idade, de ambos os sexos, sendo 08 do sexo feminino e 07 do sexo masculino que estavam devidamente matriculados na rede pública municipal da cidade do Petrópolis.

3.4 Técnicas para produção e Análise dos dados

A produção de dados foi realizada utilizando-se multitécnica de trabalho de campo, de forma a melhor compreender o fenômeno estudado. As técnicas foram a entrevista individual a partir de um roteiro semiestruturado (APÊNDICE A), e o uso de fotografias com o emprego da técnica de produção *Photovoice.*

3.4.1 Entrevista individual

A entrevista foi realizada através de visitas domiciliares com acompanhamento do agente comunitário de saúde (ACS) da unidade, a partir de agenda prévia de atendimento na unidade de ESF. Foi utilizado um roteiro de entrevista semi-estruturado composto por duas partes, sendo a primeira contendo perguntas no intuito de captar o perfil sociodemográfico dos participantes, essencial em pesquisas de RS, a fim de caracterizar a identidade sociocultural dos participantes, e a segunda composta por perguntas abertas com o objetivo de explorar o objeto de pesquisa. O registro foi feito por meio eletrônico, sendo os dados literalmente transcritos ao término da etapa de produção.

A entrevista semi-estruturada é realizada com base em uma estrutura flexível, onde se constroem questões abertas que permitem explorar o objeto em questão, pelo menos inicialmente, para então prosseguir com a ideia ou resposta mais detalhada. Além disso torna possível outras manifestações dos entrevistados durante o processo narrativo, possibilitando o surgimento de outras questões que podem não estar contempladas no roteiro, permitindo maior abrangência da pesquisa (POPE; MAYS, 2009).

Assim, o pesquisador vincula-se com os participantes durante o trabalho de campo utilizando linguagens mais claras principalmente no que diz respeito a adolescentes, pois permite-se adaptar suas perguntas as transmitindo verbalmente o vocabulário próprio dos pesquisados, alcançando melhor entendimento dos propósitos da entrevista (POPE; MAYS, 2009).

A partir daí aos dados provenientes da primeira parte da entrevista foram aplicados os métodos de análise de estatística descritiva e percentual. Aos dados referentes às questões abertas foi aplicada a técnica de análise lexical,

com procedimentos quanti-qualitativos, com processamento do conteúdo pelo software Alceste (Análise de lexemas coocorrentes num conjunto de segmentos de texto).

O *software* Alceste é um programa que permite analisar dados textuais quantificando o texto para extrair estruturas mais significativas de modo que se acesse a informação essencial presente no texto. Isso permite descrever, classificar, assimilar, sintetizar e identificar a organização tópica de um texto, estabelecendo as relações existentes entre os léxicos (SOUSA et al., 2009).

Este programa foi desenvolvido por Max Reinert (1998), e conjuga uma série de procedimentos estatísticos aplicados a bancos de dados textuais, como entrevistas, obras literárias, artigos de jornais e revistas, entre outros. Na base do funcionamento do programa encontra-se a ideia de relação entre contexto linguístico e representação coletiva ou entre unidade de contexto e contexto típico (REINERT, 1990).

A utilização do software Alceste é importante em um estudo de RS uma vez que permite ao pesquisador avaliar e identificar a construção do conhecimento e do sentido elaborado pelo sujeito no que diz respeito aos seus diálogos e suas relações entre os grupos, captando desse modo o pensar e o agir sobre o objeto explorado. O ato de representar é paradoxalmente repetitivo e criativo, ao mesmo tempo, implicando numa relação ativa, em que sujeito e objeto encontram-se interligados um ao outro (REINERT, 2001).

Após a realização das entrevistas estas foram transcritas na íntegra e organizadas de forma a construir o *corpus* para posterior rodagem no programa. A fim de obter aproveitamento favorável dos dados coletados foram tomados os seguintes cuidados para a organização do material:

1. As entrevistas foram transcritas na íntegra, respeitando as inferências dos diálogos;
2. Em seguida foi realizada a revisão do texto sendo feitas as correções ortográficas necessárias, sendo excluídos vícios de linguagem tais como “tá e né”. Também foram retirados apóstrofes, acentos, aspas e hífen.
3. As 50 entrevistas foram formatadas de acordo com as regras definidas pelo programa: sem parágrafo, com a substituição do hífen pelo *underlin*e

e posteriormente reunidas em um único arquivo de texto, salvo como “texto sem formatação”, com fonte Courier tamanho 10.

4. As entrevistas foram separadas pela inserção de uma linha de comando, também conhecida como “linha asterisco” na qual foram digitadas algumas variáveis de interesse captadas através do questionário de caracterização dos participantes. As variáveis utilizadas foram: Indivíduo, idade, sexo, religião e cor que estão dispostas no quadro 01. Estas variáveis não influenciaram nos resultados por se tratar de um grupo extremamente homogêneo.

Quadro 3 - Classificação e codificação das variáveis do corpus submetido ao programa Alceste

Variáveis	Código	Identificação
Indivíduo	(ind)	Conforme realização das entrevistas
Idade	(id)	Conforme idade dos participantes
Sexo	(sex)	1 – Feminino 2 – Masculino
Religião	(relig)	1 – Evangélico 2 – Católico 3 – Espírita 4 – Sem religião
Cor	(cor)	1 – Branco 3 – Negro 4 – Pardo 5 - Amarelo

Fonte: Produção da Pesquisadora, 2018.

Neste estudo optou-se por realizar a análise padrão ou standart, sendo esta uma análise "modelo" do software Alceste. Esta análise possui duas classificações, para evitar qualquer influência devido à divisão do texto e garantir a consistência. Depois de analisar o vocabulário e realizar a divisão do texto, o Alceste entra na fase de classificação para identificar as oposições mais importantes entre as palavras e extrair as classes de enunciados.

Essa análise oferece para cada classe palavras e frases mais significativas (cálculo de associação estatística chi-quadrado ou Phi medindo a

importância das ligações), segmentos de palavras que são repetidos e as correspondências das palavras mais características.

O programa toma como base um único arquivo que contém as unidades de contexto iniciais (UCI), organizado pelo pesquisador de acordo com as regras de preparação do *corpus* do programa. O pesquisador é que determina as variáveis que serão apresentadas e cada UCI representa uma entrevista.

Após reconhecer as UCI o programa divide o material em unidades de contexto elementar (UCE), que são segmentos de texto delimitados pelo software. O Alceste realiza cinco etapas principais em todos os tipos de análise, a identificação das unidades de contexto, pesquisa das formas reduzidas analisadas, definição dos quadros de dados associados, pesquisa das classes de unidade de contexto e descrição e interpretação das classes.

Estas etapas são organizadas em quatro conjuntos de operações na análise padrão que são:

1. Leitura do texto e cálculo dos dicionários;
2. Cálculo das matrizes e dados e classificação das UCE;
3. Descrição das classes de UCE;
4. Cálculos complementares.

Estas etapas se subdividem em subetapas, reguladas por parâmetros na análise standard. Após estas etapas se tem o resultado da Classificação Hierárquica Descendente (CHD). A CHD se dá por sucessivas divisões do texto. Ele identifica as oposições mais evidentes entre as palavras do texto e, em seguida, extrai as classes de enunciados representativos, esta classificação é apresentada através de um dendrograma.

Cada classe apresenta como resultado uma Classificação Hierárquica Ascendente (CHA) que é constituída pela determinação do valor associado entre as formas reduzidas. Ela representa o grau máximo de composição que o texto pode apresentar. A CHA ainda permite compreender as relações das formas lexicais em cada classe, fornecendo elementos sobre como se organizam as representações sociais do objeto aqui proposto.

Agregou-se à análise dos resultados a TRS, visando à sua validação pela combinação de diferentes técnicas tornando a produção mais fidedigna a realidade, permitindo a compreensão mais aprofundada do objeto, dando maior

consistência aos achados da pesquisa.

3.4.2 O *Photovoice*

De forma a aprofundar a dimensão imagética e identificar melhor as percepções e comportamentos dos adolescentes referentes ao objeto em questão, foi aplicada a técnica *Photovoice ou fotovoz.* A fotografia possibilita um conhecimento mais preciso e amplo de várias realidades em detalhes, o que não é permitido através apenas da linguagem verbal, sendo um meio de tradução de representações.

O *Photovoice* é uma técnica que tem sido muito utilizado em projetos de desenvolvimento comunitário, no âmbito da saúde e educação, em que a fotografia é usada como instrumento para dar "voz" a comunidades/grupos excluídos de modo a empoderá-los para a mobilização de ações sociais (NYKIFORUK et al., 2011; WANG, 1999, 1998; GUILLEMIN; DREW, 2010).

Na investigação qualitativa é uma ferramenta que capacita e empodera os seus utilizadores/participantes, na medida em que são eles que escolhem o que fotografar e quando. Aos investigadores permite aceder à perspectiva dos participantes sobre o fenómeno em estudo, mesmo a de grupos mais vulneráveis da população, por ser acessível a todos aqueles que sejam capazes de tirar uma fotografia independentemente de saberem ler ou escrever (WANG; BURRIS, 1997).

O uso do *Photovoice* em investigação qualitativa tem vindo a aumentar com participantes e temas diversos (CATALANI; MINKLER, 2010), por aumentar a possibilidade de captar as percepções e experiências dos participantes. As fotografias estimulam novos pensamentos e memórias despoletadas, mas não necessariamente contidas na imagem presente na fotografia, tornando o invisível visível e deste modo possibilitam aceder à compreensão de fenómenos ou de experiências. Para além disto, acrescentam ao sentido da audição o da visão, expandem a consciência sensorial e aumentam o processo reflexivo (PADGETT et al., 2013).

Esta técnica consiste em uma estratégia participativa de promoção da saúde na qual pessoas usam câmeras para documentar suas realidades de saúde. À medida que os participantes se envolvem em um processo grupal de

reflexão crítica eles podem advogar mudanças, utilizando o poder de imagens e histórias para se comunicar (WANG; REDWOOD-JONES, 2001).

O Photovoice é utilizado em vários cenários para mobilizar pessoas para documentar pontos positivos e negativos de sua comunidade, identificar problemas de saúde a partir de sua própria visão, promover diálogos sobre questões importantes de saúde através de grupo de discussão sobre as fotografias, fornecer dados qualitativos para o trabalho de saúde, engajar a comunidade como parceira da saúde, advogar para questões de saúde com o intuito de influenciar mudanças (PIES; PARTHASARATHY, 2008).

Esta técnica ainda inclui a discussão em grandes e pequenos grupos de pessoas sobre questões relevantes, nesse caso o objeto “ser saudável”, promovendo o diálogo crítico e a produção de novos conhecimentos (WANG, BURRIS, 2007). É uma forma de pesquisa visual que emprega técnicas fotográficas para considerar "as possibilidades de visualizar o que está em jogo (através dos olhos de fotógrafos, os adolescentes) deslocando as fronteiras do conhecimento" (MITCHELL, 2011, p. 52). O *Photovoice* "promove o conhecimento e diálogo crítico sobre questões importantes" (JOUBERT, 2012, p. 454) a partir da base, ou seja, a partir dos próprios participantes que são os produtores das fotografias expondo seus conhecimentos através das imagens.

Os recursos gráficos como procedimentos técnico-metodológicos nos estudos da enfermagem revelam a capacidade de apreender as representações sociais de um tema, assunto, fenômeno ou pessoa considerada tabu, preconceito, estigma e/ou mito bem como seus aspectos conflitivos e pouco aclarados, enfim, nas condições fronteiriças onde a dificuldade em lidar com a presença do outro, por exemplo, é captada (MIRANDA; FUREGATO, 2006).

Para o registro de fatos, fragmentos do ambiente e objetos, a imagem fotográfica é uma invenção tecnológica importante. Ela fixa, registra espacial e temporalmente recortes de circunstâncias ou objetos de um contexto. De certa maneira, correspondem exatamente as coisas que registrou. O registro ocorre por semelhança e uma fotografia tem a potencialidade sígnica de corresponder ponto a ponto à natureza fixada (PEIRCE, 2003).

Além disso, dentre os meios de registros de imagens, a fotografia se destaca por possibilitar a construção de um conhecimento do mundo rico em mais detalhes, o que não é permitido somente pela linguagem verbal, escrita ou

pictórica.

A fotografia traduz um instante repleto de intencionalidades, é um meio de expressão, informação e mesmo de representações. A imagem traz consigo a visão de mundo do autor e pode agregar-se a materiais tangíveis de leitura, entendimento e interpretação de um dado momento (KOSSOY, 2001).

O material visual produzido é um instrumento que estimula o diálogo e as relações de confiança entre os adolescentes, os tornando capazes de partilhar as suas experiências, permitindo uma discussão mais aprofundada sobre a sua identidade e o objeto em discussão. As fotografias captam os momentos e eventos significativos em suas vidas e estimulam reflexões importantes no tocante às identidades dos adolescentes, as necessidades e as problemáticas das comunidades onde residem, permitindo sua identificação precoce e a rápida tomada de decisão (MEIRINHO, 2012).

Permitir ao adolescente ser ativo na produção das fotografias, assim como proposto pelo método *Photovoice,* é um meio de incentivo a participação e discussão de temas inerentes a esta fase, que no caso deste estudo, tem por foco a identificação precoce de problemas ou hábitos desencadeantes a malefícios a saúde.

Além disso, a fotografia é um método de se observar uma realidade reagindo fabular e reflexivamente na mente do observador, neste caso o adolescente, e o espaço perceptivo de uma realidade, a comunidade em que vive. Ela potencializa a generalidade das coisas que ocorrem e das leituras habituais dos fatos (CHAMARELLI FILHO, 2005). Isso permite entender e contemplar de forma mais aprofundada as situações da realidade e os conceitos representacionais de ser e estar saudável envolvidos com a construção de símbolos e signos a serem partilhados.

Para esta compreensão se torna importante entender os significados de construção e quais processos estão envolvidos na representação por parte da fotografia tirada e escolhida como representacional para o objeto ser saudável. Para isso, aliado aos depoimentos obtidos nas entrevistas, os discursos produzidos pelos adolescentes justificando as fotografias serão analisados com base nos conceitos da Teoria das Representações Sociais.

Destaca-se que as fotografias podem ser analisadas sob o enfoque da Semiótica, que tem por objeto de investigação os tipos de linguagens possíveis,

realizando uma análise dos modos de constituição de todo e qualquer fenômeno como fenômeno produtor de significados e sentidos (SANTAELLA, 2003).

A produção de signos e a utilização de recursos semióticos está estritamente vinculada aos meios de comunicação e representação. Signos são os materiais através dos quais as mensagens são constituídas, com base em uma concepção de linguagem como um sistema social baseado em semiótica (HALLIDAY, 1994). As imagens, enquanto recurso para a representação, demonstram regularidades culturalmente produzidas que são comuns a todos os seres humanos no processo de construção de significados, assim como a escrita, podendo ser, portanto, objeto de descrição formal por meio de uma gramática (KRESS; VAN LEEUWEN, 2006).

No entanto, optou-se por não aplicar os recursos analíticos da semiótica, mas sim, utilizar as fotografias como recursos produtores de sentidos traduzidos pelos próprios adolescentes e comunicados por meio de seus discursos, e estes sim senso objeto de análise nesta pesquisa.

Qualquer modalidade semiótica tem a capacidade de formar "textos", isto é, complexos de signos internamente coerentes entre si como também coerentes externamente, com o contexto no e em função do qual foram produzidos (CARVALHO, 2012). Dessa forma a produção, análise e discussão fotográfica em conjunto com a técnica de entrevista em profundidade viabilizou o detalhamento das representações e as práticas significantes, permitindo compreender melhor o que os participantes pensam durante a produção fotográfica e na composição dos discursos sobre o objeto.

A técnica do *Photovoice* permite uma discussão em grandes e pequenos grupos de pessoas sobre questões relevantes para o grupo, promovendo o diálogo crítico e coproduzindo o conhecimento.

3.4.2.1 Seleção dos participantes, organização e análise das informações

Para a seleção dos participantes, buscou-se uma Escola Municipal, que representou um ponto de apoio à pesquisa e ofereceu uma população de adolescentes para a realização da pesquisa. Inicialmente foram indagados a participar 21 adolescentes de ambos os sexos que estavam de acordo com os

critérios de inclusão delimitados neste estudo e matriculados na referida escola.

Ao aceitar participar do estudo, o adolescente deveria ter disponibilidade de horário e compromisso para participar dos grupos de discussão e não apresentar deficiência física e/ou mental que o impedissem de participar.

As etapas para a seleção dos adolescentes foram:

1° etapa: Aproximação e reconhecimento do campo de coleta, sendo realizado um contato inicial com os diretores e professores para a colaboração acerca de informações sobre comportamentos das turmas e alunos. Compreende-se que, quanto mais diversificada for a amostra, maiores serão os conhecimentos sobre sua realidade e que devemos oferecer oportunidades de participação igualitária para todos os alunos que contemplem os critérios de inclusão. No entanto, delimitou-se apenas uma turma de ensino, sendo o 6º ano, com um total de 21 alunos.

2° etapa: Divulgação do projeto. Foram divulgadas as intenções do projeto para a turma selecionada, através de uma reunião com os alunos para explicar os objetivos e a realização da pesquisa. Foram feitos três encontros.

3° etapa: Inscrições voluntárias no projeto. Em dias e horários combinados com a instituição de Ensino, foram realizadas visitas a turma e a entrega da ficha de inscrição no projeto (APÊNDICE B) para os interessados. Individualmente, foi feito o preenchimento destas fichas com os dados pertinentes. Em data previamente combinada foi realizado o retorno, sendo recebidas um total de 15 inscrições.

4° etapa: Após a seleção foi combinada a data do primeiro encontro para o treinamento e produção dos dados.

Dessa forma, houve a divisão em dois grupos distintos, um do sexo feminino e outro do sexo masculino, sendo tal divisão realizada pelos próprios alunos. A operacionalização do *Photovoice* foi realizada seguindo as recomendações de Wang e Burris (1997):

1. Convite aos participantes, explicando os objetivos da pesquisa, as questões norteadoras, as implicações éticas e demais esclarecimentos;
2. A fase do treinamento, na qual o pesquisador fornece câmeras e dá dicas de como utiliza-las, sanando dúvidas sem, contudo, limitar a liberdade dos participantes no momento da produção fotográfica;
3. A realização das fotografias pelos próprios participantes, a partir de uma

questão ou tema norteador;

4. Revelação das fotografias e devolutiva aos participantes, conhecendo o material produzido. Eles podem desejar cópias das imagens, o que pode ser fornecido pelo pesquisador em acordo previamente estabelecido;
5. Elaboração dos grupos de discussão, nos quais os participantes apresentam suas fotografias, atuando como catalisadores dos temas de reflexão e expressão de vivências e subjetividades
6. Para colocar em prática foram realizados encontros prévios com os adolescentes de forma apresentar a temática e propor um treinamento para a realização das fotografias.

Nos grupos de discussão os participantes foram orientados a desenvolver as seguintes opções (WANG; BURRIS, 1997):

1. Selecionar: escolher as fotografias que mais refletem as necessidades e recursos da comunidade ou grupo que se inserem;
2. Contextualizar: discutir ou contar histórias ou experiências relacionadas aos significados das fotografias escolhidas;
3. Codificar: Identificar as questões, temas ou teorias que emergem nesse processo de discussão.

Dessa forma, durante o momento de produção das fotografias na comunidade e na escola os adolescentes foram divididos em dois grupos de sete e oito, masculino e feminino respectivamente, por vez e foram acompanhados pela pesquisadora de forma que o sentido de tal procedimento não seja perdido. Foram produzidas em média cinco fotos por cada adolescente e ao final foram solicitadas a escolher aquelas mais importantes permanecendo em média três.

Após a fase de produção e seleção das fotos estas foram impressas e os adolescentes foram solicitados a escolher as mais importantes e a cada uma associar uma palavra que expresse seu significado, justificando o porquê desta associação. Dessa forma foi possível entender os constructos elaborados a partir da imagem que para o adolescente representa o objeto. Tais procedimentos totalizaram cerca de 12 encontros.

Os discursos produzidos a partir das fotografias foram analisados em etapas, validadas por Oliffe et al. (2008), de forma a organizar em categorias.

Tais etapas são representadas por:

1. Análise prévia do material: Consiste no processo de visualização de cada foto aliada ao depoimento produzido pelos participantes, de modo a valorizar suas perspectivas. Assim, as narrativas permitiram a aproximação ao contexto relativo à imagem, a partir da conexão com as falas. Será a primeira visualização e interpretação das imagens registradas pelos adolescentes;
2. Revisão: Nesta fase as fotografias foram interpretadas pela pesquisadora juntamente com os depoimentos com o intuito de captar possíveis inconsistências entre o que foi fotografado e narrado;
3. Comparação: Nesta fase as fotografias e os discursos foram reunidos, interpretados, comparados e categorizados. A partir daí, foi realizada a organização e análise das categorias geradas e posteriormente de forma complementar, através do software IRAMUTEQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires), versão 0.7 alpha 2, os discursos foram organizados através da ferramenta nuvem de palavras que trabalha com a representação gráfica em função da frequência das palavras de forma a ilustrar e facilitar a compreensão dos discursos pertinentes a cada categoria;
4. Teorização: As categorias que emergiram foram analisadas à luz da TRS, em sua abordagem processual (JODELET, 2001), complementando os dados produzidos a partir das entrevistas em profundidade.

O IRAMUTEQ é um software gratuito e desenvolvido por Pierre Ratinaud, sob a lógica da *open source*, licenciado por GNU GPL (v2). Este programa informático viabiliza diferentes tipos de análise de dados textuais, desde aquelas bem simples, como a lexicografia básica (cálculo de frequência de palavras), até análises multivariadas (classificação hierárquica descendente, análises de similitude). Ele organiza a distribuição do vocabulário de forma facilmente compreensível e visualmente clara (análise de similitude e nuvem de palavras) (CAMARGO; JUSTO, 2013).

A nuvem de palavras, que foi a análise utilizada nesta etapa da pesquisa, agrupa e organiza as palavras graficamente em função da sua frequência. É uma análise lexical mais simples, porém graficamente bastante interessante, na

medida em que possibilita rápida identificação das palavras-chave de um corpus (CAMARGO; JUSTO, 2013).

As análises podem ser realizadas tanto a partir de um grupo de textos a respeito de uma determinada temática (corpus) reunidos em um único arquivo de texto; como a partir de tabelas com indivíduos em linha e palavras em coluna, organizadas em planilhas, como é o caso dos bancos de dados construídos a partir de testes de evocações livres. Os textos ou tabelas devem ser preferencialmente gerados pelos softwares OpenOffice.org ou LibreOffice, para evitar bugs relativos a codificação. O *software* IRAMUTEQ apresenta rigor estatístico e permite aos pesquisadores utilizarem diferentes recursos técnicos de análise lexical (CAMARGO; JUSTO, 2013).

As categorias geradas, ofereceram vastas possibilidades e abordagens frente a riqueza, profundidade e diversidade de conceitos, informações e imagens relatados. Os participantes do estudo foram corresponsáveis pela elaboração destas categorias, visto que foram os mesmos que selecionaram os temas-base para a fotografia e reflexão.

O *Photovoice* engaja os participantes no processo de análise de dados, quando os permite realizar a seleção de imagens, contextualização de histórias e codificação de categorias (WANG et al., 1998).

Neste ínterim, a utilização destas técnicas associadas é relevante e benéfica no estudo das RS, pois permite o pesquisador compreender o caminho percorrido pela sociedade no que se refere à construção de suas representações e as imagens associadas ao objeto social através de uma relação dialógica e intergrupal.

Durante a pesquisa enfrentamos alguns desafios e dificuldades frente ao método, que por se tratar de um método participativo houve a necessidade de adequações em acordo com as demandas específicas durante a realização, principalmente, da coleta de dados através do método Photovoice.

Na revisão de literatura para aprofundamento ao tema, foi possível identificar diversas formas de coleta através do uso de câmeras fotográficas descartáveis, celulares e câmeras digitais. Incialmente, a fim de promover a maior integração de todos os participantes foram utilizadas câmeras fotográficas descartáveis Kodak, sendo entregues a pequenos grupos para que se iniciasse a produção fotográfica. Foram realizados os encontros seguindo os passos

descritos e após toda aplicação do método os adolescentes entregaram a pesquisadora a câmera.

Por se tratar de uma tecnologia não mais usual, estas câmeras foram enviadas para o profissional para que os filmes fossem revelados e as fotografias impressas, porém houve problemas com a durabilidade do material e todas as fotografias foram perdidas.

Neste momento optou-se pela compra de câmeras digitais com 13.1 mega pixels, para que os dados fossem novamente coletados e analisados simultaneamente a produção, que acabou se tornando mais rica, pois foi possível que no momento da produção as imagens fossem visualizadas e as reações frente aos expostos observada.

Também foram criados dois grupos, através de um aplicativo de celular, que permitiu o envio de novas fotografias e a discussão por mensagens instantâneas. Aqueles que não tinham acesso ficaram responsáveis pelas câmeras fotográfica e a junção das imagens a serem apresentadas nos grupos focais.

Isto nos permitiu maior dinamicidade de aplicação e melhor entendimento do fenômeno, sem deixar de lado o rigor metodológico presente na aplicação do photovoice.

3.5 Aspectos Éticos

O Projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da EEAN e Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis (HESFA), através da plataforma Brasil, sendo aprovado sob protocolo de número 379.667, CAAE 53049116.3.0000.5238 (ANEXO 2). Aos adolescentes solicitou-se que assinassem o termo de assentimento (APÊNDICE E) devidamente preenchido por eles e seus pais, em atendimento das exigências constantes na Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Só integrou a amostra da pesquisa aqueles que aceitaram participar, em caráter voluntário, mediante tal assinatura.

A confidencialidade dos dados foi garantida ao longo do estudo uma vez que se utilizou a identificação alfa-numérica dos participantes, com as letras F quando do sexo feminino e M quando do sexo masculino, seguido do número

ordinal respectivos da ordem de organização dos participantes.

CAPÍTULO IV

Condições para a produção das Representações Sociais

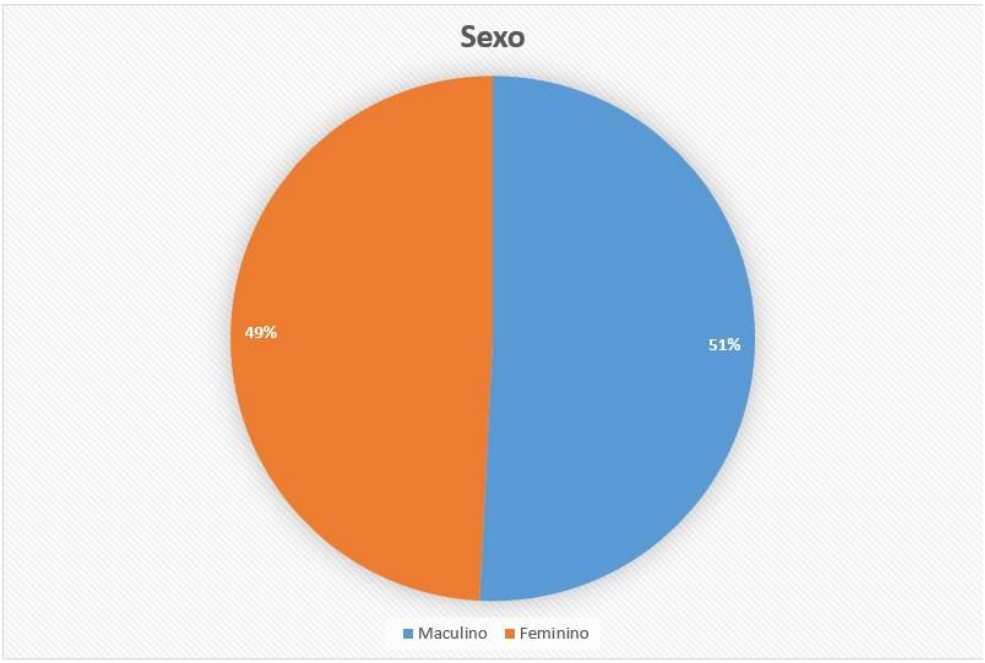
4.1 Caracterização dos participantes – Entrevista Individual

Como é característico das pesquisas de Representações Sociais preocupadas com sua gênese, torna-se relevante caracterizar os participantes de modo a descrever sua pertença considerando o contexto sociocultural o qual estão inseridos. Deste modo, a partir daí serão identificados os elementos que podem incidir na produção e organização dos conteúdos referentes a representação da alimentação para este grupo.

4.1.1 Avaliação sociodemográfica dos participantes e de sua família

O gráfico 1 explicita a distribuição por sexo dos 50 adolescentes, dos quais 51% são do sexo masculino e 49% do sexo feminino. Ao serem considerados os dados apresentados, identifica-se uma distribuição heterogênea entre os sexos com leve predomínio do sexo masculino.

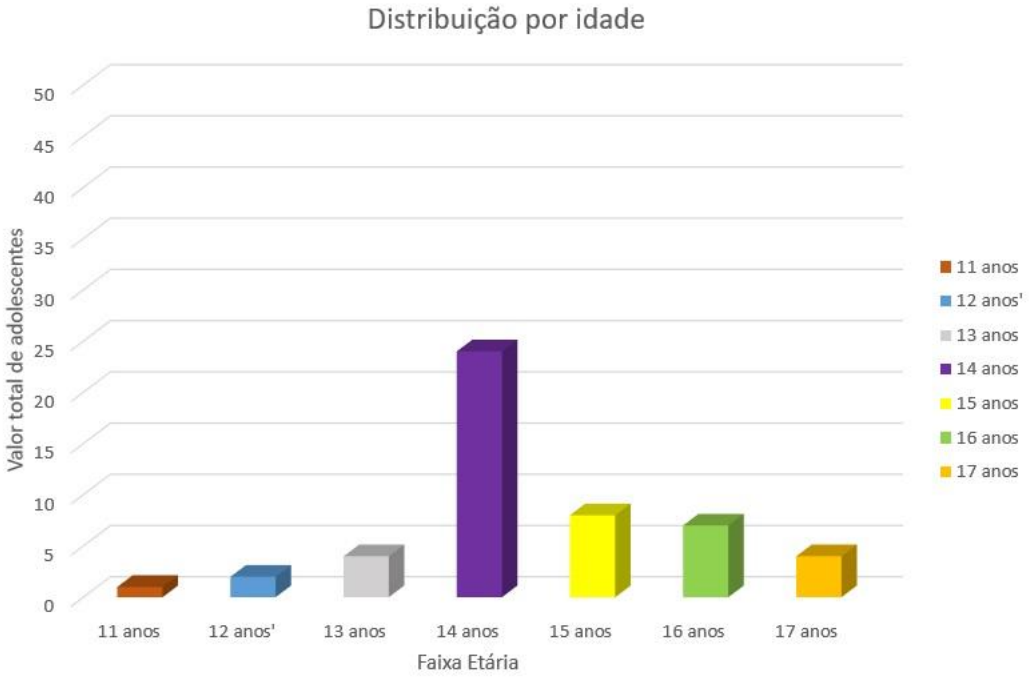
Gráfico 1 – Distribuição do número de participantes entrevistados segundo o sexo. Petrópolis, 2018



Fonte: Roteiro de entrevista semi-estruturado, 2018.

No gráfico 2 tem-se a distribuição dos 50 adolescentes pesquisados por idade. Tais dados mostram que a faixa etária variou dos 11 aos 17 anos sendo predominante a idade dos 14 anos (n=24), seguido dos 15 anos (n=8), 16 anos (n=7), 13 anos (n=4) e 17 anos (n=4). Minoritariamente apenas 3 adolescentes tinham idade de 11 (n=1) e 12 (n=02) anos. Desta forma 64% dos participantes desta etapa têm entre 14 e 15 anos de idade.

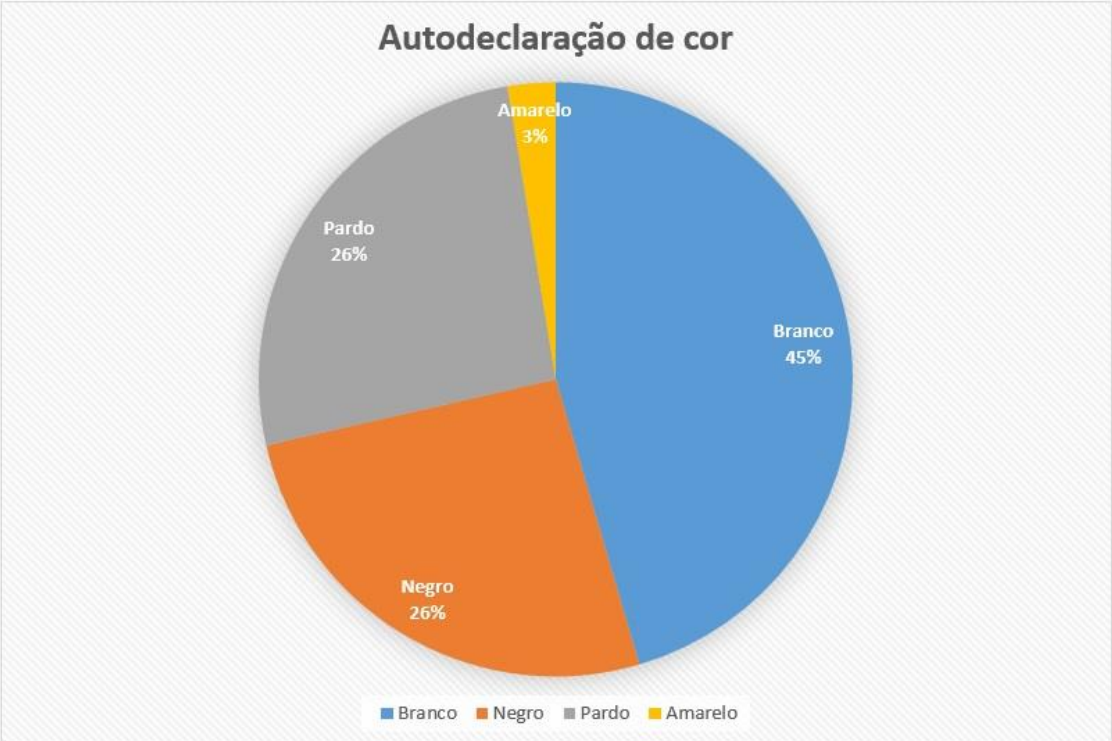
Gráfico 2 - Distribuição dos participantes entrevistados por idade, Petrópolis 2018



Fonte: Roteiro de entrevista semi-estruturado, 2018.

Já o gráfico 3 exemplifica a distribuição por autodeclaração da cor dos adolescentes. Identificou-se que 45% dos escolares se declararam brancos representando a maioria, enquanto 26% declararam serem negros ou pardos e apenas 3% disseram se considerar amarelos.

Gráfico 3 – Distribuição dos participantes entrevistados por autodeclaração da cor. Petrópolis, 2018.

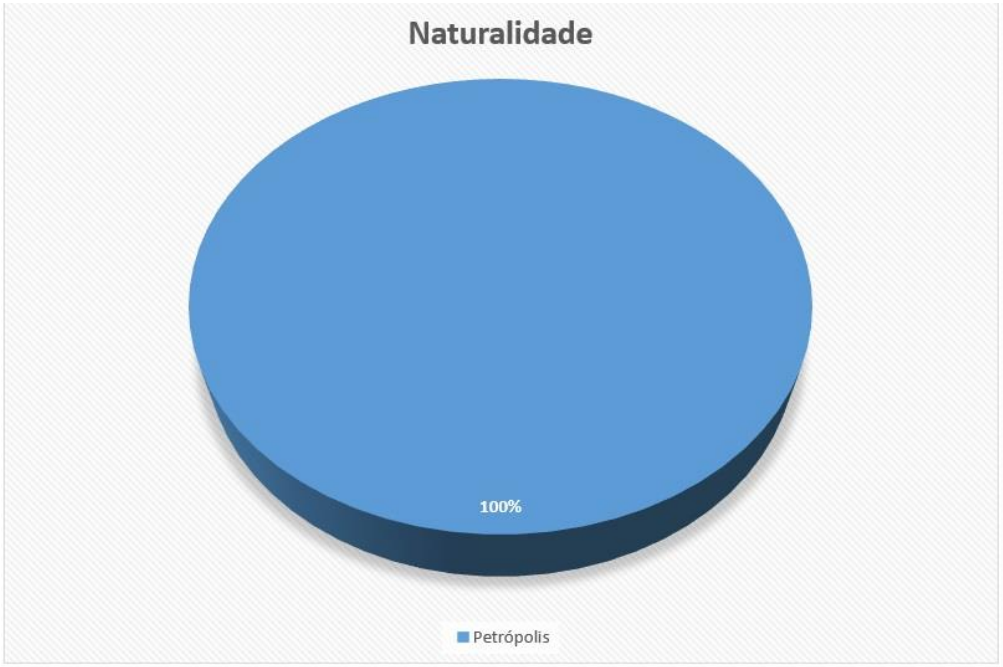


Fonte: Roteiro de entrevista semi-estruturado, 2018.

É de suma importância descrever um padrão étnico, pois através dele se identificam aspectos socioculturais relacionados ao ideal de beleza, em que seja possível que a etnia atue como moduladora de comportamentos relacionados à saúde apenas em culturas nas quais a cor da pele é associada ao padrão de corpo ideal (RODGERS; CABROL; PAXTON, 2011).

Além disso, pesquisas demonstram a possibilidade do fator etnia ser grande influenciador no comportamento inadequado de adolescentes uma vez que adolescentes de diferentes níveis econômicos e distintas etnias sofram influencias midiáticas semelhantes a respeito do ideal corporal (FORTES; MORGADO; FERREIRA, 2013).

Gráfico 4 – Distribuição dos participantes entrevistados por Naturalidade. Petrópolis, 2018.



Fonte: Roteiro de entrevista semi-estruturado, 2018.

Quanto ao local de nascimento, a análise dos dados obtidos aponta que 100% (n=31) dos adolescentes entrevistados são naturais do município de Petrópolis, delimitando total homogeneidade do grupo no que diz respeito a características socioculturais da cidade que podem influenciar seus hábitos de vida.

Gráfico 5 – Distribuição familiar em mesma residência dos participantes Entrevistados. Petrópolis, 2018.

Fonte: Roteiro de entrevista semi-estruturado, 2018.

Referente ao número de moradores em uma mesma residência ficou estabelecido, segundo o relato dos adolescentes, majoritariamente o número de 4 pessoas convivendo em mesmo local diariamente, sendo esse número relatado por 18 dos adolescentes entrevistados. De forma expressiva se observa que 12 adolescentes relataram morar com mais 6 pessoas, seguido de 09 adolescentes que convivem em mesma residência com mais 5 pessoas. Em menor número observam-se aqueles que convivem apenas com 3 (06) e 2 (05) moradores.

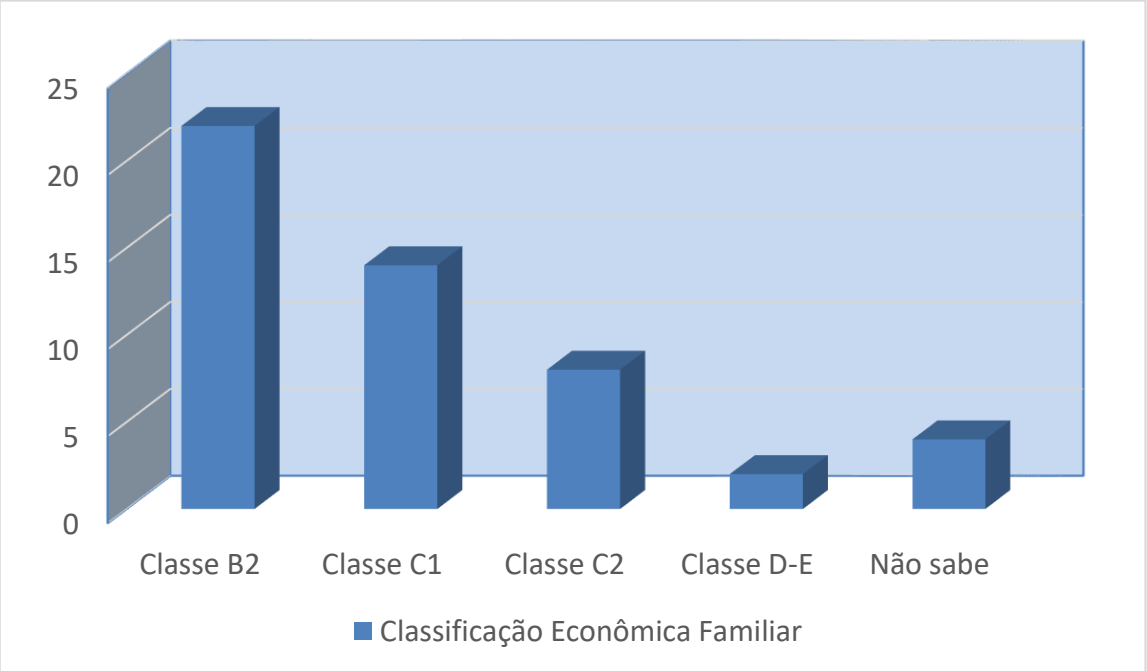
Tais dados mostram que a composição familiar característica deste grupo se baseia em maiores famílias, o que pode se tornar um problema sociocultural quando comparada a renda familiar declarada pelos adolescentes que será descrita no gráfico abaixo.

Os valores se baseiam na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2014 e representam aproximações dos valores que podem ser obtidos em amostras de pesquisas de mercado, mídia e opinião. A experiência mostra que a variância observada para as respostas à pergunta de renda é elevada, com sobreposições importantes nas rendas entre as classes (ABEP, 2016).

Deste modo foi possível, neste estudo, ter como base a classificação econômica adotada pela CCEB, que possibilitou inferência sobre a renda familiar média das classes econômicas, a saber: Classe A – R$ 20.888,00; classe B1 – R$9.254,00; classe B2 - R$ 4.857,00; classe C1 – R$ 2.705,00, classe C2 – R$ 1.615,00 e classe D-E R$ 768,00 (ABEP, 2016).

Após seguir estes parâmetros de análise identificou-se que as classes econômicas predominantes as quais os participantes se inserem é a B2, C1 e C2, totalizando 44% (n=22), 28% (n=14) e 16% (n=8), respectivamente. A classe D-E representou 4% (n=2); e 8% (n=4) deles não sabiam informar qual a renda familiar.

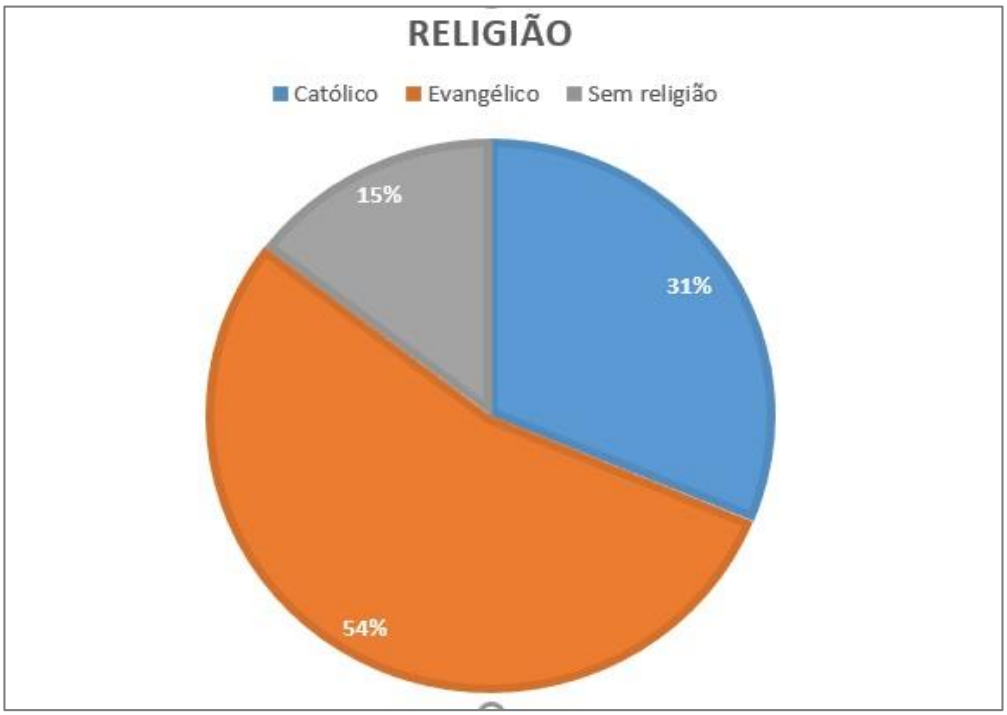
Gráfico 6 – Distribuição dos participantes entrevistados por extrato de classificação econômica. Petrópolis, 2018.



Fonte: Roteiro de entrevista semi-estruturado, 2018.

Estes dados indicam a realidade econômica da comunidade de adolescentes pesquisada, sendo compatível com a parcela da população que é usuária do sistema público de ensino e de saúde. Deste modo, a identificação deste perfil permite associar ações de educação em saúde de forma a atingir em sua plenitude estes participantes, adequando-as a suas necessidades e possibilidades.

Gráfico 7 – Distribuição por religião dos participantes entrevistados. Petrópolis, 2018



Fonte: Roteiro de entrevista semi-estruturado, 2018.

No que se refere à religião a qual o adolescente declara pertencer, 54% são evangélicos enquanto 31% são católicos, seguidos de 15% que declaram não possuir religião.

Neste contexto é de suma importância o entendimento referente a influência da religião neste contexto, pois ela acaba atuando como fator mediador da manutenção de hábitos saudáveis, pois tem se tornado um aspecto cada vez mais presente na vida de adolescentes e jovens no Brasil (VERONA; DIAS, 2012).

Pode-se comparar a religião a uma ciência pública que determina os valores pelos quais todos devem se guiar. Para refletir sobre religiosidade nesta fase da vida, é preciso entender seu verdadeiro significado. Desta forma, pode ser percebida como uma expressão da subjetividade humana que busca o sagrado, o oculto, o sobrenatural ou algum tipo de divindade que seja capaz de proporcionar significado a existência do homem (DURKHEIM, 1983; JUNG, 1958; PARGAMENT, 1997).

Frequentemente, a fé e a religiosidade são utilizadas não apenas para superar crises pessoais e ultrapassar obstáculos, mas também para influenciar mudanças de comportamentos ligados à saúde do indivíduo (DURU et al., 2010). Neste contexto, as instituições religiosas parecem atuar como rede de sentido e apoio social, aconselhando condutas que podem ter impacto positivo em muitos aspectos relacionados ao bem-estar físico e mental.

4.2. Caracterização dos participantes - *Photovoice*

A caracterização dos participantes fornece subsídios para uma ampla visualização do contexto sociocultural do estudo. Logo, se expões através da Tabela 1, uma visão geral dos adolescentes que se propuseram a participar desta etapa de coleta de dados do estudo. Estes dados foram coletados a partir do preenchimento da ficha de inscrição no projeto de pesquisa pelos próprios adolescentes.

Tabela 1 – Caracterização dos adolescentes segundo idade e sexo. Petrópolis, 2018.

Participante	Idade	Sexo
F-01	13	FEM
F-02	15	FEM
F-03	14	FEM
F-04	13	FEM
F-05	15	FEM
F-06	14	FEM
F-07	13	FEM
F-08	14	FEM
M-01	15	MASC
M-02	14	MASC
M-03	15	MASC
M-04	13	MASC
M-05	14	MASC
M-06	14	MASC
M-07	13	MASC

Fonte: Ficha de inscrição no projeto *Photovoice* preenchida pelos participantes da pesquisa.

Na tabela 1, apresenta-se a numeração dos 15 adolescentes participantes desta etapa da pesquisa, organizados em ordem numérica. Individualmente se expõe os caracteres relacionados ao sexo e idade. Ao longo dos resultados, ou seja, nos depoimentos e narrativas escritas, seguiremos esta tabela como referência para identificação dos participantes.

Tabela 2 – Distribuição do número de participantes segundo sexo e idade. Petrópolis, 2018.

Sexo	Idade
Feminino: 08	13 anos: 05
Masculino: 07	14 anos: 06
	15 anos: 03
Total: 15	**Total:15**

Fonte: Ficha de inscrição no projeto *Photovoice* preenchida pelos participantes da pesquisa, 2018.

Simultaneamente, mas de formas distintas, as tabelas 1 e 2 mostram que dos 15 participantes desta etapa da pesquisa, 08 são do sexo feminino e 07 do sexo masculino. A faixa etária variou dos 13 aos 15 anos, sendo majoritariamente predominante a faixa etária dos 14 anos. Após conhecer tais

características do grupo serão apresentados na tabela 3 os motivos pelos quais os adolescentes realizaram sua inscrição voluntária na pesquisa, respondendo a seguinte pergunta presente na ficha: “Explique em poucas linhas por que você deseja participar deste projeto?”. As respostas caracterizadas por repetição de ideias, estão elencadas na tabela abaixo:

Tabela 3 – Motivação principal para a inscrição no projeto segundo o número de adolescentes participantes. Petrópolis, 2018.

Motivo principal	**N**
O projeto é legal	07
Quero falar sobre saúde	03
Gosto de Fotografias	02
Não respondeu	01
Total	15

Fonte: Ficha de inscrição no projeto *Photovoice* preenchida pelos participantes da pesquisa, 2018.

A maioria dos adolescentes (07) referiu de alguma forma que desejavam participar do projeto por este se apresentar como algo novo e instigante, incentivando a participação. Seguido daqueles que gostariam de falar sobre saúde e sanar suas dúvidas (03) e aqueles que gostam de fotografias (01). Apenas um dos adolescentes não respondeu a esse questionamento.

Seguido a isto, apresenta-se a quadro 4 que mostra o percentual de participação dos adolescentes nos encontros no que tange o sexo feminino seguido do quadro 4 que mostra a participação nos encontros do sexo masculino. Os que faltam se justificaram, porém foram incluídos como faltosos.

Quadro 4 – Número de participantes do sexo feminino a cada encontro. Petrópolis, 2018.

Encontros	Número de participantes
1°	08
2°	07
3°	08
4°	06
5°	08
6°	07

Fonte: Ficha de inscrição no projeto *Photovoice* preenchida pelos participantes da pesquisa, 2018.

Quadro 5 – Número de participantes do sexo masculino a cada encontro. Petrópolis, 2018.

Encontros	Número de participantes
1°	07
2°	07
3°	06
4°	05
5°	06
6°	07

Fonte: Ficha de inscrição no projeto *Photovoice* preenchida pelos participantes da pesquisa, 2018.

Com estes resultados, observa-se que o método incentiva a participação dos adolescentes até o final do processo educativo, uma vez que majoritariamente, em ambos os sexos, os participantes foram assíduos, sendo este um ponto positivo de aplicação deste método.

CAPÍTULO V
Apresentação Geral dos Resultados

Neste capítulo apresentam-se os resultados oriundos do processamento dos dados pelo programa Alceste, descrevendo os conteúdos que compõem as representações sociais (RS) dos adolescentes no que diz respeito a ser saudável. Para que se possa acessar as RS construídas pelos adolescentes, serão abordados os conteúdos que emergiram da análise padrão ou standard realizada pelo software Alceste.

Em seguida serão descritas as representações construídas com base nas fotografias através da análise dos depoimentos produzidos nos grupos de discussão, sua categorização e posterior análise complementar através da ferramenta Nuvem de Palavras produzidas pelo software IRAMUTEQ.

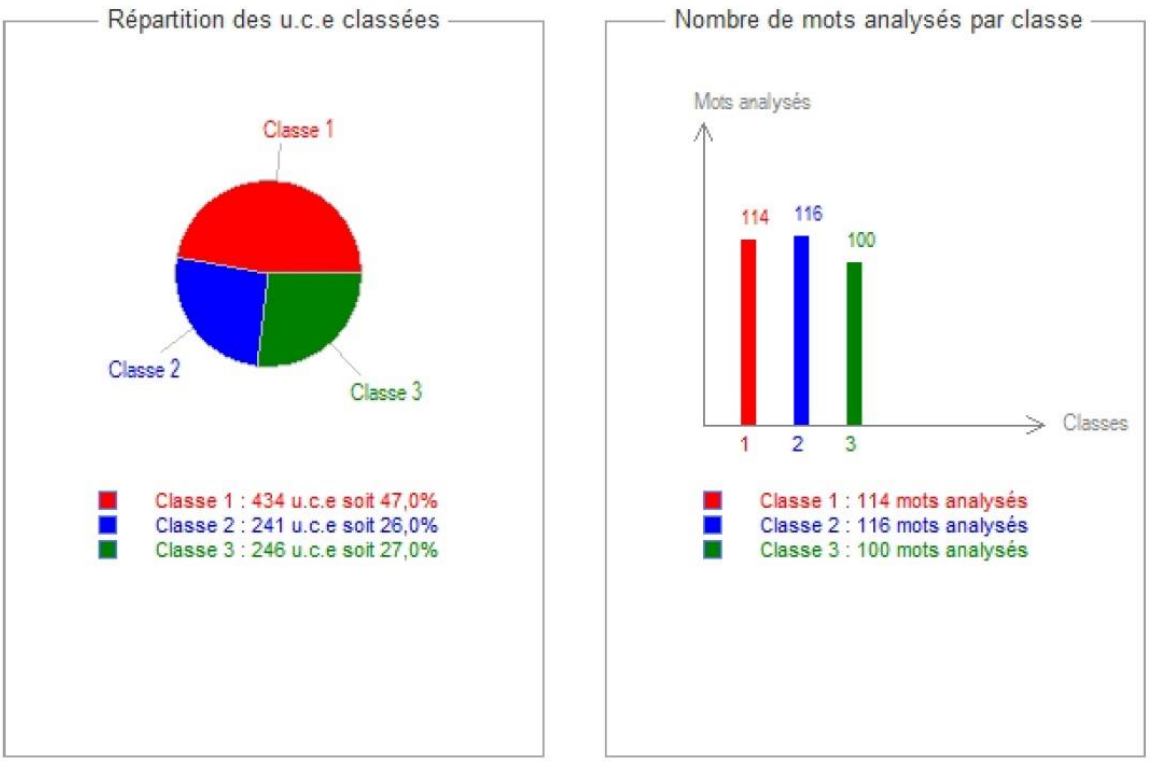
5.1. Representações Sociais do objeto "ser saudável" pelos adolescentes - Entrevista Individual

No que tange a primeira parte do estudo, por meio da análise lexical produzida pelo Alceste foram consideradas as variáveis de análise, assim como as formas reduzidas com maiores valores de Phi, bem como os seus significados, além do dendrograma da Classificação Hierárquica Ascendente (CHA) e as unidades de contexto elementar (UCE). Posteriormente, apresenta-se a discussão dos achados.

O *corpus* submetido à análise pelo software foi constituído por 50 unidades de contexto inicial (UCI), o qual foi repartido em 1127 UCE formada por 3052 palavras ou vocábulos distintos. Em seguida, o programa reduziu estes vocábulos às suas raízes distintas, originando 601 palavras analisáveis (substantivos, adjetivos e verbos) e 228 palavras suplementares (conjunções, artigos ou preposições).

Do total de 1127 UCE, o programa selecionou 924 delas tendo então um aproveitamento final de 81% do corpus. A figura 1 representa a distribuição das classes, o percentual de UCE em cada uma delas e também o número de palavras analisadas em cada classe formada.

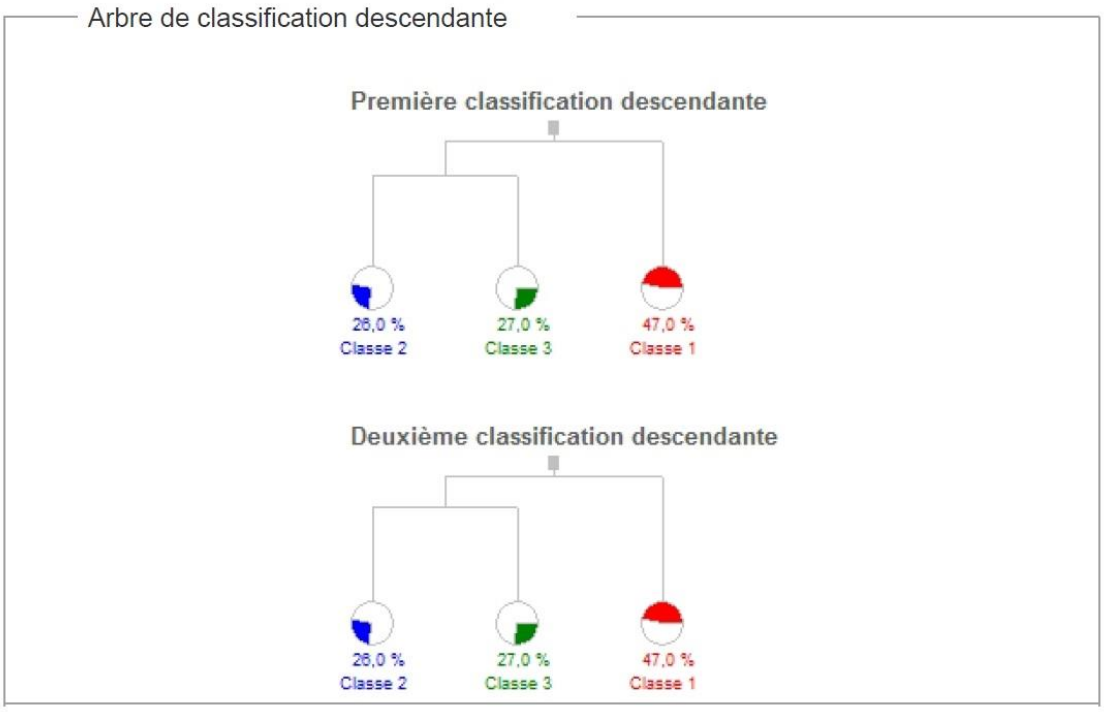
Figura 1 – Representação gráfica dos resultados do processamento do texto pelo programa Alceste – Número de uce e número de palavras analisáveis por classe.



Fonte: Relatório Alceste, 2017.

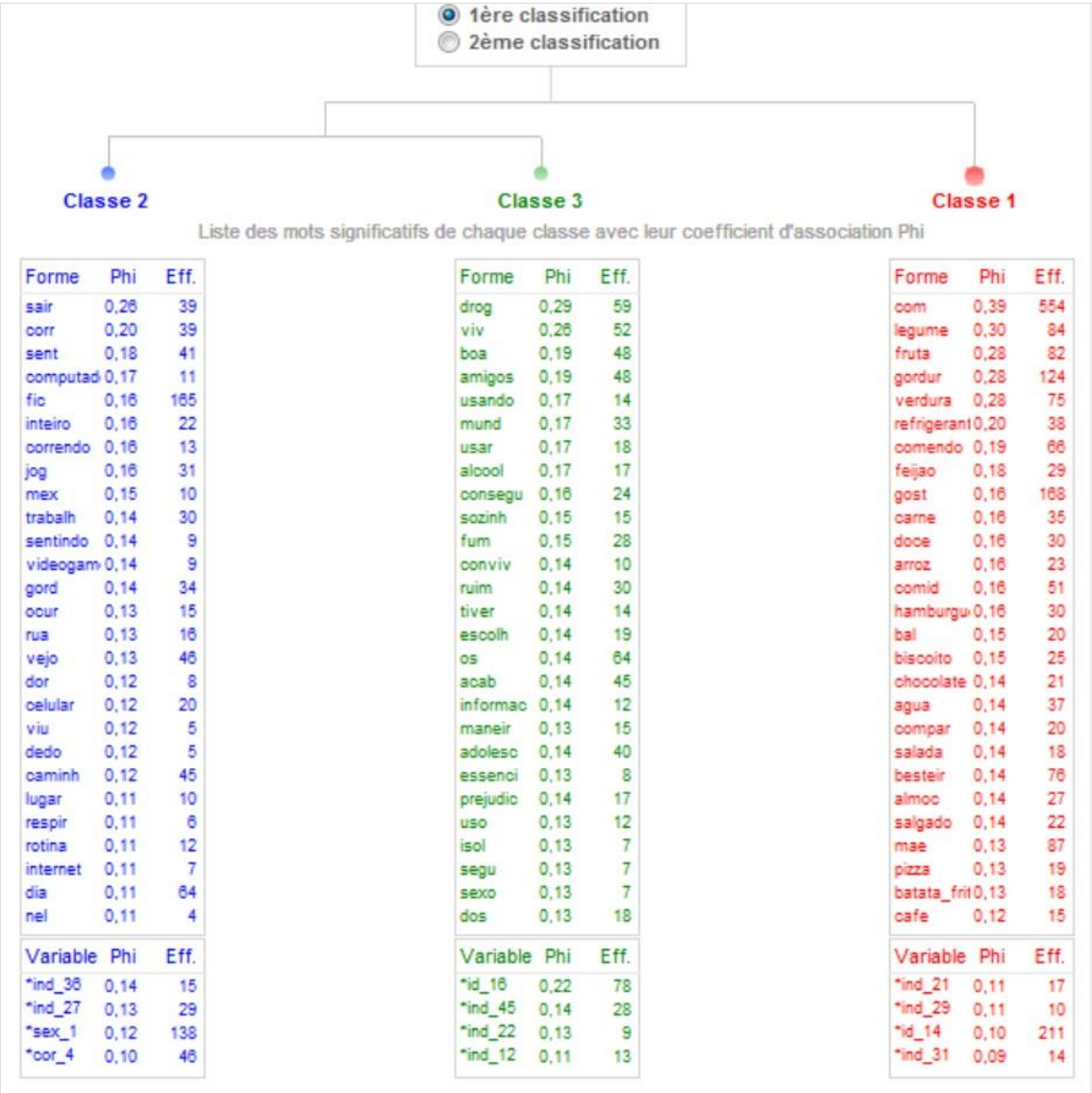
A figura 2 representa a classificação hierárquica descendente e a organização das classes geradas pelo programa.

Figura 2 – Divisão de Classes – Classificação Hierárquica Descendente



Fonte: Relatório Alceste, 2017.

Figura 3 – Dendrograma: Organização das classes a partir da análise lexical das entrevistas pelo programa Alceste



Fonte: Relatório Alceste, 2017.

O programa dividiu o material discursivo em dois grupos. Primariamente houve o surgimento da classe 1, depois o restante do corpus sofreu nova divisão surgindo as classes 2 e 3. Desta forma, observa-se que a classe 1 possui significados distintos das outras classes, pois trata do tema da alimentação na sua dimensão prática que ocorre no cotidiano diário do adolescente e como tais práticas podem influenciar a saúde, sendo nominada de “Percepção de adolescentes sobre a prática alimentar saudável”. As classes 2 e 3 também são distintas, mas possuem significados comuns, pois abordam as dimensões afetiva e relacional de estar saudável em diferentes configurações e contextos que

serão descritas no decorrer desta tese. A classe 2 foi nominada “Associação entre a prática de atividade física, sedentarismo e suas consequências à saúde”, a classe 3 “O cuidado de si exercido pelo adolescente para o viver saudável”. Deste modo, o programa dividiu o material em um total de 3 classes.

Quadro 6 – Dimensões das RS e suas respectivas classes

Dimensão da RS	**Classes resultantes do Alceste**
Dimensão Prática, Afetiva, Relacional, Simbólica, Informação, Crenças e Imagética	**Classe 1:** “Percepção de adolescentes sobre o ato de se alimentar de forma saudável”
	Classe 2: “Associação entre a prática de atividade física, sedentarismo e suas consequências à saúde”
	Classe 3: “O cuidado de si exercido pelo adolescente para o viver saudável”

Fonte: Produção da pesquisadora, 2018.

As classes foram analisadas a partir da lista de valores das formas reduzidas mais características e relevantes de cada classe, em função do valor de Phi, das formas completas de maior significado das classes, bem como da lista de UCE específicas que contextualizam as palavras dando-lhes significado e da relação intraclasse a partir da classificação hierárquica ascendente.

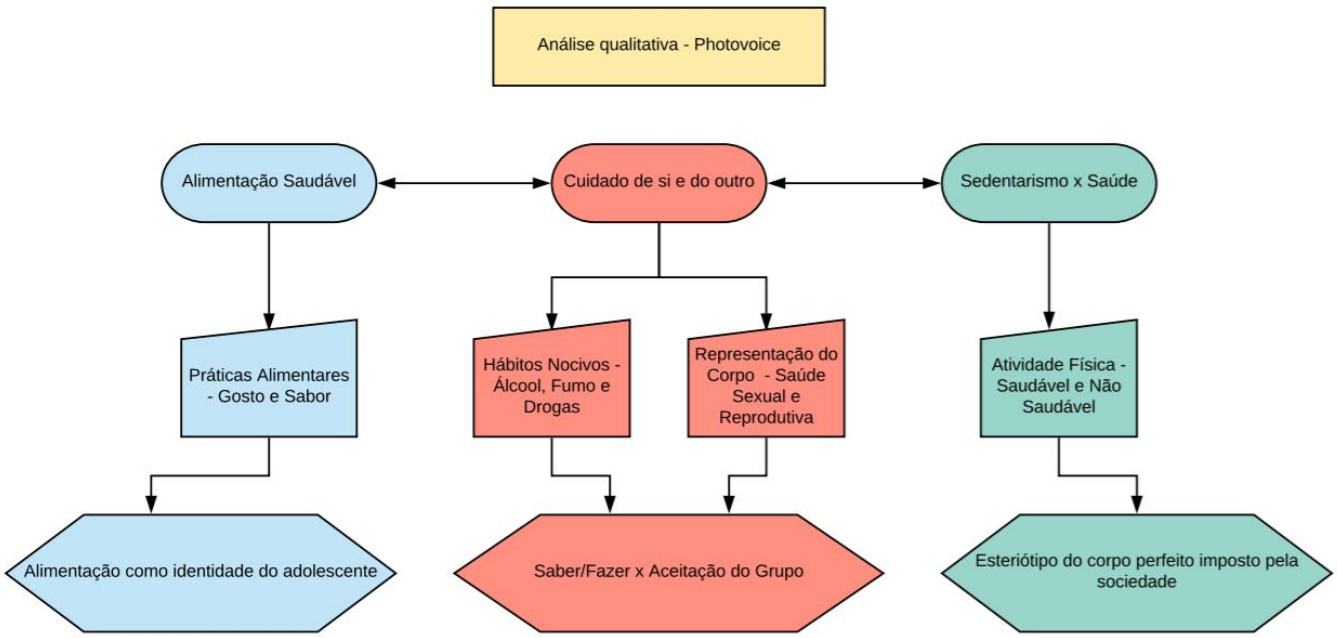
5.2. Representações Sociais do objeto “ser saudável” pelos adolescentes - Estudo *Photovoice*

Os resultados dos dados obtidos após a produção fotográfica e os grupos de discussão estão descritos e analisados em torno das seguintes categorias: “Alimentação Saudável”, “Cuidado de si e do outro” e “Sedentarismo x Saúde”. Para cada categoria temática foram produzidas subcategorias analíticas com o objetivo de desenvolver de forma específica cada tema construído pelos adolescentes participantes desta etapa do estudo, a partir da análise sob a luz

da TRS.

Tais conceituações vão ao encontro das áreas prioritárias de ação do PROSAD, dando ênfase a questões de crescimento e desenvolvimento, sexualidade, saúde mental, sexualidade e saúde reprodutiva (BRASIL, 1989), reiterados pelas Diretrizes Nacionais de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes e Jovens (BRASIL, 2010).

Figura 4 – Categorias e Subcategorias desenvolvidas a partir da etapa de análise do *Photovoice*



Fonte: Produção da pesquisadora, 2018.

As subcategorias contidas na Figura 4 expressam os conceitos que balizam e determinam a construção dos hábitos dos adolescentes a partir das imagens produzidas. O quadro 7 traz as subcategorias que emergiram a partir da análise categorial realizada no método *Photovoice*. Estas subcategorias expressam as práticas e suas justificativas esclarecidas pelos adolescentes quando são abordados os hábitos de vida vistos como característicos desta fase, apesar de se contraporem ao conhecimento científico para a manutenção da saúde. Dentre estes nota-se a manutenção de comportamentos de risco como definidores e práticas da adolescência.

Quadro 7 – Divisão das subcategorias de acordo com seus conceitos

Subcategoria	**Conceitos Representativos**	
Práticas Alimentares e Atividade Física	• Alimentos que despertam desejos e geram bem-estar no consumo – Sabor sobrepõe a manutenção da saúde • Corpo perfeito como delimitador de saúde	**Ao gerenciar estas influências os adolescentes constroem representações sociais que conduzem suas atitudes, gostos e medos**
Hábitos Nocivos	• O uso do álcool como meio de aceitação no grupo	
Representação do Corpo – Sexualidade	• Influência Internas e externas – Desejos Sexuais e aceitação do grupo	

Fonte: Produção da pesquisadora, 2018.

CAPITULO VI
"Percepção de adolescentes sobre o ato de se alimentar de forma saudável"

VI.I. Apresentação dos Resultados

Este capítulo trata da "Percepção de adolescentes sobre o ato de se alimentar de forma saudável". Foi formada por 434 UCE e 114 palavras analisáveis, obtendo representatividade de 47% do material que foi classificado para a análise.

O quadro 8 mostra as palavras mais significativas da classe 1 sendo composta por palavras que representam os alimentos consumidos por adolescentes e que se tornam característicos do grupo gerando um identitário social a ser respeitado.

Quadro 8 – Palavras representativas da classe 1

Classe 1 - 241 UCE			
Forma Reduzida	**Forma completa**	Phi	
com	coma(2) come(163) comeca(2) comeco(1) comem(32) comemos(6)	0,39	
Legume	legume(15) legumes(69)	0,30	
Fruta	fruta(44) frutas(38)	0,28	
Gordura	gordura(82) gorduras(8) gordurosa(5) gordurosas(16) gorduroso(12)	0,28	
Verdura	verdura(29) verduras(46)	0,28	
Refrigerante	refrigerante(36) refrigerantes(2)	0,20	
comendo	comendo(66)	0,19	
Feijão	feijao(29)	0,18	
gost	gosta(42) gostam(11) gostamos(5) gostar(5) gostava(1) goste(3) gostei(3)	0,16	**Classe 1: "Percepção de adolescentes sobre o ato de se alimentar de forma saudável"**
carne	carne(33) carnes(2)	0,16	
Doce	doce(23) doces(7)	0,16	
Arroz	arroz(23)	0,16	
Comid	comida(33) comidas(17) comido(1)	0,16	
Hamburgue	hamburguer(28) hamburgueres(2)	0,16	
bal	bala(15) balada(1) balas(4)	0,15	

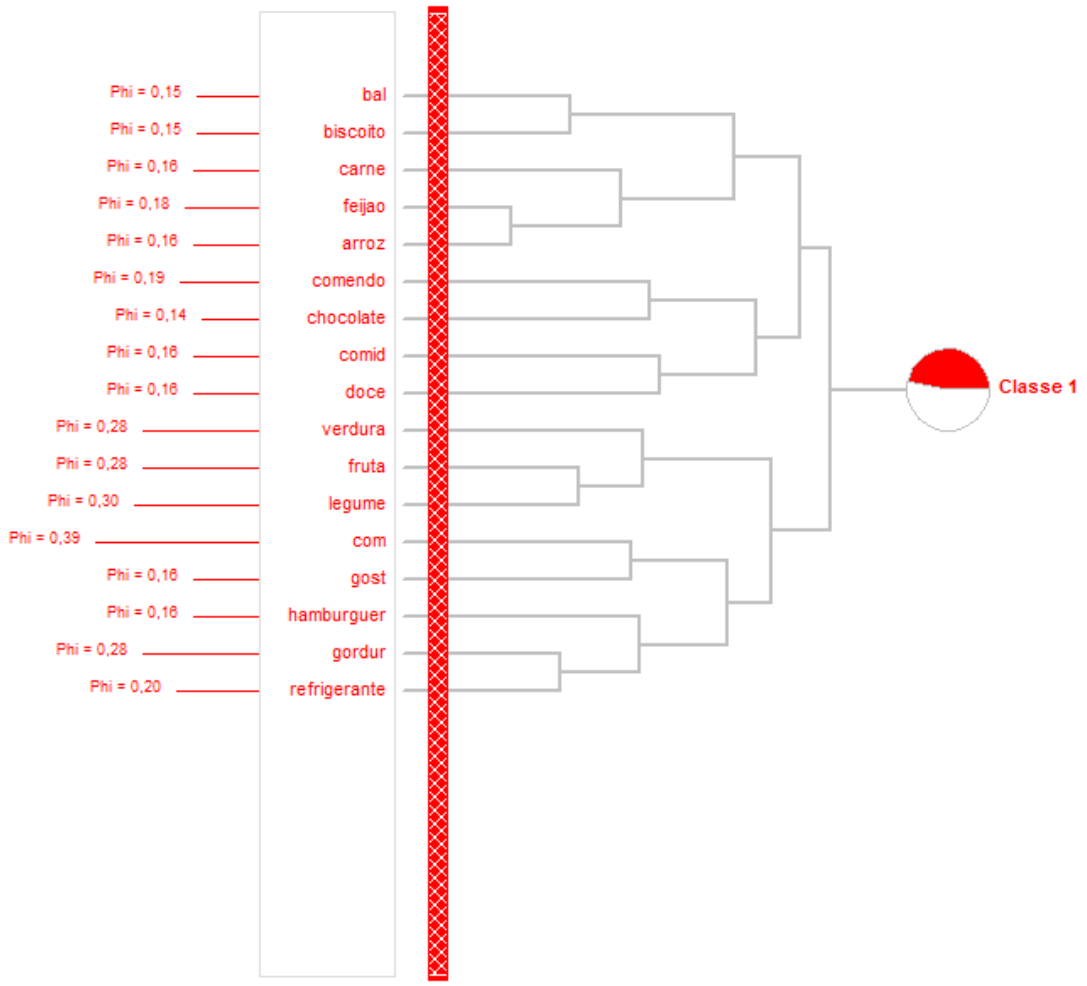
Biscoito	biscoito(22) biscoitos(3)	0,15	
Chocolate	chocolate(20) chocolates(1)	0,14	
agua	agua(37)	0,14	
Compar	compara(10) comparam(1) comparando(3) comparar(6)	0,14	
Salada	salada(15) saladas(3)	O,14	
Besteir	besteira(45) besteiras(30) besteirinha(1)	0,14	
almoc	almoca(2) almocar(9) almocei(1) almoco(15)	0,14	
Salgado	salgado(22)	0,14	
mae	mae(87)	0,13	
pizza	pizza pizza(19)	0,13	
Batata_frita	batata_frita(18)	0,13	
Cafe	cafe(15)	0,12	

Fonte: Relatório Alceste, 2017.

Observa-se a expressividade de alimentos mais consumidos por adolescentes em dualidade àqueles que de forma normativa devem ser consumidos para a preservação da saúde. Tal avaliação se faz por meio de seus valores de Phi, sendo a gordura representada pelo radical *gordu* (Phi = 0,28), refrigerante (Phi = 0,20), biscoito (Phi = 0,15) e bala representado pelo radical *bal* (Phi = 0,15). Já os alimentos entendidos como saudáveis e promotores de saúde ao adolescente se estabelecem no consumo de verduras (Phi = 0,28), frutas (Phi = 0,28) e o típico da alimentação brasileira baseada na mistura do arroz (Phi = 0,16), feijão (Phi = 0,18) e carne (Phi = 0,16).

A figura 5 traz a CHA da classe 1, na qual se observa a descrição dos alimentos consumidos e suas justificativas de consumo, representada pelo radical *gost* (Phi = 0,16), indicando o gostar de comer tal alimento e o poder de consumo por alimentos que são mais gostosos, sem a preocupação com o cumprimento das normas estabelecidas de realização de refeições diárias com horários pré-determinados pelos adolescentes.

Figura 5 – Classificação Hierárquica Ascendente – Classe 1



Fonte: Relatório dos resultados do Alceste.

Unidades de contexto elementar representativas da Classe 1

"Ela come bastante verdura e legume, não come muita coisa gordurosa, regula o que come, mas eu não consigo fazer. Eu já estou acostumada, de almoço e janta eu não como em excesso, mas sou muito de fazer lanches, Mc Donald's todo final de semana…" (M-49, idade 14 anos, Phi=0,04)

"…uma alimentação saudável inclui verduras e frutas, não comer tanta gordura e doces excessivamente. Minha mãe tenta ser saudável e sempre me dá bastante verduras e legumes para comer durante as refeições." (M-21, idade 13 anos, Phi = 0,03)

"...não gosto tanto, mas aquela pessoa que come muita gordura e besteiras vai se sentir mal. Esses negócios assim. Não é que você deve parar de comer, mas reduzir, deixar para o final de semana..." (F-30, idade 14 anos, Phi = 0,03)

"...come muita besteira, bala, chocolate, isso faz mal à saúde. A não sei já vi várias vezes minhas amigas comendo várias besteiras, tipo tem uma amiga minha que ela não come nada de verduras, nada de legumes prefere comer mais e frituras, eu também gosto, mas eu não como assim muito, porque minha mãe não faz muita fritura. " (M-21, idade 14 anos, Phi = 0,03)

"Eu acho que ser saudável tem que ter equilíbrio. Na minha família ninguém e saudável, porque temos muitos problemas, ninguém faz exercício físico e a alimentação e péssima. Tipo comemos arroz, feijão e aí tem a fritura e as vezes um legume. Não bebemos refrigerante, mas minha mãe enche o suco de açúcar. " (M-12, 14 anos, Phi = 0,03)

"...meu primo, ele é bem magrinho, mas não come direito comida, come Miojo, biscoito, bala, não come muita comida e o que come de bom é empurrado. Pode acontecer igual quando ele nasceu, colar o estômago dele e dar um problema para ele depois. Saudável seria comer mais comida, arroz, feijão, legume, besteiras ele come. " (F-50, idade 15 anos, Phi = 0,04)

"A pessoa que não é saudável é aquela que não se cuida e come um monte de bobagens. Tipo gosta de comer um monte de doces e coisas gordurosas. Muito churrasco e salgadinhos, aqueles biscoitos recheados, balas e não come comida como arroz e feijão. O meu primo ele e bem magro, mas não come direito comida, ele come Miojo e bebe refrigerante. " (F-13, 15 anos, Phi = 0,04)

"...comer corretamente é comer nas horas certas e nada muito gorduroso, salgado ou doce, para não ter glicose alta. Meu avô, ele tem 65 anos e não come muito salgado, tipo pizza, cachorro quente, só come coisas saudáveis, nada de carboidrato, gordura, então acho que ele e muito saudável e quase não fica doente. " (M-48, idade 14 anos, Phi = 0,03)

A seguir, apresenta-se as fotografias organizadas em uma linha de escolha e discursos explicativos produzidos a partir do *Photovoice* que vêm ao encontro das percepções de adolescentes sobre se alimentar de forma saudável.

Imagem 1 – Linha de fotografias representativas para os adolescentes da Alimentação Saudável

Fonte: Adolescentes do município de Petrópolis, 2018.

"Minha mãe quem fez esse prato, ela sempre diz que temos que comer essas coisas para ficar bem com a nossa saúde, então acaba que todo mundo lá em casa tenta comer assim." (F-01, idade 13 anos)

"Esse prato mostra bem o que a gente tem que comer, minha mãe que fez e aí eu achei muito bonito e quis tirar a foto. A minha mãe sempre prepara a minha comida e aí eu vou lá e como. Ela sabe, mais ou menos, o que eu gosto e o que eu não gosto, e as vezes ela até coloca umas coisas que eu não gosto, tipo essa salada, mas eu tenho que comer por causa da minha saúde. Esses dias eu comi arroz, feijão, batata e alface." (M-07, idade 13 anos)

"Isso, tem que pensar em comer de tudo sempre. Essas dietas que você tira um monte de coisa, não fazem bem para a saúde." (M-02, idade 14 anos)

Imagem 2 – Fotografia representativa para os adolescentes da alimentação típica para esta fase

Fonte: Adolescentes do município de Petrópolis, 2018.

"Fui eu que tirei essa, porque ela mostra bem mais o que a gente gosta de comer" (F-04, idade 13 anos)

"...no dia que eu fui no mercado procurar, não tinha o doritos eu fiquei bem triste sabe, porque amo comer doritos. Esses biscoitos sei lá parecem que viciam a gente, chega a ser terrível o que podem fazer coma nossa cabeça. Só de olhar o pacote já fico com muita vontade. Eu acho que tem alguma coisa ali que chama a nossa atenção. E tem mais uma coisa no antigamente esses salgadinhos minha mãe dizia que eram fritos e que faziam mal, agora vem escrito que é assado, então não é de tudo ruim porque até mesmo os fabricantes estão tentando melhorar o alimento." (F-07, idade 13 anos)

"Mas não é isso que o adolescente come sempre não. Porque não é o que a gente realmente gosta de comer. Aposto que ela só come porque mãe faz. Lá em casa é assim. Na realidade eu ia preferir comer um hambúrguer mesmo." (F-03, idade 14 anos)

"...eu só iria acrescentar a batata-frita mesmo. E em pouca quantidade para não me fazer mal. Eu acho que o que faz a pessoa passar mal é o exagero. Tipo o meu irmão gosta muito de comer essas coisas mais gordurosas, ele tem oito anos. E só passa mal quando minha mãe deixa ele comer muito. Se ela der uma variada e montar um prato tipo esse bem saudável, mas com batata-frita não há problema algum ele nem fica doente." (F-06, idade 14 anos)

"...eu acho que todos os dias faz mal. Isso que é o excesso. Minha mãe pergunta o que a gente quer comer quase sempre, mas quando ela percebe que a gente

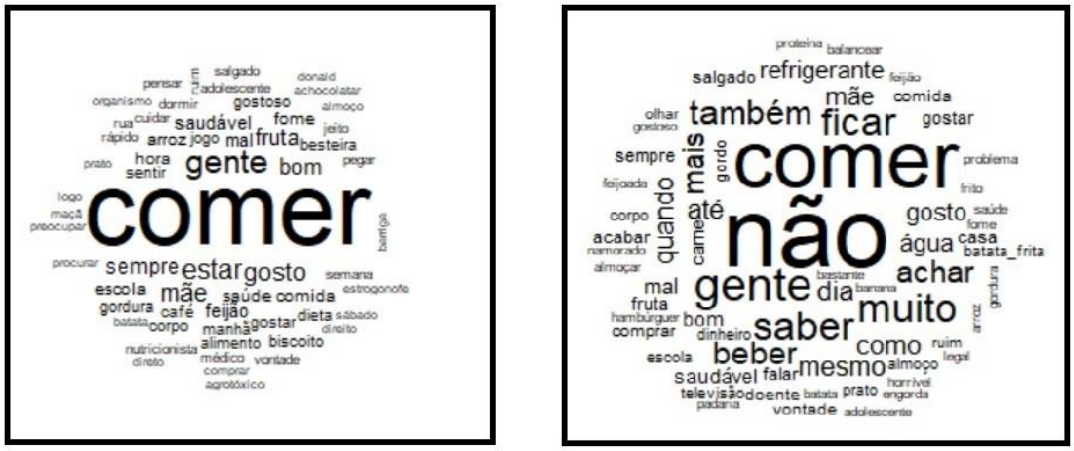
tem comido muita besteira durante a semana toda aí ela faz o que ela quer mesmo. ” (F-01, idade 13 anos)

Em seguida, para apoiar a análise dos dados desta etapa da pesquisa, foi utilizado o software IRAMUTEQ que permite diferentes processamentos e análises estatísticas de textos produzidos. Foi utilizada a ferramenta de composição de nuvem de palavras que permitiu melhor organizar os discursos produzidos nas discussões fotográficas.

No que tange a alimentação, a nuvem de palavras apresentou, em ambos os grupos, os conceitos expressos nas entrevistas individuais e nas fotografias. Nota-se na figura que as palavras são posicionadas aleatoriamente de tal forma que as mais frequentes aparecem maiores que as outras, demonstrando, assim, seu destaque no *corpus* de análise da pesquisa.

Após as etapas de processamento, foram interpretados os sentidos das palavras nos discursos dos adolescentes, dessa forma a palavra “comer”, dita 290 vezes por adolescentes do sexo masculino e 180 vezes pelas do sexo feminino, ganhou sentido na prática alimentar propriamente dita, relacionando os alimentos consumidos e os tipos de preparações a partir das sensações de gosto e prazer por comer determinados alimentos, assim como o consumo de refrigerantes e alimentos com alto teor calórico.

Figura 6 – Nuvem de palavras “Alimentação na adolescência”.



Fonte: Produção da pesquisadora (2018), organizado com base nos recursos do *software* IRAMUTEQ.

VI.II. Discussão dos resultados – “Alimentação para o adolescente”

A classe 1 aborda as definições de caráter alimentar no que diz respeito as práticas alimentares características dos adolescentes e suas relações definidas no conceito de ser saudável em conjunto com a categoria representada no estudo *Photovoice* “Alimentação Saudável”, quando os adolescentes ancoram suas percepções nas construções advindas do seu grupo a partir de vivências e experiências cotidianas. Nesse sentido, as influências são delimitadas pela figura materna, escola e mídia e as implicações que o modo de vida tem nos hábitos alimentares, nos valores relacionados à alimentação e nas representações simbólicas envolvidas, dando-nos a possibilidade de conhecer o que e como é comer para o adolescente.

Dessa forma observa-se que o consumo de alimentos industrializados se mostra presente, porém o adolescente possui discernimento entre o que é ou não saudável, a escolha se baseia no que é comum ao grupo e no despertar do gosto e o prazer em comer. A família e principalmente a figura da mãe é um determinante sociocultural destas práticas influenciando a escolha dos alimentos consumidos de acordo com os seus saberes culturais.

A divisão evidenciada no dendrograma produzido pelo Alceste mostra o caráter de inclusão que a alimentação possui, pois identificou-se que os adolescentes que consumiam a refeição da escola, ainda assim, queriam estar consumindo os lanches compostos por biscoitos, refrigerantes e doces justificando ser estes mais gostosos e comumente consumidos por todos os adolescentes.

A alimentação escolar constitui uma prática alimentar relevante nas escolas públicas brasileiras de ensino fundamental e médio. O ato de comer na escola se realiza em meio a outras práticas que compõem o espaço escolar, configurando-se em experiências e processos que influenciam na construção de hábitos alimentares e de identidades de crianças e adolescentes (SILVA; SANTOS; SOARES, 2018).

Observa-se que apesar de todos os esforços provenientes da criação de medidas de abordagem em saúde no ambiente escolar, dentre estas destaca-se o PSE, ainda sim enfrentam-se dificuldade diárias no que diz respeito a implementação e a disposição de recursos para a prática de saúde dentro da escola. A falta de conhecimento específico nutricional e a prática de atividades físicas se torna um obstáculo para a efetiva inserção da nutrição e saúde no conteúdo programático na educação básica (ROCHA; FACINA, 2017).

Aliado ao conhecimento insuficiente sobre tais temáticas o espaço físico inapropriado para prática de atividade física e a falta de parceria com a família em relação à alimentação dos escolares compreendem as maiores barreiras vivenciadas no processo de educação em saúde (ROCHA; FACINA, 2017).

Os modos de pensar e consumir os alimentos estão vinculados às crenças e padrões sociais de uso e restrições, os quais são um apelo às mudanças voltadas para a melhoria da saúde. Entretanto, apesar da rapidez frente as informações e orientações, os padrões alimentares confirmam a força do hábito, significador de identidades sociais (FREITAS; PENA; SILVA, 2011).

As práticas alimentares, que vão dos procedimentos relacionados à preparação do alimento ao seu consumo propriamente dito, veiculam a subjetividade do adolescente, o que inclui a identidade cultural, a condição social, a religião, a memória familiar, que perpassam por esta experiência diária atrelados diretamente à prática de refeições e ao modo de manter-se saudável.

Entretanto, observa-se que o consumo de alimentos que envolvem o despertar de “estados de felicidade” não se alinha ao que se considera positivo para a saúde. Apesar disso, são práticas que vêm ao encontro do que se aceita nos grupos, entre seus pares, e despertam gostos e prazeres pela comida.

As práticas alimentares dos adolescentes representativas de ser saudável devem ser bem delimitadas e discutidas no que concerne o tipo de alimentação adotada e a quantidade de refeições realizadas, de forma a identificar possíveis combinações e aquisição de hábitos que causem mal à saúde. A adolescência é uma fase em que ocorrem intensas modificações e se formam os hábitos da fase adulta, dessa maneira se torna grande a influência na composição dos grupos e influência social no que diz respeito a formação de novos conceitos relacionados que tangenciam a manutenção de um estado saudável.

A luz da análise das UCE identifica-se que o adolescente possui discernimento do que é realmente saudável quanto aos alimentos industrializados, porém nos discursos eles expressam o desejo por se alimentar de forma saudável, mas a prática se estabelece no consumo de alimentos industrializados que, na maioria das vezes, são vistos como não saudáveis, porém típicos para a fase e que naquele período não irão causar algum tipo de doença.

Frente a isso, emergem construções discursivas que determinam o equilíbrio como fator estrutural de ser saudável, devendo, o adolescente, se abster de exageros que podem vir a prejudicar a saúde. Não existem limitações invariáveis do que se pode consumir ou não, a dependência do bem-estar psicológico se sobrepõe ao caráter biológico alcançado a partir do objetivo de se alimentar.

Evidenciou-se nos discursos produzidos a partir de ambos os métodos da pesquisa a amplitude de informações dos adolescentes quanto a uma alimentação, para eles, saudável, apesar do consumo de alimentos gordurosos, guloseimas e refrigerantes apresentar-se alto; há também a presença de verduras e leguminosas nas refeições diárias de maneira variada e em diferentes preparações.

Neste contexto a terapêutica estabelecida de forma racional nos conceitos de Nutrição atribui a alimentação um conceito normativo, sendo um valor idealizado. Constrói-se um padrão alimentar dietoterápico, baseado nas

necessidades individuais, que prescreve a moderação e o controle na ingestão de alimentos energéticos, ricos em sódio, gorduras saturadas e *trans* e incentiva o consumo de alimentos fontes de fibras, vitaminas e minerais, como as frutas, legumes e verduras (KRAEMER et al., 2014).

Os sentidos criados a partir da alimentação saudável participam das estratégias de biopoder ao colocar o alimento como uma etapa da construção do corpo perfeito. O discurso estético no campo da alimentação transforma beleza, magreza e juventude em sintomas de saúde. Nesse contexto, só é saudável quem tem essas características e se alimenta de forma pragmática para construir o corpo perfeito. A comida é medicalizada, e mesmo a comida do cotidiano é controlada, mensurada, com suas calorias contabilizadas, seus nutrientes ressaltados, contribuindo para o surgimento de distúrbios de peso principalmente nos adolescentes e adultos jovens (CASTIEL; FERREIRA; MORAES, 2014).

Para o adolescente a alimentação emerge das representações como o pilar central para se manter saudável, podendo ou não estar em associação com a práticas de atividades físicas. Esse consumo saudável é constituído por alimentos com baixo teor de gorduras e preparações definidas como saudáveis quando se evitam frituras e alimentos ricos em açúcares.

O consumo de alimentos de forma saudável se faz através do equilíbrio e não da privação de consumo. Pode-se dividir tais práticas a partir de padrões de consumo estabelecidos como padrões saudáveis quando há o consumo predominante de frutas, hortaliças, arroz, feijão e preparações pouco gordurosas. Em contrapartida se estabelece o padrão de consumo não saudável quando tais preparações se sobrepõem àquelas vistas como saudáveis, através do consumo de biscoitos, doces e refrigerantes (TAVARES, et al., 2014).

Para o adolescente o ato de comer é intensamente afetado não só por questões objetivas, como as relacionadas aos recursos materiais disponíveis (disponibilidade de alimentos e (ou) acesso aos mesmos) mas por satisfação de sensações corpóreas e como medidas de aceitação, no fato de alimentar-se da mesma forma que todos os pertencentes ao grupo.

A motivação para comer e certa preocupação com as escolhas alimentares têm um sentido de valorização do campo da alimentação, que pode ser apreendido dos adolescentes, as quais reuniam algumas condições, idealizadas como capazes de promover a manutenção de um corpo perfeito que

se estabelece longe de condições extremas, ou seja, não é desejável ser muito “magro” e nem ser “gordo”.

A supervalorizaçao da imagem corporal e a preferência pela sociedade pelo estereótipo de magreza podem resultar em distúrbios alimentares e a ingestão inadequada de nutrientes e energia em consequência dessa busca por padrões de beleza e imagens idealizadas, reforçada diariamente pela mídia.

A alimentação está envolta nos mais diversos significados, desde o âmbito cultural até as experiências pessoais. Há momentos mais propícios para o doce, o salgado, a bebida, a fartura ou a restrição alimentar, que são impregnados de significados culturalmente determinados.

No momento da alimentação o indivíduo, neste caso o adolescente, busca atender suas necessidades fisiológicas e hedônicas (prazerosas), sendo o comportamento definido a partir de suas relações com o meio. Sendo assim, para uma melhor compreensão é necessário conhecer os fatores que refletem e determinam as escolhas alimentares (BATISTA; LIMA, 2013). Dentre estes fatores destaca-se ambiente familiar, mídia, cultura, escolaridade e renda (VAZ; BENNEMANN, 2014).

O comportamento alimentar desenhado como um conjunto de ações e posicionamentos relacionadas ao alimento, que envolve desde a escolha, preparo até a ingestão, bem como tudo a que ele se relaciona. Já o hábito alimentar é a resposta do indivíduo frente ao alimento ficando caracterizado pela repetição desse ato. Fica evidente que, o comportamento alimentar promove o hábito alimentar (VAZ; BENNEMANN, 2014).

A construção dos hábitos e comportamentos se inicia desde a infância sob influências de diversos fatores socioculturais que delimitam sua estruturação e consequências sobre a saúde. Mudar atitudes é uma tarefa complexa, pois envolve estratégias diferenciadas, assim se evidencia a necessidade de intervenção, não só no aspecto prático do que comer ou como comer, mas na questão cultural e educacional, com enfoque nas etapas mais precoces da vida quando ocorre a formação de hábitos alimentares que determinarão seu comportamento e suas consequências referentes a manutenção da saúde (VAZ; BENNEMANN, 2014).

Neste âmbito, onde a mescla das necessidades biológicas, culturais e sociais está contida, interessa-nos explorar as representações sociais

relacionadas com o universo do comer e da comida, o que faz parte do interesse maior que são os aspectos simbólicos relacionados com a alimentação. Os adolescentes, em geral, não consideram sua alimentação diária saudável, informam ser “mais ou menos saudável”, por comerem pouca salada e bastante ‘besteiras’ (GARCIA, 1994).

A principal diferença relatada foi o consumo de salada pelos outros membros da família. Pode-se perceber que o adolescente, mesmo tendo opinião própria, confessa ser influenciado pela família, sendo a mãe a figura que mais exerce influências positivas.

Uma das formas de os pais influenciarem na alimentação dos seus filhos é pela utilização de determinadas práticas de alimentação. Essas práticas são estratégias comportamentais, empregadas pelos pais para controlar o que e o quanto os seus filhos comem (VENTURA; BIRCH, 2008). As práticas de alimentação utilizadas pelos pais e a experiência que seus filhos têm com os alimentos contribuem para a formação da maioria das preferências alimentares; poucas são as preferências determinadas pela genética (BIRCH; FISHER, 1998).

O comportamento dos pais e o dos filhos em relação à alimentação se influenciam mutuamente, de forma que seus hábitos se estruturam a partir das experiências anteriores. Os pais devem manter-se atentos a outros fatores que orientam a construção do repertório desejável para a criança, como seu peso ou suas características e propensões genéticas (MAYER; WEBER, 2014).

Além desses aspectos, devem acompanhar a existência de possíveis fatores externos que afetem o comportamento alimentar dos filhos, como o modelo de irmãos ou pares, a influência da mídia, entre outros. Compor o repertório de educação alimentar, ponderando diversos fatores em um desenvolvimento gradual, é um desafio para os pais (MAYER; WEBER, 2014).

Neste contexto depois da família, a televisão e os amigos aparecem na relação dos que mais os influenciam nos hábitos alimentares, porém de forma inversa em relação à família. Os adolescentes, na sua maioria, sabem quais são os riscos causados pelos alimentos não saudáveis, principalmente com relação às doenças crônico-degenerativas, relatando as suas preocupações, quando questionados sobre as consequências dessa prática inadequada.

A publicidade expressa nos meios de telecomunicação, tem participação ativa e majoritária nas atividades comuns às crianças e adolescentes, dessa forma, acabam por desempenhar papel estruturador na construção e desconstrução de hábitos e práticas alimentares. Em geral, a maioria dos alimentos veiculados em propagandas de televisão é de alta densidade energética incentivando formação de hábitos relacionado a uma má alimentação entre os adolescentes (PONTES et al., 2009).

Como a construção de hábitos de saúde, dentre eles os alimentares têm seu início em fases precoces como na infância de na adolescência, e estes mudam pouco ao longo da adolescência até a idade adulta, é importante considerar os aspectos relacionados e que ocasionam cada um desses hábitos a fim de compreender e minimizar problemas futuros (FARIA et al., 2010).

Outros conceitos aparecem de forma emblemática nos discursos produzidos a partir do método *Photovoice*. Ao se analisar as fotografias percebe-se que a imagem construída em se alimentar bem está sempre focada nas refeições equilibradas sem a privação de alimentos vistos como causadores de doenças como frituras e alimentos com alto teor de gordura.

O consumo de frutas é incentivado no ambiente escolar e por familiares mais velhos, que são vistos como influenciadores e determinantes de hábitos. Em contrapartida, a alimentação típica desta fase não é deixada de lado. Um dos adolescentes que participa da discussão expressa seus conceitos a partir do que é contra normativo ao grupo, ou seja, o grupo constrói relações entre alimentos saudáveis e saúde e a adolescente F-03 produz um discurso sobre o que é real e característico para a fase, indo contra a norma ditada pela sociedade sobre os padrões saudáveis.

Todos os adolescentes, apesar de no seu discurso expressarem opiniões em acordo com o universo científico para o que é saudável, no momento em que a adolescente desconstrói nenhum dos participantes vai contra suas afirmações.

Os hábitos alimentares inadequados e o alto índice de distúrbios relacionados a peso nesta faixa etária se apresentam como um grave problema de saúde pública mundial, o que reforça a urgência de se adotar programas de educação alimentar tendo como público alvo principal estes indivíduos, destacando-se neste caso a escola como um dos canais mais efetivos para a incorporação destas ações (YANG, et al., 2015).

As ações educativas alimentares e nutricionais voltadas para a conscientização dos adolescentes e jovens com relação à prática alimentares saudáveis são primordiais nessa faixa etária, pois ampliam o conhecimento nutricional dos adolescentes promovendo mudanças importantes relacionadas aos seus comportamentos alimentares. A melhoria no conhecimento frente a sua nutrição pode repercutir de forma positiva na alimentação, fazendo-o repensar sua alimentação e realizar escolhas mais saudáveis que poderão implicar em práticas alimentares adequadas, melhorando seu estado nutricional e prevenindo doenças futuras (ASSIS, et al., 2014).

Considerando o enfoque de risco, algumas situações indesejáveis podem originar estilos de vida perigosos, entretanto, através de medidas preventivas, as mesmas situações podem levar a decisões saudáveis.

No que diz respeito aos comportamentos nutricionais, estudos demonstram que os lanches tipo *fast food* estão presentes na dieta dos adolescentes diariamente cerca de três ou mais vezes por dia. Tais dados se tornam preocupantes uma vez que não correspondem às orientações estipuladas por manuais de saúde e órgãos associados ao parâmetros da alimentação na população brasileira como guias alimentares e a PNAN (BRASIL, 2011), sendo constatado o grande consumo de açúcares de adição, sódio e gorduras por meio de alimentos processados e ultraprocessados em detrimento do consumo dos alimentos ricos em vitaminas, minerais, demais substâncias com atividades antioxidantes e fibras como as frutas e demais vegetais *in natura* ou minimamente processados (PEREIRA; PEREIRA; ANGELIS-PEREIRA, 2017).

Tais hábitos contribuem diretamente para o ganho de peso e uma maior prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, podendo o consumo de dietas de má qualidade retardar potencialmente o crescimento e a maturação sexual nesse grupo populacional (ENES; SLATER, 2010).

Corroborando os pontos discutidos, ao analisar os discursos produzidos com base nas fotografias, estes vão de encontro aos constructos das entrevistas individuais, porém em grupo o adolescente expressa melhor sua real opinião e suas práticas alimentares. A adoção de hábitos inadequados de alimentação entre os adolescentes, geram aumento do risco nutricional, uma vez que nessa fase está ocorrendo o estirão do crescimento e a demanda energética se torna

cada vez maior para possibilitar o crescimento e desenvolvimento saudáveis.

Além disso, a alimentação se caracteriza em acordo com as diferentes culturas e cenários, indo além de um ato puramente biológico para suprimento de necessidades físicas. Dessa forma, os tipos de preparações e as relações que se estabelecem no ato de comer variam de pessoas a pessoas assim como para cada grupo social, sendo influenciados em acordo com fatores como idade, altura, peso, tipo de atividade, quadro clínico, entre outros (LIMA; NETO; FARIAS et al., 2015).

Conhecer os fatores determinantes no consumo de adolescentes é fundamental e de suma importância para a intervenção e mudança em seu consumo alimentar. Essas mudanças são fundamentais frente aos achados e a mudança epidemiológica na população que se insere no grupo com excesso de peso por exemplo.

Os programas de educação nutricional direcionados para os adolescentes não utilizam a ótica do sabor como ferramenta para estimular esses indivíduos a consumirem alimentos mais saudáveis, apenas focam no fato que esses alimentos trazem benefícios a saúde.

CAPÍTULO VII

"Atividade física, sedentarismo e sentidos de saúde"

VII.I Apresentação dos Resultados – "Sedentarismo x saúde" e "Cuidado de si e do outro"

Este capítulo trata das classes 2 e 3 em conjunto com a categoria formada a partir das fotografias, denominada "Sedentarismo x Saúde" e "Cuidado de si e do outro".

A classe 2, nominada "Associação entre a prática de atividade física, sedentarismo e suas consequências à saúde" foi formada por 241 UCE e 116 palavras analisáveis, enquanto a classe 3, nominada "O cuidado de si exercido por adolescente para o viver saudável", foi formada por 246 UCE e 100 palavras analisáveis. Além disso, a classe 3 é a de maior significância estatística em termos de agregação de UCE, perfazendo 27% do total e a classe 2, com 26%.

No quadro 9 estão dispostas as palavras mais representativas, visualizando-se que os léxicos de maior associação à classe 2 dão a ideia da construção, pelos adolescentes, da prática de atividades como determinante de estar ou não estar saudável, caracterizando a dimensão prática de suas representações.

Quadro 9 – Palavras representativas da classe 2

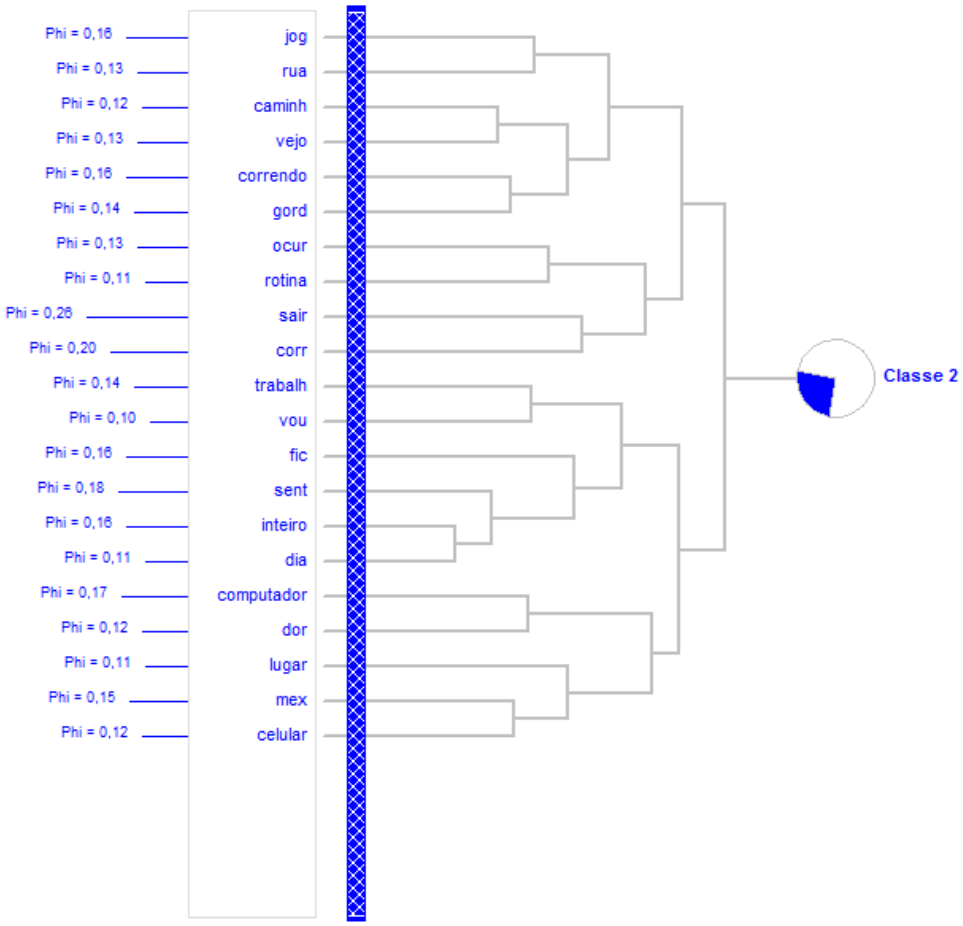
Classe 2 - 241 UCE			
Forma Reduzida	**Forma completa**	Phi	
Sair	sair(39)	0,26	
Corr	corr corre(3) correm(1) correr(31) correrem(1) corria(2) corro(1)	0,20	
Sent	sent senta(1) sentada(4) sentado(11) sente(11) sentia(1) sentir(13)	0,18	
computado	computador computador(11)	0,17	
fic	fic fica(43) ficam(9) ficamos(2) ficando(2) ficar(73) ficaram(1) ficasse(1) ficava(2)	0,16	
inteiro	inteiro inteiro(21) inteiros(1)	0,16	**Classe 2: "Associação entre a prática de**

correndo	correndo correndo(13)	0,16	**atividade física, sedentarismo e suas consequências à saúde”**
Jog	jog jogado(1) jogando(9) jogar(17) jogo(4)	0,16	
Mex	mex mexe(5) mexem(1) mexer(3) mexo(1)	0,15	
Trabalh	trabalh trabalha(9) trabalham(1) trabalhando(1) trabalhar(8) trabalho(10) trabalhoso(1)	0,14	
Sentindo	sentindo sentindo(9)	0,14	
videogam	videogame videogame(9)	0,14	
gord	gord gorda(8) gordas(1) gordinha(1) gordinhas(2) gordinho(1) gordo(21)	0,14	
rua	rua(16)	0,13	
dor	dor dor(5) dores(2) dorzinha(1)	0,12	
Celular	celular(20)	0,12	
Caminh	caminhada(19) caminhando(9) caminhar(15) caminho(2)	0,12	
Rotina	rotina(12)	O,12	
Internet	nternet(7)	0,11	

Fonte: Relatório dos resultados do Alceste.

Na CHA, expressa na figura 7, identificam-se conteúdos semelhantes que se complementam, ao analisar a relação existente entre as palavras. O ponto que traz à tona e caracteriza esta afirmação é a prevalência de verbos que configuram a discussão ocorrida, tais como: correr (Phi = 0,20), jogar (Phi = 0,16), mexer (Phi = 0,15), caminhar (Phi = 0,12) e o adjetivo gordo (Phi = 0,14) que nos discursos se associa àqueles adolescentes que fazem uso do computador e do videogame, visto então como sedentários.

Figura 7 – Classificação Hierárquica Ascendente – Classe 2



Fonte: Relatório dos resultados do Alceste.

A imagem 3 que traz a linha de fotografias representativas da prática de atividade fpisica e as explicações que as acompanham, produzidas pelos adolescentes, vêm ao encontro dos léxicos que dão identidade às classes sobre a dimensão prática de ser saudável. No grupo masculino, tais hábitos se mostraram mais incidentes, porém a preocupação com o desempenho físico e pessoal foi relevante, principalmente na prática de atividade física.

Imagem 3 – Linha de fotografias representativas para os adolescentes da prática de atividades físicas

Fonte: Adolescentes do município de Petrópolis, 2018.

"Principalmente porque jogar bola faz bem no corpo, para a pessoa não ficar sedentária." (M-01, idade 15 anos)

"O corpo é uma necessidade, se você for gordinho você não consegue correr tão rápido quanto um magrinho." (M-06, idade14 anos)

"Mas também tem que tomar muito cuidado com as coisas que você usa né. E seus hábitos se você fuma ou bebe. Muitas vezes só o dinheiro não vai resolver a sal vida se você tiver uma doença como, sei lá, câncer." (M-01, idade 15 anos)

"Também está diretamente ligado à amizade, porque o pessoal se reúne." (F-01, idade 13 anos)

Em seguida, a imagem 4 remete aos conceitos primários referentes a construção de um cuidado de si e a aspectos relativos a saúde mental, também retratadas nos léxicos e UCE. A preocupação com manutenção de relações de amizade como sinônimo de bem-estar psíquico e social se faz mais inerente no grupo feminino.

Imagem 4 – Fotografia representativa para os adolescentes das relações sociais como manutenção de uma boa saúde mental

Fonte: Adolescentes do município de Petrópolis, 2018.

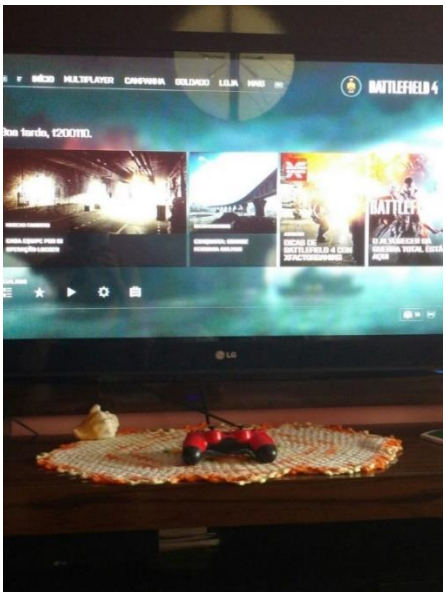
“Para se sentir saudável, porque depressão não é saudável, quando temos os amigos em volta nós acabamos não ficando só dentro da gente, ter uma amizade é legal, tem gente que tem depressão, é triste.” (F-02, idade 15 anos)

“Bom é sair para ir no cinema, mas ruim são as fofocas que acontecem. Mas a gente nunca brigou.” (F-04, idade 13 anos)

“Eu não ia com a cara de nenhuma delas duas, mas depois que a gente conhece muda. Por exemplo, a Duda e eu éramos amigas há anos, mas eu não sabia que ela viria para cá, aí para ela não ficar sozinha fiquei com ela, só que eu já andava com a Luciana, que não quis incluir a Duda, mas depois a Luciana viu que estava errada e voltou a falar com a gente. Briga as vezes é bom, que aí você sente saudade. ” (F – 01, idade 13 anos)

Em contrapartida os conceitos referentes ao uso de tecnologias da comunicação e uso de vídeo game, se tornam inerentes e característicos do adolescente, tendo caráter visional de ser e estar saudável, apesar de se relacionar com conceitos de sedentarismo, cria-se uma dualidade como delimitado na imagem 5 e nos discursos a ela atrelados.

Imagem 5 – Fotografia representativa para os adolescentes do uso de tecnologias como sinônimo de saúde



Fonte: Adolescentes do município de Petrópolis, 2018.

"O vídeo game é um bom exercício para a mente, tem várias estratégias que a gente tem que seguir e fazer, tenho que prestar maior atenção dependendo do jogo então fico sofrendo, por isso quis trazer essas foto. Acho saudável você ter essa descontração sabe, fico ali horas e hora e me divirto bastante, posso até jogar online e conhecer novas pessoas." (M-05, idade 14 anos)

"Não acho, as pessoas param uma hora para jogar quando elas poderiam estar dormindo, descansando, aí fica forçando o olho, fica viciado naquilo ali e nem sai de casa. Onde isso vai ser saudável? E você ainda deve ficar comendo direto na frente da televisão." (M-01, idade 15 anos)

"Mas tem gente que nem dorme, troca o descanso por isso e chega uma hora que o corpo não aguenta." (M-01, idade 15 anos)

"Mas aí são casos e casos, eu até fico sem dormir à noite, mas depois descanso de dia então não me faz nem um pouco mal." (M-05, idade 14 anos)

"Você sabe né, tem um vício. Fico conversando com meus amigos e resolvendo as coisas do dia seguinte quando vejo a hora já passou, mas sei que não pode. Minha mãe fica até brigando comigo." (M-01, idade)

"Igual celular, eu fico com celular lendo a noite, é a pior coisa. Me dá até dor de cabeça." (M-01, idade 15 anos)

Além disso, foram construídos conceitos referentes a exagero como algo que gera malefícios a saúde, o que demonstra que o caráter proibitivo exclusivo faz com que este não seja saudável, já que não alcança um estado de felicidade mediante aquela prática.

“Tudo bem muito até não pode, mas também a pessoa ao invés de estar fazendo bem para o corpo, vai ficar sentada ou deitada jogando, quando poderia estar correndo, soando, melhorando um monte de coisas no corpo dela. Aí prefere ficar sentado comendo e jogando. ” (M-02, idade 14 anos)

“Tem jogo que é viciante. Às vezes eu até quebrava a manete de tanta raiva porque perdia ou não conseguia passar à fase. Algumas veze por causa do jogo eu até deixava de comer” (M-05, idade 14 anos)

“Então, eu acho que tudo é saudável, por exemplo, vídeo game é saudável para a mente, já está provado que é bom para a coordenação motora, a pessoa age mais rápido. O exercício físico é mais saudável, faz bem para o corpo, é diferente. A pessoa tem que gostar do que faz sendo feliz ela passa a ser saudável” (M-04, idade 13 anos)

Para o sexo feminino, a manutenção da saúde cognitiva se faz através do estudo de conteúdos que geram o prazer pela leitura associado ao estar com os colegas trocando experiências, concluindo-se que para a adolescente o ideal de estar saudável independe de práticas quando associados ao estar em grupo e se identificar com seus pares.

Tais questões surgem a partir da imagem 6 escolhida pelo grupo, que retrata o ambiente da biblioteca como ponto crucial da relação e do aprendizado e que medidas inovadoras para o ensino despertariam maior vontade de aprendizado e logo benefícios ao aprendizado.

Imagem 6 – Fotografia representativa para os adolescentes de manutenção da saúde mental e cognitiva

Fonte: Produção fotográfica de adolescentes do município de Petrópolis, 2018.

“Essa foto fui eu que tirei e acho que a gente escolheu porque estudar é saudável e faz a gente progredir mentalmente. ” (F-08, idade 14 anos)

“A gente chega todos os dias abre o caderninho e olha para o quadro, cansa. Ninguém se preocupa com o que a gente gosta, a escola as vezes não tem nem comida. Teve um dia que não tinha nem água, então isso acaba prejudicando, porque a gente não sabe se vai conseguir estudar. ” (F-05, idade 15 anos)

“Eles podiam cantar ensinando. Sei lá, pensar ou perguntar para a gente como que aa gente prefere as coisas, não é questão de não querer aprender, mas como elas poderiam fazer isso. ” (F-04, idade 13 anos)

“Ter umas aulas diferentes, mais práticas, a professora só senta lá e fala ou então fica olhando meu caderno. ” (F-03, idade 14 anos)

“Então esses livros que eles dão para a gente na escola, não tem nada a ver com nossa realidade, umas histórias completamente idiotas. Eu acho que eles poderiam tentar entender o que acontece com a gente e nos dar coisas que tenham relação com a nossa vida. Por exemplo, tem várias meninas grávidas então porque não trazem uma leitura que nos ensine a prevenir ou que nos faça entender como acontece. ” (F-07, idade 13 anos)

“É mesmo, porque quando você não se interessa pelo assunto não quer saber e nem sempre que você está somente lendo, você está estudando, pode só estar passando tempo e fingindo para a mãe e a professora que está lendo. ” (F-01, idade 13 anos)

“Ler algo interessante é progredir a mente e então melhorar a saúde. ” (F-02, idade 15 anos)

Já a classe 3 foi formada por 246 UCE e 100 palavras analisáveis obtendo representatividade de 27% do material que foi classificado para a análise.

O quadro 10 mostra as palavras mais significativas da classe 3 e a figura 7 a CHA, na qual pode-se visualizar a construção de sentidos no que se refere ao consumo de álcool e drogas, além de conceitos relacionados com a preocupação, principalmente em meninas, com a sexualidade tendo em vista os aspectos relacionais positivos ou negativos com a saúde.

Quadro 10 – Palavras representativas da Classe 3.

Classe 3 - 241 UCE			
Forma Reduzida	**Forma completa**	Phi	
Drog	droga(13) drogam(1) drogando(1) drogas(44)	0,29	**Classe 3: “O cuidado de si exercido por adolescente para o viver saudável”**
Viv	vivas(1) vive(8) vivem(5) viver(36) viverem(1) vivia(1)	0,26	
Boa	boa(35) boas(13	0,19	
amigos	amigos(48)	0,19	
usando	usando(14)	0,17	
mund	mundinho(1) mundo(32)	0,17	
alcool	usar(17) usarem(1)	0,17	
Usar	alcool(13) alcoolica(1) alcoolicas(1) alcoolismo(2)	0,17	
consegu	consegue(17) conseguem(2) conseguir(5)	0,16	
sozinh	sozinha(7) sozinho(8)	0,15	
fum	fuma(6) fumam(4) fumando(4) fumante(1) fumar(9) fumei(1) fumo(2) fumou(1)	0,15	
conviv	convive(2) convivencia(6) conviver(1) convivo(1)	0,14	
ruim	ruim(30)	0,14	
tiver	tiver(14)	0,14	
escolh	escolha(5) escolhas(5) escolher(9)	0,14	
acab	acaba(27) acabam(6) acabamos(1) acabando(2) acabar(6) acabo(2) acabou(1)	0,14	
inform	informacao(8) informacoes(4)	0,14	
Maneir	maneira(14) maneiro(1)	0,13	
Adolesc	adolescencia(1) adolescente(31)	0,14	

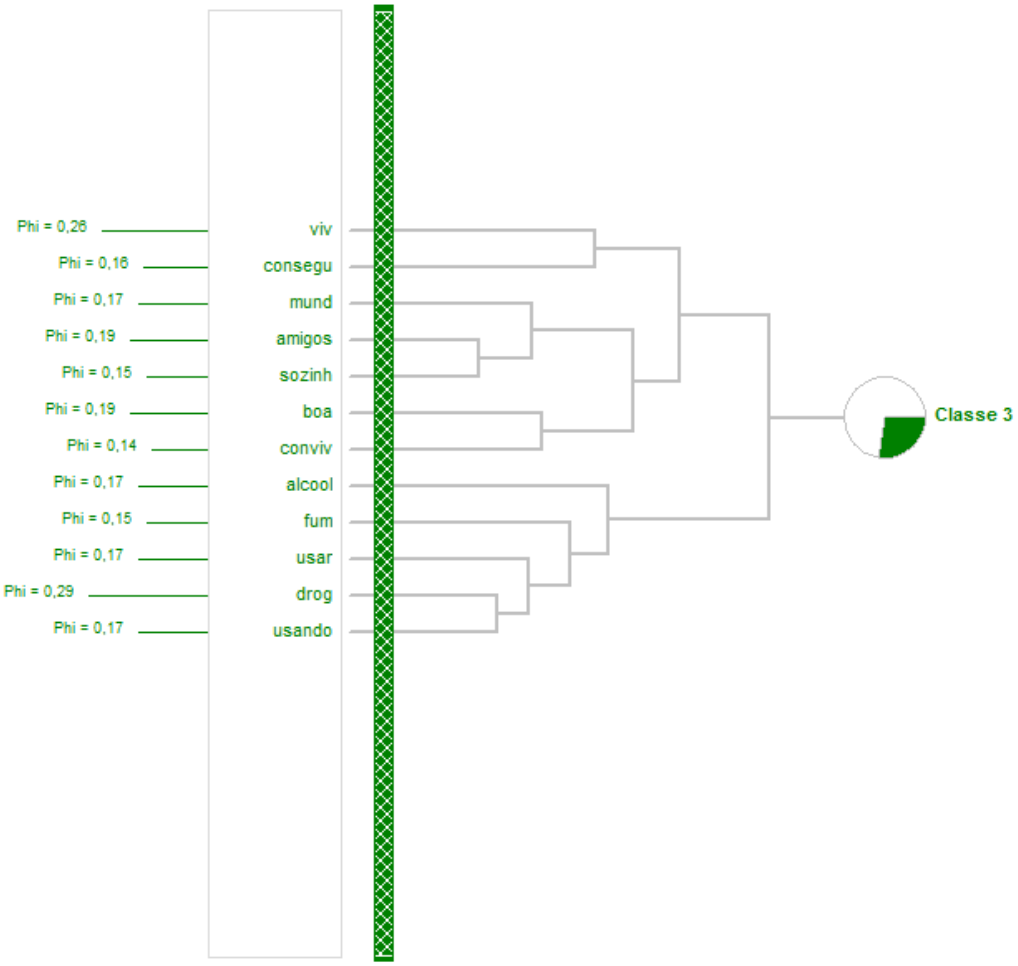
	adolescentes(7) adolesceste(1)	
Essenci	essenciais(1) essencial(7)	O,13
Prejudic	prejudica(3) prejudicam(1) prejudicando(8) prejudicar(4) prejudicara(1)	0,14
uso	uso(11) usos(1)	0,13
Isol	isola(2) isolada(2) isolado(1) isolar(1) isolo(1)	0,13
sex	sexo(7)	0,13

Fonte: Relatório dos resultados do Alceste.

Na CHA percebem-se duas divisões principais de grupamentos lexicais sendo a primeira representada por radicais que expressam a importância que o adolescente imprime aos seus pares no que diz respeito a construção de hábitos identitários a parte do convívio social com amigos e a família. Estes radicais são: *viv* (Phi = 0,26*), amigos* (Phi = 0,19) *e mund* (Phi = 0,17). O radical *mund* representa a expressão, muito utilizada pelos adolescentes em seus discursos, "todo mundo", nas afirmações e justificativas *"todo mundo faz".*

O segundo grupamento está diretamente relacionado a questão prática do consumo de tabaco, álcool e drogas (maconha), onde o adolescente demonstra ter esta prática a partir de vivências e experiências entre seus familiares, principalmente a figura do pai e da mãe. Tal afirmação se estabelece a partir dos radicais *drog* (Phi = 0,29), *usar* e *usando* (Phi = 0,17), *fum* (Phi = 0,15) e *álcool* (Phi=0,17).

Figura 8 – Classificação Hierárquica Ascendente – Classe 3



Fonte: Relatório dos resultados do Alceste.

As UCE que dão o contexto inteligível aos léxicos e as relações estabelecidas entre eles na CHD (figura 2) e CHA são:

"...não ser saudável para mim é usar drogas, beber cerveja e não se cuidar. Os amigos trazem muitas coisas boas e a família tem que estar sempre junto para que o adolescente não entre em depressão sabe." (M-10, idade 14 anos, Phi = 0,03)

"Uso de drogas ilícitas não, mas licitas sim, meu pai ele fuma e meu tio também. Eu já disse para ele que está ferindo o pulmão dele, e está prejudicando a saúde dele, mas ele diz que é tão difícil de parar que ele não consegue." (M-32, idade 14 anos, Phi = 0,03)

"...na minha família nem todo mundo tem saúde porque a maioria fuma bastante e nesse fumar e usar drogas acaba perdendo a fome e emagrecendo bastante, então para mim eles não estão bem. " (M-02, idade 17 anos, Phi = 0,03)

No que tange a análise fotográfica atrelada as construções das representações, os discursos mostram claramente a dimensão da informação das representações e as fotografias expressam objetivamente a dimensão prática, balizada no consumo de bebidas alcoólicas que se associa ao consumo de outras substâncias nocivas como cigarro e maconha como característica simbólica aos grupos, como ilustra a imagem 7, a seguir, escolhida pelo grupo feminino.

Imagem 7 – Fotografia representativa para os adolescentes do consumo de álcool

Fonte: Produção fotográfica de adolescentes do município de Petrópolis, 2018.

"Então essa parte aí eu adoro. Quem foi que tirou? " (F-03, idade 14 anos)

"Fui eu, é daquela loja que tem um monte de bebida maneira" (F-05, idade 15 anos)

"Amarula e John Johnson adoro. Isso é um pouco saudável porque além de ser gostoso deixa a gente mais feliz sabe. Assim, eu bebo mais quando tem churrasco na minha casa sabe. Essa loja já tem muito tempo lá no centro (centro da cidade). " (F-03, idade 14 anos)

“Eu já bebi por causa do meu irmão, ele sempre compra para mim. Ele é mais velho então sempre consegue. ” (F-05, idade 15 anos)

“...o estar bem pode não ser de saúde, mas ele está sempre tranquilão. Não briga com ninguém e é feliz. Está sempre feliz nos churrascos lá em casa, então eu não acho que ele esteja doente. ” (F-03, idade 14 anos)

“Eu bebo porque eu vou para a festa e quero ficar doidão, então eu gosto e bebo mesmo. Bebo desde cerveja a cachaça. Eu comecei a beber porque eu via minha família bebendo então eu peguei e bebi, isso foi quando eu tinha doze anos. Eu comecei bebendo aquelas batidas com cachaça, eu gosto de beber uma boa cachaça. ” (M-04, idade 13 anos)

“Claro que não, isso faz mal para o fígado da pessoa aí. ” (M-01, idade 15 anos)

“...é mesmo a pessoa fica com cirrose. Meu tio foi assim. Estava sempre bebendo no bar do cavaco, não adiantava a gente falar nada. Todo dia ele ia para lá e ficava o dia todo, agora teve que internar porque a barriga dele está enorme e o médico disse que ele está com cirrose e que pode sangrar até morrer. Mas não sei se vai adiantar não, eu acho que ele vai voltar a beber já já, porque é viciante. ” (M-02, idade 14 anos)

“Não é nada, eu bebo e não sou viciado. Vou nas festas e curto muito com geral. E não sinto nada. Isso deve ser porque ele só bebe coisas pesadas, uma cerveja e um ice não faz isso não. ” (M-04, idade 13 anos)

Atrelado a isso há preocupação com a sexualidade, esta se fez mais incisiva no discurso das meninas, principalmente quando indagadas sobre medidas de prevenção contra Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Tal discussão veio à tona pela escolha da imagem 8 que trata da campanha de vacinação contra o Papiloma Vírus Humano (HPV), que no período estava sendo realizada dentro do ambiente escolar.

Os discursos mostram intensa preocupação com a gravidez na adolescência associada ao acometimento por IST, além disso a figura materna aparece como definidora dos conceitos de medo, no que diz respeito a preocupação de possíveis reações familiares.

Imagem 8– Fotografia representativa para os adolescentes da sexualidade

Fonte: Produção fotográfica de adolescentes do município de Petrópolis, 2018.

“Minha mãe não conta nada não, ela nem me levou e nem falou mais nada sobre isso, eu não tomei a vacina. E tem essa para de gravidez também que é o que todo mundo fala que temos que ter mais cuidado, até porque não quero filho não. ” (F-07, idade 13 anos)

“Porque a vacina meio que não te deixa ter coisas piores, essas doenças doidas aí. Sempre que aparece uma doença doida por aí eles fazem as vacinas então deve ser alguma coisa boa. Não sei muito bem como funciona, mas eles (profissionais de saúde do posto) sempre dizem que é bom tomar. ” (F-06, idade 14 anos)

“...é sério cara, pode ter filho por aí. Existem doenças horrorosas que eu já ouvi falar, tem uma que saí umas paradas do pênis e você não consegue nem fazer xixi. ” (M-01, idade 15 anos)

“Sim, mas você tem que namorar alguém que você confia irmão. E eu acho que também tem uma genética, tipo a mãe teve uma doença e sei lá passou para afilha quando ela nasceu. Exemplo a aids. ” (M-03, idade 15 anos)

“..., mas cara não é assim, você tem que se proteger. ” (M-01, idade 15 anos)

“Porque você está falando só aí de sexo, mas a AIDS eu posso pegar pela boca também cara e aí? ” (M-04, idade 13 anos)

“Minha mãe não conta nada não, ela nem me levou e nem falou mais nada sobre isso, eu não tomei a vacina. E tem essa para de gravidez também que é o que todo mundo fala que temos que ter mais cuidado, até porque não quero filho não. ” (F-07, idade 13 anos)

“Já teve uma palestra sobre gravidez no colégio, eles falam disso como se a pessoa não desse uma escorregadinha na hora de fazer o negócio (relação sexual). Falam como se você não pode ficar grávida, mas todo mundo sabe e acontece. ” (F-03, idade 14 anos)

“O Google não diz tudo, a pouco tem eu fiquei doida achando que eu estava grávida, o Google disse que eu estava, mas não estou não, eu acho. Tudo que você lá, às vezes, te deixa com mais paranoia. Até doença que você tem, você vai pesquisar os sintomas e ele vai te dizer uma coisa totalmente diferente, até se você tem câncer ou não tem. Google não te diz tudo, ou ele te diz coisa errada. ” (F-04, idade 13 anos)

“A vacinação contra essa doença aí, mostra que temos que melhorar nossa saúde, pois a vacina é contra uma doença, a gente toma vacina desde que nasce, para não pegar um monte de doenças. ” (F-02, idade 15 anos)

“Quando dá câncer no colo do útero, não é? Acho que é uma doença sexual, que pega quando as pessoas não se protegem com a camisinha. ” (F-01, idade 13 anos)

“Então, o que eu vejo é que a campanha é muito mais para as meninas, porque estão sempre falando do câncer que podemos ter, eu não sei muito bem o que ela pode causar, mas aqui na rua eles estão sempre procurando a gente (as meninas) para saber se as mães já levaram para tomar ou não. Eu também vi uma palestra na escola dizendo que esse negócio aí (HPV), pega de um para o outro quando a pessoa faz sexo sem camisinha e com qualquer um. ” (F-03, idade 14 anos)

Frente as construções inerentes as representações de cuidado de si e manutenção da saúde os adolescentes descrevem nas fotografias questões relativas a higiene pessoal, como a lavagem de mãos e tomar banho todos os dias já que representa a porta de entrada para diversas patologias, principalmente quando em contato com os alimentos.

Imagem 9 – Linha de fotografias representativas para os adolescentes do cuidado de si – Higiene corporal

Fonte: Produção fotográfica de adolescentes do município de Petrópolis, 2018.

"*Isso aí entra dentro de um contexto de asseio pessoal, a pessoa tem cuidado com a higiene, é saudável, até porque se ficar sujo a pessoa pode ter uma doença, coisa na pele. " (F-06, idade 14 anos)*

"Lavar as mãos, o tempo todo a gente coloca mão em algum lugar com germes, isso entra também na parte de escovar os dentes. " (F-04, idade 13 anos)

"Nessa parte entra tomar banho também né (risos), principalmente no calor porque senão você fica fedendo aí. " (F-07, idade 13 anos)

"Essa foto, fui eu que tirei na escola, porque sempre que a gente vai fazer o lanche ou almoçar a professora manda a gente lavar as mãos. Lá (no refeitório) até tem um mural dizendo como é importante se manter limpo e que temos que tirar a sujeira debaixo das unhas porque ali guarda um monte de sujeira que pode fazer mal a saúde. " (F-01, idade 13 anos)

“Nem todo mundo lava as mãos, não é higiênico, nossa mão é cheia de bactérias. ” (M-01, idade 15 anos)

“O pessoal sai da escola, chega em casa, já vai na cozinha e mete a mão na comida. ” (M-02, idade 14 anos)

“Eu tomo muito banho, até antes e depois de jogar bola eu tomo banho. Faz bem para a saúde. Sei lá depois me sinto mais leve, tiro aquele suor e é até melhor para dormir. ” (M-01, idade 15 anos)

Os discursos neste ponto se associam diretamente a prática de atividade física, dessa forma nota-se que o adolescente ancora tais representações ao cuidado de si como forma da manutenção do corpo saudável. Quando se trata da análise feita através da nuvem de palavras percebe-se que as palavras mais representativas se organizam a partir da prática de atividades físicas associadas aos hábitos saudáveis referenciados a partir do não beber, não fumar, ser feliz e o cuidado da saúde afim de se evitar o aparecimento de doenças.

Figura 9 – Nuvem de palavras “Cuidado de Si e do outro”

Fonte: A pesquisadora (2018), organizado com base no *software* IRAMUTEQ.

VII.II Discussão dos Resultados - “Sedentarismo x saúde” e “Cuidado de si e do outro”

Através dos resultados encontrados nas classes 2 e 3 e na análise fotográfica percebe-se que para o adolescente a representação do corpo saudável e a imagem que este representa é o que se faz de mais importante para delimitar a saúde. Tal imagem se reconhece a partir de constructos elaborados pela sociedade no que diz respeito ao que é belo e aceitável vislumbrados nos parâmetros existentes na mídia e expressos pelos seus pares como desejo de ideal.

A imagem construída do corpo representativo de ser saudável é definida como construção cognitiva, em conjunto com a reflexão dos desejos e ideais codificados, atitudes emocionais e interação com os outros e o meio.

Neste sentido, emerge a dualidade da imagem corporal como determinante real de saúde, em que ser gordo ou magro determina consequências positivas ou negativas para a saúde. Observa-se a forte influência cultural representando as dimensões, tanto relacional quanto afetiva, já que esta cultura se constrói nas relações entre os pares e influem na elaboração destes saberes, uma vez que estar gordo se relaciona com elementos negativos tais como: estar doente e não ter energia e nem força para

realizar atividades.

> A prática regular de atividade física auxilia na promoção da saúde e melhora da qualidade de vida de crianças e adolescentes, além de ser primordial para manutenção deste hábito na idade adulta (DE PAIVA LUCIANO, et al., 2016, p. 192).

A partir daí a representação psíquica que os adolescentes têm de si mesmos deve estar em pauta no atendimento dos profissionais de saúde, pois a busca pelo ideal construído os faz recorrer de forma inconsequente a dietas extremamente restritivas e não adequadas, assim como o uso de substâncias, muitas vezes desconhecidas em seus efeitos negativos e a longo prazo, assim como práticas demasiadas de atividade físicas sem o acompanhamento ideal (SILVA, et al., 2014).

A luz da análise da CHA referente a classe 2 (Figura 7) há dois grupamentos lexicais, no qual o corte se dá no radical *corr*. No bloco acima do corte, as palavras relacionadas denotam o sentido positivo da prática de atividade físicas, seja ela diária através de brincadeiras e jogar bola com os amigos e através de exercícios aeróbicos na própria rua, justificado pelos adolescentes como comum a prática cultural cotidiana dentro da comunidade. A ligação entre as palavras denota o sentido que estes tipos de atividades se expressam com o objetivo de deixar de ser gordo, onde aqueles que não as praticam têm maior chances de ganho de peso e então de serem doentes. Evidencia-se o ser gordo versus ser magro como estereótipo de saúde. Junta-se a isso a caracterização do indivíduo mais forte e disposto que possui maior proximidade com o ideal de saúde.

No bloco abaixo do corte há o contraponto visto no uso de tecnologias como computador e internet que fazem com que as pessoas que possuem tais hábitos são representadas através da imagem de sedentárias e então com maior propensão de estarem doente. O fato de não se movimentar diariamente seja em qualquer atividade que demande algum tipo de esforço físico é definido, pelo adolescente, como ruim para a manutenção do estar saudável. Isto se torna explícito na relação das palavras computador e dor juntamente com mexer e celular sendo sinônimo de não ser saudável.

No que tange as fotografias observa-se em ambos os grupos a atividade fisica como delimitando para boas práticas em saúde. O saber comum construído

se perfaz em praticar exercícios físicos como importante para a manutenção do corpo perfeito e forte; no entanto, deve haver cuidado em relação a quais atividades a pessoa pratica, pois, as séries de movimentos variam de acordo com a idade e o biotipo de cada um e quaisquer exageros não são desejáveis, pois são vistos como negativos para a saúde, não significando que a prática seja excluída do dia-a-dia do adolescente.

A preocupação com a boa forma física e as práticas a ela associadas, como dietas, musculação, aceitação e valorização de si próprio atravessam todas as fases da vida. A suposta liberdade de escolha é dependente do padrão estético veiculado na mídia, que transforma o corpo em objeto de consumo e projeção de desejos e de medidas perfeitas.

A busca obsessiva pela imagem perfeita tem se associado com doenças de cunho emocional que, em casos mais severos, repercutem em transtornos, como: ansiedade, depressão, fobias e outros problemas relacionados com o transtorno dismórfico corporal (FERREIRA; CASTRO; GOMES, 2005; FIDELIX et al., 2013).

O caráter relacionado ao gênero, nesta categoria, se faz muito presente uma vez que para os meninos a importância da atividade física se constrói no ideal de corpo perfeito e forte e as meninas percebem nas atividades um meio de aproximação do grupo e criar novas amizades, dando enfoque na preservação da saúde mental.

Tal resultado vai ao encontro da literatura uma vez que a percepção da imagem corporal revela alto descontentamento por excesso de peso, principalmente entre o sexo feminino, enquanto o masculino, insatisfação por magreza (OLIVEIRA, et al., 2017).

Além disso, a associação entre a aptidão cardiorrespiratória e a imagem corporal demonstram amplitudes frequências elevadas para a zona de risco para todas as percepções de imagem. No entanto, isto é maior em indivíduos insatisfeitos por excesso de peso, o que corrobora com a maior insatisfação relacionada a imagem de estar gordo. A insatisfação por excesso peso enquadra-se na sua grande maioria dentro da zona de risco à saúde, em contrapartida, aqueles que se apresentam insatisfeitos por magreza ou satisfeitos estão mais associados à zona saudável (OLIVEIRA, et al., 2017).

Outro ponto importante se faz na construção da identidade de grupo, para as meninas a adolescência passa a ser considerada um período especial no processo de desenvolvimento sobre a confusão de papéis e dificuldade de estabelecer identidade, característicos desta fase. Ter amigos se torna importante, pois o afastamento da família por parte dos jovens e o estreitamento dos laços com os pares é uma importante característica deste período.

Neste contexto a construção da identidade pessoal é considerada a tarefa mais importante da adolescência, quando se trata da sua transformação e ascensão para a fase adulta. Construir uma identidade implica em definir os valores que direcionam atitudes que podem influenciar diretamente, neste caso, na saúde do adolescente, pois identidade é uma concepção de si mesmo, composta de valores, crenças e metas com os quais o indivíduo está solidamente comprometido (ERIKSON, 1972).

Desse conceito emergiu o papel significante das redes sociais como meio e forma de interação entre os adolescentes, além da importância de exposição de sua vida na rede como forma de demonstrar padrões de felicidade. Pode-se dizer que, nas redes sociais, encontram-se um dos mais expressivos campos de experimentação para a constituição das identidades juvenis (CARRANO, 2017).

As chamadas redes sociais de internet são novas formas de comunicação e interação nas quais o cidadão pode criar perfis, encontrar e reencontrar amigos, divulgar eventos, notícias etc. Elas se tornaram instrumentos de comunicação amplamente utilizados como um espaço imaterial de sociabilidade, manifestações de protestos, difusão de informação, definição de agendas, compartilhamentos de experiências e conhecimentos (CARRANO, 2017).

Estes recursos permitem maior aproximação entre os adolescentes e a difusão de saberes construídos e compartilhados através da comunicação em diferentes grupos sociais. Isto influencia diretamente nas práticas a serem desenhadas como representativas e inerentes a adolescência desenhando sua identidade sociocultural. Dessa forma:

> O conhecimento social é o conhecimento em comunicação e o conhecimento em ação. Não pode haver conhecimento social a menos que seja formado, mantido, difundido e transformado dentro da sociedade, entre indivíduos ou entre indivíduos e grupos, subgrupos e culturas. O conhecimento social se refere às dinâmicas da estabilidade e das mudanças (MARKOVÁ, p. 27, 2006).

Com o avanço de tecnologias e acesso facilitado, essas ferramentas são frequentemente acrescidas de novos recursos e cada uma delas oferece uma janela de acesso às demais. Os diferentes sites de redes sociais, evocam o princípio da instantaneidade da comunicação interpessoal. Isto pode se constituir em “ruído” e fonte de preocupações em contextos ainda pouco preparados para lidar com a instantaneidade das trocas interpessoais definidoras dos contemporâneos modos de relacionamentos instantâneos empreendidos pelos jovens (CARRANO, 2017).

Na adolescência, os aspectos psicossociais não vão influenciar apenas os processos de construção de amizades, mas sim, na busca da personalidade, a aceitação do próprio corpo que está se transformando e também a identificação com os pares.

Dentre tais aspectos, os adolescentes enfatizaram questões relacionadas a qualidade de vida no que diz respeito a dimensão relacional entre os grupos e a criação de vínculos de amizade. Para eles se relacionar com seus pares os distancia de possíveis distúrbios que os levem a depressão.

Estes aspectos relacionados à saúde mental que também figuram nas representações do “ser saudável na adolescência” não se encontram ampliados nos discursos dos adolescentes, mas apareceram nas imagens fotográficas. Levanta-se, portanto, a hipótese de que talvez possa expressar uma zona muda das representações sociais, algo que os adolescentes optem por não dizer de forma clara nas entrevistas, talvez por estarem diante do pesquisador que é profissional de saúde, e nesta situação expressa-se mais frontalmente o caráter normativo da saúde.

Os estereótipos negativos e os preconceitos que podem ser gerados nesta situação podem interferir na expressão de ideias do grupo, o que foi minimizado a partir do método participativo alinhado as entrevistas. O mesmo acontece quando se trata da discussão do fenômeno sexualidade, uso de álcool e outras drogas, por parte do grupo.

Nesta perspectiva, identificou-se que os adolescentes selecionam os aspectos expressáveis da representação em razão da normatividade que percebem estar em jogo na situação em que se encontram. No caso da entrevista individual, observa-se o entendimento de uma relação formal entre profissional e paciente que quando discutidos determinados assuntos, ainda

vistos como tabu, poderiam pôr em questão os valores morais ou as normas valorizadas pelo grupo, assim como a gestão de impressões como tentativa por parte dos sujeitos de gerar uma imagem positiva de si (ABRIC, 2005).

Dessa forma, acabam por apresentar aquilo que imaginam ser correto de acordo com as normas sociais. Exatamente, nessas situações existe uma representação explícita, verbalizada pelos sujeitos; e uma segunda parte da representação, não verbalizada ou não expressa pelos sujeitos, a qual consistiria em uma zona muda das representações sociais, que pode ter sido desvelada na implementação do *Photovoice* (FLAMENT; GUIMELLI; ABRIC, 2006).

Considerada um fenômeno complexo e multidimensional, a depressão afeta diretamente a saúde mental, a qualidade de vida e a vida social dos adolescentes, sendo um dos problemas de saúde mais prevalentes em todo o mundo, acarretando isolamento social. (BRAGA; DELL'AGLIO, 2013; COUTINHO; VIEIRA, 2010; CRUWYS et al., 2014).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a depressão está entre as doenças mais comuns, nocivas e que causam mais custos sociais atualmente (BAHLS; BAHLS, 2003). O fenômeno em tela pode acometer pessoas em qualquer fase da vida, no entanto, há indicativos de aumento significativos desse transtorno durante a adolescência e no início da vida adulta, sendo mais comum no sexo feminino (BAHLS; BAHLS, 2002; DELL'AGLIO; HUTZ, 2004; GAVIN et al., 2015).

No que tange a análise da classe 3, encontram-se conceitos relativos ao uso de álcool e outras drogas como a maconha, sendo estes vistos como definidores para não saudável, porém a busca por identidade e aceitação, emblemático na adolescência, faz com que se tornem hábitos do cotidiano, principalmente o uso do álcool em festas e confraternizações que envolvem os grupos.

Na CHA (figura 8) percebem-se duas divisões principais de grupamentos lexicais sendo a primeira representada por radicais que expressam a importância que o adolescente imprime aos seus pares no que diz respeito a construção de hábitos identitários a parte do convívio social com amigos e a família.

Quando se fala do consumo de bebida alcoólica, cigarro e outras drogas observa-se a dimensão da representação balizada nas crenças, pois muitos adolescentes, em seus discursos, justificam o consumo a partir de afirmações

apresentadas através de crenças positivas associadas aos efeitos do consumo de álcool e drogas, tendo por exemplos: *“beber para ficar alegre*” e *“a maconha relaxa”.*

Tal tema, no âmbito da infância e adolescência, sedia o convívio entre conquistas e retrocessos constitucionais que vão desde o financiamento de estratégias privadas de atenção que visam cuidado até a ampliação do controle das liberdades no que tange a responsabilização (TEIXEIRA, 2016).

A inserção do adolescente no meio social, quando inicia a saída para fora do contexto familiar, coloca-o diante de situações diversas, dentre estas, o contato com o álcool. Esta é uma droga socialmente aceita por todos os níveis sociais, de fácil acesso e possibilita, conforme suas reações iniciais bem-estar instantâneo como forma de resolução de incertezas e conflitos, mas também para comemorar momentos felizes e agradáveis (ROZIN; ZAGONEL, 2012)

Assim, com a identificação dos riscos para a dependência do álcool que os adolescentes estão expostos, é possível intervir com resolubilidade por meio de ações específicas para esse grupo, capazes de inibir/prevenir o uso da substância e interferir na dependência futura que pode se instalar (ROZIN; ZAGONEL, 2012).

Quanto mais precoce for seu consumo, maior será a probabilidade de o adolescente tornar-se dependente. Além disso, com o uso constante, o organismo cria tolerância à droga, e para satisfazer (como nos efeitos iniciais) é preciso aumentar as doses, que, em consequência do uso contínuo, desenvolve a dependência pelo álcool (BRASIL, 2008)

Além disso, a sociabilidade no convívio com os amigos e família permite a representação cotidiana do ato de fumar como compartilhamento de experiências, pois nesse contexto se faz o uso do cigarro de maneira vista como correta, onde se aprende o que é novo e se aproveita o que nele pode haver de bom. Na análise das UCE observa-se que o fato de que as experiências com pessoas próximas que fazem uso do fumo influenciam o adolescente a constituição deste hábito.

Outro ponto importante se evoca na dimensão da informação que o adolescente tem de que estes hábitos não são saudáveis e que podem ter diferentes desfechos que podem se conter na experimentação, se tornar eventualmente um hábito, abandono e retornos eventuais após o consumo

prolongado.

Em contrapartida, quando analisamos os dados produzidos a partir das fotografias que tendem a retratar melhor a realidade, uma vez que o adolescente se torna completamente ativo no processo e o método possui caráter mais informal, o adolescente traz à tona suas realidades de consumo. Enquanto nas entrevistas individuais surge a dimensão da informação constituída a partir de saberes que circulam no universo reificado ou politicamente correto, nas fotografias observa-se a dimensão prática confrontando com seus saberes e sem a preocupação com a exposição de sua saúde.

Este fato se ilustra quando há a escolha como tema relevante a saúde do consumo de bebidas alcoólicas expressa na imagem 7. Tal imagem foi escolhida pelo grupo feminino, o qual discursou no que diz respeito ao gosto e o uso de bebida como ato de descontração, relaxamento e prazer. No decorrer do grupo as reações eram descontraídas de forma que aquela prática e positiva, pois permite a interação e identidade.

A imagem despertou a discussão relacionada ao consumo de drogas e cigarro, que para o adolescente não se dissocia, sendo uma atitude consequência da outra. Além disso, para as adolescentes chama a atenção a representação de maturidade, como se hábitos de consumo de álcool juntamente com tabaco e drogas fornecesse elementos de um ritual de passagem do mundo adolescente para o mundo adulto, sendo situações mais estáveis e de maior responsabilidade. O caráter sensível deste consumo é mascarado por normas e valores sociais, importante para a determinação destes hábitos para o adolescente.

Neste sentido a adolescência consiste em uma fase turbulenta, sendo essencial à formação de um indivíduo. O uso de uma determinada substância, como por exemplo, a maconha, visa acalmar essa turbulência por um lado, causando, entretanto, consequências na fase adulta, as quais o adolescente tem como desconhecidas. Assim há intensa necessidade da realização de medidas preventivas, com intuito de impedir que as drogas afetem esta fase da vida, devem se pautar na compreensão dessa clientela a fim de auxiliá-la a atravessar essa fase complexa (CANAVEZ; ALVES; CANAVEZ, 2010).

A família também deve fazer parte deste atendimento, dado o significado do contexto familiar nessas situações. Esta será atuante na responsabilização

do adolescente perante seu tratamento, e ainda necessitará de apoio para lidar de forma compreensível com a situação (CANAVEZ; ALVES; CANAVEZ, 2010).

Quando este tema emergiu no grupo masculino, tais hábitos se mostraram mais incidentes, porém a preocupação com o desempenho físico e pessoal foi relevante, principalmente na prática de atividade física.

É possível observar que nos dois grupos há uma representação dual contraditória, visto que todos conhecem os malefícios destes hábitos, porém os reflexos que podem causar a sua saúde não são característicos desta fase da vida, sendo suas ocorrências exclusivas de fases mais avançadas da vida. Isto se expressa quando o adolescente exemplifica o aparecimento de doenças em indivíduos de maior idade.

No que concerne a questões relacionadas a sexualidade um fator de grande preocupação se expressa nos discursos que mostram a dificuldade na construção de um conhecimento alinhado com o saber científico e caracterizam-se os aspectos simbólicos de tais práticas perante a sociedade e o grupo.

A dimensão da informação é defasada, quando o assunto trata de situações que não estão inerentes na mídia ou sendo cotidianamente discutidas no ambiente escolar ou de convívio social, é o caso da vacinação conta o HPV, no momento da coleta de dados em que as meninas escolheram tal fotografia sob a justificativa de estar ocorrendo a campanha em saúde.

Os dados do Ministério da Saúde apontam que, embora os jovens (15-24 anos) tenham elevado conhecimento sobre prevenção da aids e IST, há tendência de crescimento dos casos de *Human Immunodeficiency Virus* (HIV). As IST são prevalentes na adolescência, sendo um fator de risco relevante para a contaminação com o HIV, e estão associadas a variáveis como uso infrequente do preservativo, atraso escolar, e uso de drogas lícitas e ilícitas ressaltando que a presença de uma IST aumenta o risco de transmissão do vírus HIV (BRASIL, 2012).

Os adolescentes, de um modo geral, evidenciam o conhecimento sobre o que é uma IST, que é adquirida através da relação sexual, a necessidade do uso do preservativo como uma forma de proteção, e que algumas IST não têm cura, porém tal conhecimento ainda se mostra de forma confusa e incerta (SILVA; JACOBS; HIRDES, 2015).

Fato preocupante se faz que apesar de todos os esforços dos órgãos de

saúde na realização de campanhas para prevenção e promoção, a falta de interesse por parte dos adolescentes e de incentivo de seus familiares em obter as informações faz com que a conscientização para o cuidado correto em saúde não aconteça de forma efetiva.

Muitas vezes nos deparamos com situações decorrentes da falta de diálogo entre os pais e os adolescentes e o medo do desconhecido, neste caso o aparecimento de IST e uma possível gravidez indesejada. Na maioria das vezes, as adolescentes se sentem inseguras para conversar sobre estes assuntos com seus pais, justificando que na maioria das vezes, eles encaram a relação sexual e as consequências que podem estar relacionadas a ela como falta de responsabilidade e que não deve acontecer de forma prematura, já que demoram a aceitar a transição de seus filhos da infância para a fase em que ocorre a maturação sexual.

Com isso, encontram-se questões conflituosas de gênero, sendo estas expressas nos discursos relacionados a imagem 8, onde as meninas demonstram maior preocupação com a sua saúde sexual e reprodutiva no que diz respeito a gravidez na adolescência e os meninos com questões referentes a IST, como se tal responsabilidade fosse única a mulher.

Questões relacionadas a sexualidade já vem sendo discutidas em sala de aula, por alguns professores e profissionais da saúde, de acordo com os objetivos instaurados por programas de saúde e principalmente, neste ambiente, pelo PSE. Muitos adolescentes iniciam a vida sexual na adolescência, a partir do momento que se sentem preparados para isso. Fato preocupante se constrói através dos relacionamentos, que entre os adolescentes possuem caráter agitado inerente a fase, somado a falta de instrução e seus anseios o que os coloca em uma situação problemática (SANTOS; NOGUEIRA, 2009).

O período da puberdade, desperta o interesse inerente a relações sexuais, e os adolescentes se mostram preocupados com o que possam parecer aos olhos dos outros, em comparação com o que eles próprios julgam ser, e com a questão de como associar os papéis e aptidões cultivados anteriormente aos protótipos ideais que se encaixam e são aceitos moralmente pela sociedade (ERIKSON, 1972, p.129). Isto faz com que não sejam falados assuntos relacionados ao sexo em ambientes de convivência estando veladas as discussões por exemplo com a figura materna, que baliza conceitos, levando a

construção do tabu.

Além disso, outro fator que pode somar riscos é que muitos pais não sabem como lidar com a situação gerando uma desestruturação que leva o adolescente a se identificar mais com os colegas que partilham, muitas vezes, das mesmas dúvidas e aflições. Muitos veem os pais como inimigos e os amigos como exemplos a serem seguidos. A família é e deve ser o primeiro modelo e referencial ao adolescente nos enfrentamentos vivenciados para seu crescimento saudável (SANTOS; NOGUEIRA, 2009).

Quanto ao fator gravidez, abordado principalmente nos discursos femininos, é idealizado como um problema visto que tal situação é um problema, gerado na dependência financeira dos pais associado ao fato de que uma criança também os levaria a ter que abandoar os estudos e abrir mãos de sonhos.

Em vista disso, é importante refletir o quanto o processo relacionado a sexualidade pode ser influenciado por desigualdades de gênero, que repercutem em atitudes de prevenção, como o uso do preservativo durante as relações sexuais. Compreende-se, então, gênero enquanto categoria de análise que considera a construção histórica e social das relações entre o masculino e o feminino, delimitando modelos de comportamento a partir do nascer homem ou mulher (SCOTT, 1995).

A vulnerabilidade feminina também pode ser influenciada por questões de desinformação, já que, muitas vezes, há preocupação apenas com a prevenção de gravidez indesejada com a utilização de contraceptivos orais, relegando o uso do preservativo sem associá-lo à prevenção, tanto de uma gravidez indesejada, quanto de IST/aids. Indicadores de conhecimentos, atitudes e práticas da população brasileira, levantados via inquérito domiciliar, mostram que, no geral, os homens possuem maior conhecimento acerca das formas de transmissão do HIV do que as mulheres, bem como, sobre o uso do preservativo como método preventivo (GARCIA; SOUZA, 2010).

A percepção da sexualidade está atribuída à concepção biológica, em conjunto com outro olhar, ligando a sexualidade à noção de corpo, relacionamento humano, entre outros. Essas percepções estão intimamente ligadas às influências social e cultural em que cada mulher convive, incluindo as adolescentes. Além disso, a cultura e as relações sociais influenciam o

adolescente. Os aspectos culturais envolvidos na construção do ser mulher, principalmente, no que diz respeito à submissão do gênero feminino ao masculino, ainda presente, embora algumas mulheres já assumam uma postura mais independente tanto em termos financeiros, quanto ao autocuidado em saúde (SEHNEM, et al., 2014).

Frente a preocupação com o corpo físico e a relação com a saúde foram observados aspectos de ordem positiva, quando se abordam nas fotografias os cuidados como higiene corporal atrelados aos conceitos de cuidado de si. O adolescente enxerga na manutenção da higiene a oportunidade de se manter saudável, uma vez que se diminuem os riscos para se adquirir doenças.

Neste sentido, nota-se a relação e preocupação do indivíduo, neste caso o adolescente, com sua saúde e seu estado físico, no que se percebe que a partir das construções descritas em que há preocupação com a manutenção da saúde e a dimensão da informação afloram os questionamentos do que pode fazer mal ou bem a saúde. O adolescente conhece, em sua maioria, os riscos de suas práticas indo ao encontro do conceito elaborado do cuidado de si que prevê que “é preciso que te ocupes contigo mesmo, que não te esqueças de ti mesmo, que tenhas cuidado contigo mesmo” (FOUCAULT, 2010, p. 6).

Dessa forma, fazer com que o adolescente passe a se ocupar-se consigo mesmo indica uma relação “singular, transcendente, do sujeito em relação ao que o rodeia, aos objetos que dispõe, como também aos outros com os quais se relaciona, ao seu próprio corpo e, enfim, a ele mesmo” (FOUCAULT, 2010, p. 50).

Tal relação deve ser entendida pelo profissional de saúde de forma a melhor intervir através de medidas eficazes de cuidado, adequando a realidade do grupo em questão, trazendo-o para próximo do atendimento e estabelecendo relações afetivas que, como se mostram neste estudo, são definidoras para a mudança de hábitos.

Assim se faz importante a clareza da definição de cuidado para o enfermeiro e a quem se presta o atendimento, pois:

> cuidar-se não é privilégio, nem dever de alguns para o governo de outros, é imperativo para todos; [...]. Cuidar-se não se endereça a uma fase específica da vida, é tarefa para todo o tempo, e se há alguma etapa que melhor se destina é a maturidade, principalmente a velhice [...]. Cuidar-se não se circunscreve ao vinculo dual e amoroso entre mestre e discípulo, expande-se aos círculos de amizades [...], de

> parentesco, de profissão, quer em forma individualizadas (cartas, aconselhamentos, confidências), quer institucionalizadas e coletivas (escolas, comunidades, etc.) (MUCHAIL, 2011, p. 76).

As construções advindas do objeto de estudo, são balizados a partir da influência da família, que traz como hábitos a serem repassados desde a fase da infância que se perpetuam na adolescência e a fase adulta. O adolescente desconhece a maioria das doenças que podem estar associadas a não lavagem de mãos e a contaminação de alimentos, porém sabem da importância de realiza-la.

O conceito de higiene é originado do grego e significa “o que é saudável”. Os cuidados relacionados à higiene corporal, do ambiente, alimentos e as regras que consideram o que é sujo ou limpo são determinados a partir das situações e necessidades de cada sociedade (ROMA et al., 2011). Os conceitos de higiene podem ser observados a partir de duas perspectivas: a higiene sobre os outros (higiene pública) e a higiene para si (higiene privada ou pessoal) (BRÁS, 2008).

A higiene pessoal é um dos aspectos mais importantes da educação para a saúde. Sendo fundamentada no cuidado higiênico com as diversas partes do corpo, sua função é manter o corpo limpo, diminuindo a possibilidade de o mesmo atrair doenças que interfiram no bem-estar físico individual (SIWACH, 2009).

A falta de higiene corporal, o que inclui a lavagem de mãos adequada, banho, vestuário, entre outros, podem causar doenças como a pediculose, verminoses, escabiose, entre outros, causando sérios problemas de saúde individuais e coletivos, além de problemas sociais relacionados à autoestima e afastamento do convívio (LÓPEZ-PEÑALVER et al., 2014).

A realização da higiene deve ser feita com relação ao corpo e ao meio ambiente, e mantida nas melhores condições, sendo, até mesmo, importante para a parte emocional do ser humano. A higienização das mãos é um cuidado essencial para remoção de impurezas e para prevenção de infecções. Transformar a lavagem das mãos em um hábito frequente pode salvar mais vidas do que qualquer vacina ou intervenção médica, reduzindo as mortes por diarreia em 50% e as mortes por infecções respiratórias agudas em 25% (VARGAS, 2013).

Sabe-se que em qualquer idade é importante que o estudante tenha

conhecimento do próprio corpo e noções de higiene, pois quando o mesmo não for sensibilizado, pode vir a ter problemas que irão interferir no seu desenvolvimento pessoal e social. O que é comum a umas, não o são a outras, devido aos costumes, hábitos, ambiente, estruturação e condição social. Por exemplo, todos sabem que tomar banho diariamente é necessário e bom. Pois, depois deste, a pessoa se sente relaxada, limpa, disposta, cheirosa. Isso não significa que todos fazem. Alguns, dependendo das condições do meio em que vivem, nem se importam e não o fazem, ignorantes das consequências de tais atos (SILVA; JUSTUS, 2013).

De acordo com Barros; Paulino (2007, p. 62):

> A situação do adolescente na família geralmente muda. Até então, ele era apenas uma criança de quem se exigia pouca responsabilidade. A partir da adolescência, os pais costumam cobrar atitudes mais adultas, querem mais seriedade, mais aplicação nos estudos e mais responsabilidade. Ao mesmo tempo, no entanto, alguns adultos podem tratar o adolescente ainda como criança que não sabe direito o que quer e deve obedecer às normas da família, sem questionar. Na mente do jovem, geralmente surgem muitos conflitos. Ao mesmo tempo em que sente que pode contestar a autoridade dos pais, experimentando sentimentos de independência para muitas coisas, econômica e afetivamente ele ainda depende da família.

Os adolescentes aprendem em casa ou na escola os hábitos de higiene que devem ser realizados no seu dia-a-dia de forma importante. Para alcançar um nível adequado de saúde, o adolescente precisa saber identificar e satisfazer suas necessidades básicas, devendo ser capazes de adotar mudanças de comportamentos, práticas e atitudes, que visem a manutenção de sua saúde. Neste sentido, a educação em saúde significa contribuir para que as pessoas adquiram autonomia para identificar e utilizar as formas e os meios para preservar e melhorar sua vida (OLIVEIRA; GONÇALVES, 2004).

Neste sentido, percebe-se a importância da realização e incentivo de hábitos de higiene, no que concerne o processo de crescimento e desenvolvimento inerente a esta fase de forma saudável, para uma vida individual e coletiva melhor. Além disso, os hábitos que se adquirem, hoje, por adolescentes, caso não haja intervenção preventiva efetiva podem se manter e serem repassados para sua posteridade.

Além disso, o cuidado de si é, de certa forma, ético em si mesmo, uma vez que para conduzir-se adequadamente é preciso o real entendimento das

influências que o definem para saber discernir que é ou não benéfico para a saúde dos grupos. Implica, dessa forma, relações complexas e necessárias através do conhecimento dos próprios afetos e efeitos de poder que se tornam influenciadores de hábitos, principalmente quando falamos de adolescentes. Os valores devem ser reconhecidos nos indivíduos de forma que as prescrições que embasam nossa conduta, os modelos de humano que reproduzimos e as concepções de vida e saúde em jogo nessa reprodução são atividades indispensáveis (DE ANDRADE; GIVIGI; ABRAHÃO, 2018).

Estas representações estão sempre em conflito, uma vez que o ser adolescente se baseia em fenômenos complexos já que busca oportunidades em que possa decidir sobre a sua vida, desenvolvendo medos de ser forçado a atividades que coloquem em dúvida a si próprio, ou seja, a sua identidade.

Observa-se que os adolescentes abordam a saúde pela não saúde, quando falam da alimentação saudável iniciando pelo seu contraste a não-saudável. Marková (2006) nos ajuda a entender esse movimento da mente ao abordar a construção do pensamento por oposições, a utilização da antinomia como ferramenta conceitual não é a única, mas é uma das expressões da organização mental, bem exemplificada no movimento do discurso dos adolescentes nesta pesquisa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, houve a participação de adolescentes de diferentes grupos, que tiveram a oportunidade de expressar os conceitos pertinentes aos seus saberes de senso comum relativos ao objeto social ser saudável. É de extrema importância o estudo frente a esta temática de forma a evidenciar as reais necessidades em saúde do grupo.

A triangulação metodológica utilizada permitiu maior abrangência dos conceitos e seus significados, pois proporcionou maior aproximação a realidade vivenciada no cotidiano do adolescente, seja em seu ambiente social na comunidade como também no ambiente escolar, já que a pesquisa foi realizada em dois momentos.

Os adolescentes expressaram de forma autônoma os seus sentidos representados e definidores de suas práticas. A entrevista individual permitiu o acesso aos saberes de forma mais sistemática sendo complementada com a realização do método *Photovoice*, essencial para a identificação da zona muda das representações.

A representação construída a partir dos saberes e representada em imagens fez com que fosse melhor identificados os constructos de saúde atrelados as necessidades dentro da comunidade. Isto foi possível através da realização da busca ativa em conjunto com o acompanhamento da produção fotográfica e os encontros no ambiente da escola.

Apesar de profícuo, a implementação dos métodos gerou intensas dificuldades quanto a operacionalização, o que permitiu a adequação dos preceitos designados pelos seus autores a realidade local, não prejudicando os objetivos da pesquisa.

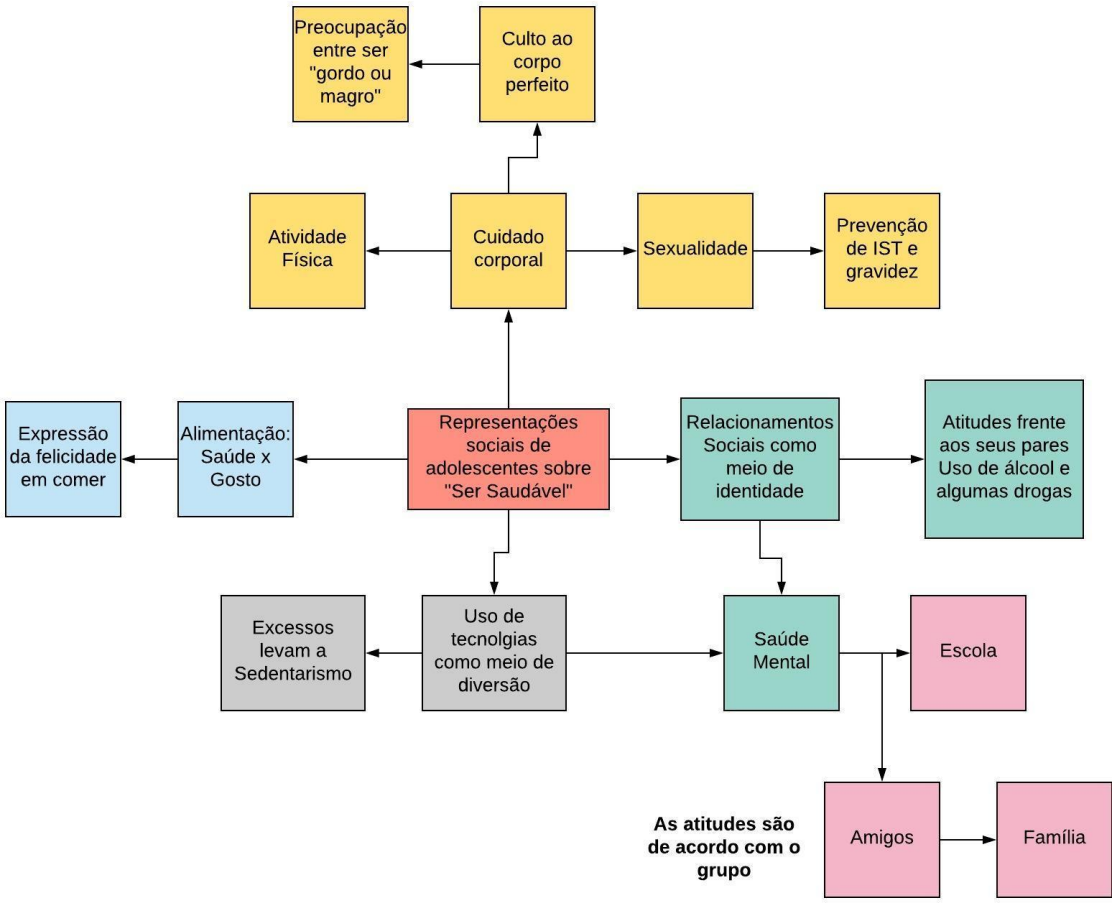
Dessa forma, evidenciou-se que para o adolescente ser saudável se constrói a partir de uma rede de relações que podem ou não estar interligadas aos conceitos científicos da manutenção da saúde. O adolescente constrói seus saberes com o que lhe é apresentado como politicamente correto pela sociedade em que se insere, principalmente pela sua família. Mas na prática suas relações de amizade sobressaem os conceitos parentais, sendo suas atitudes frente a sua saúde delimitadas pelo seu grupo de identidade.

Com os resultados obtidos demonstra-se que os adolescentes se

envolvem em uma variedade de padrões delimitados como de risco para a saúde, onde os malefícios não sobrepõem a busca incessante de aceitação e similaridade com seus pares. O adolescente tem suas atitudes balizadas em conceitos de aceitação e não de preocupação com o aparecimento de doenças, que são conhecidas, porém designadas como consequências futuras.

Neste sentido o fluxograma expresso na figura 10, a seguir, correlaciona as principais construções no que diz respeito a representação social de ser saudável, sendo descrito ao longo deste trabalho suas influências nas práticas de saúde.

Figura 10 – Representações Sociais de Ser Saudável para o adolescente



Fonte: Produção da pesquisadora, 2018.

As principais conclusões encontradas com este estudo se referem aos comportamentos adotados, no que diz respeito principalmente a alimentação e realização de atividades físicas. No que tange a alimentação a maioria não cumpre as recomendações para uma alimentação saudável, como delimitados pelos órgãos de saúde, omitindo refeições e com o consumo elevado de doces, guloseimas, frituras e refrigerantes, e um baixo consumo de frutas, vegetais e água. Apesar de ser vista com foco de maior importância para a manutenção da saúde ainda se estabelece a preferência por alimentos que despertem o gosto e o prazer em se alimentar, além de estabelecer as relações de comensalidade durante as refeições.

Quando se trata do cuidado com o corpo o adolescente dá importância principalmente ao culto do corpo perfeito sem medir suas atitudes para a obtenção, percebendo-se a falta de informação quanto as suas consequências a saúde a longo prazo. Tal imagem corporal é construída com base no representado pelas mídias sociais, de fácil acesso para o grupo através da internet. As meninas são as mais insatisfeitas com o seu corpo, as que têm uma ideia mais distorcida da adequação do peso à altura e as que mais fazem dieta para emagrecer. No que tange a realização de atividades físicas há maior envolvimento por parte dos meninos devido a representação do caráter de masculinidade balizado na definição e tamanho de massa muscular.

Quanto ao envolvimento dos adolescentes em comportamentos alimentares saudáveis e em níveis de atividade física adequados à sua idade, estão longe do desejado para uma vida saudável e para o combate à obesidade. Os hábitos de inatividade física são preocupantes na maioria dos participantes que dão preferência a assistir televisão e utilizar o computador e/ou videogame todos os dias ou aos finais de semana, em que estão a maior parte do dia em casa.

O consumo de álcool, tabaco e outras drogas se faz presente, onde o hábito se inicia de forma cada vez mais precoce como meio de aceitação e aumenta com a idade em ambos os géneros. Os amigos e a família (no caso do álcool) são a influência para o início do consumo, os pais são significativos modelando os comportamentos. A maioria dos adolescentes que fumam sabem que é um hábito que faz mal à saúde e manifestam vontade de parar de fumar.

Quanto ao consumo do álcool este se mostra presente em ambos os gêneros sendo as bebidas destiladas preferidas pelas meninas e a cerveja pelos meninos. O consumo ocorre preferencialmente em situações festivas e entre amigos, não havendo limites para a interrupção do consumo, sendo exemplificado em muitos casos com o termo “deu perda total”, em que o adolescente chega a perder seus sentidos.

Os comportamentos sexuais são incidentes apesar da grande maioria relatar ainda não ter tido a primeira relação sexual. O que preocupa é a falta de informação frente aos riscos da não proteção, sendo a grande preocupação do grupo a ocorrência somente da gravidez. As IST foram citadas, porém os meios de transmissão e prevenção completamente desconhecidos. Os meninos são os que mais reportam terem a prática, porém veem o uso do preservativo como tabu e não relatam sua utilização de forma frequente.

A escola ainda é vista como grande responsável por fornecer informações em saúde, sendo claro o seu papel na educação, o que fez com que os adolescentes expressassem seus conhecimentos ou a falta de, com base nos preceitos de seus educadores, que são vistos como figuras exemplos quando expressam suas construções.

O discurso do que é politicamente correto não é deixado de lado, estando a construção de seus saberes atrelada aqueles transmitidos pelo universo reificado da ciência, estando explícitos quando o adolescente passa a avaliar seus saberes tangenciando com a sua saúde. Mas, apesar da construção deste conhecimento, os saberes não estão diretamente relacionados com suas práticas tendo em vista que ainda são, muitas vezes, inadequadas e podem ser nocivas à saúde.

Com estes resultados, percebe-se a necessidade de investigação em diferentes grupos, uma vez que apesar destas representações serem reproduzidas pela maioria dos adolescentes, assim como disposto na literatura, é necessário o entendimento da realidade social de cada grupo. Além disso, deve-se, de modo mais abrangente, entender os comportamentos de risco atrelados aos fatores que os influenciam, sendo este conhecimento importante para a elaboração de programas de intervenção a saúde do adolescente.

Identifica-se que a efetividade de ações em saúde está diretamente relacionada aos saberes dos grupos de intervenção de modo a entender os

processos que os guiam. Assim, o profissional de saúde deixa de ser incorporado como aquele indivíduo prescritivo e que impõe seus saberes, o que pode explicar o porquê de medidas preventivas como de educação em saúde serem implementadas, porém não serem efetivas.

Tais ações em saúde, mesmo que breves, devem ser realizadas no ambiente de convívio como a escola e concebidas com base nas necessidades identificadas por diferentes grupos, sendo mais eficazes quando no desenvolvimento de conhecimentos e competências individuais que tornam o adolescente possivelmente menos vulnerável.

Sendo assim, novas formas de educação em saúde podem ser elaboradas, tendo o foco direcionado as reais necessidades que adolescente possa ter e buscando de forma coerente os exaltados estados de felicidade que definem suas ações. Se os adolescentes forem induzidos a aprender desde cedo que é possível manter sua saúde de forma prazerosa, provavelmente sua visão quanto a estas práticas serão mais facilmente incorporadas em seus cotidianos.

Dessa forma, o enfermeiro deve elaborar atividades de educação em saúde que visem a abordagens pertinentes, envolvendo o grupo de adolescentes e suas famílias, já que estas foram definidas com grande caráter de importância na aquisição de hábitos saudáveis ou não saudáveis. Além disso, juntamente com a equipe multiprofissional realizar ações de educação de forma lúdica onde os adolescentes sejam ativos no processo de construção associando os benefícios de práticas mais saudáveis a manutenção da saúde. Isto incentiva o adolescente a desenvolver novas habilidades.

Outro ponto importante é a realização de mais estudos que busquem entender os fatores que influenciam as práticas do adolescente, em trabalho conjunto com a sociedade sem deixar de lado a manutenção da saúde.

REFERÊNCIAS

ABRIC, J. C. A zona muda das representações sociais. In: OLIVEIRA, D. C.; CAMPOS, P. H. F. Representações sociais: uma teoria sem fronteiras. Rio de Janeiro: Museu da República, 2005. p. 23-34. (Coleção Memória Social).

ALMEIDA, E. S.et al. Distritos Sanitários: Concepção e Organização. vol. 1. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

AMORIM, V.L.; VIEIRA, N.F.C; MONTEIRO, E.M.L.M. Práticas educativas desenvolvidas por enfermeiros na promoção à saúde do adolescente. RBPS. 2006; 19(4): 240-6.

AQUINO, T. A. A. D. et al Atitude religiosa e sentido da vida: um estudo correlacional. Psicologia: Ciência e Profissão, Brasília, v. 29, n. 2, p. 228-243, 2009.

ARRUDA, A. Novos significados da saúde e as representações sociais. Cadernos Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. V. 10. n. 2. p. 215-227. 2002.

ASSIS, M. M. DE et al. Avaliação do conhecimento nutricional e comportamento alimentar após educação alimentar e nutricional em adolescentes de juiz de fora – MG. **HU Revista**, v. 40, n. 3 e 4, p. 135–143, 2014.

BAGGIO, M. A. O (des)cuidado de si do profissional de enfermagem 1. **Rev Eltr Enf**, v. 4, p. 1176–7, 2008.

BAHLS, S.; BAHLS, F. Depressão na adolescência: características clínicas. **Interação em Psicologia**, v. 6, n. 1, p. 49–57, 2002.

BAHLS, S. C.; BAHLS, F. R. C. Psicoterapias da depressão na infância e na adolescência. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 20, n. 2, p. 25–34, ago. 2003.

BARROS, Carlos; PAULINO, Wilson. Ciências: o corpo humano. 3. Ed. São Paulo: Ática, 2007.

BATISTA, M. T.; LIMA, M. L. Quem está comendo comigo?: influência social indirecta no comportamento alimentar ambivalente. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 26, n. 1, p. 113–121, 2013.

BATISTELLA, C. Abordagens Contemporâneas do Conceito de Saúde. In: FONSECA, A.F.; CORBO, A.M.D (Org). O território e o processo saúde-doença. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

BRÁS, J. V. A higiene e o governo das almas: o despertar de uma nova relação. **Revista Lusófona de Educação**, v. 12, p. 113-138, 2008.

BRASIL. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde do Adolescente. Brasília: Ministério da Saúde**; 2008a.

_____. Ministério da Saúde. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Marco Legal: Saúde, um direito de adolescentes**. 1. ed. Brasília: [s.n.], 2005.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde.** Ministério da Saúde, Ministério da Educação. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. **Normas de atenção à saúde integral do adolescente.** Secretaria de Assistência à Saúde – SAS. Brasília, 1993. Disponível em:www.saude.gov.br/adolescente.

_____. Ministério da Saúde. **SAÚDE INTEGRAL DE ADOLESCENTES E JOVENS Orientações para a Organização de Serviços de Saúde.** (Ed.). 1. ed. Brasília: [s.n.]. p. 44, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. A saúde de adolescentes e jovens: uma metodologia de auto-aprendizagem para equipes de atenção básica de saúde: módulo básico**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Passo a passo o PSE (Programa de Saúde na Escola)** -Tecendo caminhos de intersetorialidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde.** Secretaria de Atenção em Saúde,

_____. Constituição. Constituição Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1998.

_____.Ministério da Saúde Departamento de Atenção Básica. Caderno Atenção Básica número 18: HIV/AIDS, Hepatites e outras DST. Brasília-DF, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde.** Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Brasília, 2008b.

_____.Ministério da Saúde. Relatório da 8ª Conferência Nacional da Saúde: tema 1: saúde como direito. Brasília; 1986.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas - SUPERA. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008.

_____. **Decreto Presidencial de 05 de dezembro de 2007**. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 05 de dezembro de 2007a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007

CANAVEZ, M. F.; ALVES, A. R.; CANAVEZ, L. S. Fatores predisponentes para o uso precoce de drogas por adolescentes. **Cadernos UniFOA**, Volta Redonda, n. 4, p. 57-63, 2010.

CARRANO, P. C. R.; CARRANO, P. C. R. Redes sociais de internet numa escola de ensino médio: entre aprendizagens mútuas e conhecimentos escolares. **Perspectiva**, v. 35, n. 2, p. 395, 4 ago. 2017.

CARVALHO, F. Semiótica social e imprensa: O layout da primeira página de jornais portugueses sob o enfoque analítico da gramática visual. [tese de doutorado]. Universidade de Lisboa. Portugal. 2012.

CARVALHO, M. A. A. S.; DA SILVA, A. A.; MELO, P. D. DE. Projeto Espaço Jovem como exercício do protagonismo juvenil. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 69, n. 3, p. 224–229, 2017.

CASTIEL, L. D.; FERREIRA, M. S.; MORAES, D. R. DE. Os riscos e a promoção do autocontrole na saúde alimentar: moralismo, biopolítica e crítica parresiasta. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 5, p. 1523–1532, maio 2014.

CASTRO, P. Notas para uma leitura da teoria das representações sociais em S. Moscovici. Análise Social, v. 37, n. 164, p. 949-979, 2002.

CHAMARELLI FILHO, M. Fotografia, percepção e subjetividade. 2005.

CROMACK, L.M.F. et al. O olhar do adolescente sobre saúde: um estudo de representações sociais**. Ciência e Saúde Coletiva**, 14(2):627-634, 2009.

CRUWYS, T. et al. Depression and Social Identity. **Personality and Social Psychology Review**, v. 18, n. 3, p. 215–238, 12 ago. 2014.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (orgs.) Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 39-53, 2003.

DAYRELL, J.; CARRANO, P. C. R. Jovens no Brasil: difíceis travessias de fim de século e promessas de um outro mundo. [on-line], 2002.

DE ANDRADE, E. O.; GIVIGI, L. R. P.; ABRAHÃO, A. L. A ética do cuidado de si como criação de possíveis no trabalho em saúde. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 22, n. 64, p. 67–76, 2018.

DE PAIVA LUCIANO, A. et al. Nível de Atividade Física em Adolescentes saudáveis. **Rev Bras Med Esporte**, v. 22, 2016.

DE SOUZA LIMA, R.; FERREIRA NETO, J. A.; PEREIRA FARIAS, R. DE C. Alimentação, comida e cultura: o exercício da comensalidade. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 10, n. 3, p. 507–522, 28 jul. 2015.

DE SOUZA LIMA, R.; FERREIRA NETO, J. A.; PEREIRA FARIAS, R. DE C. ALIMENTAÇÃO, COMIDA E CULTURA: O EXERCÍCIO DA COMENSALIDADE. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 10, n. 3, p. 507–522, 28 jul. 2015.

DELL'AGLIO, D. D.; HUTZ, C. S. Depressão e desempenho escolar em crianças e adolescentes institucionalizados. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 17, n. 3, p. 351–357, 2004.

DURKHEIM, E. As formas elementares da vida religiosa: o sistema totêmico na Austrália. São Paulo: Abril Cultura, 1983.

_____. Educação e sociologia. 7. ed. Traduzido por Lourenço Filho. São Paulo: Melhoramentos, 1978.

DURU, O. K. et al. Sisters in Motion: A Randomized Controlled Trial of a Faith-Based Physical Activity Intervention. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 58, n. 10, p. 1863–1869, out. 2010.

ENES, C. C.; SLATER, B. Obesidade na adolescência e seus principais fatores determinantes. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 13, n. 1, p. 163–171, mar. 2010.

ERDMANN, A. L. et al. Gerenciando uma experiência investigativa na promoção do "viver saudável" em um projeto de inclusão social.**Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 18(2): 369-77. Abr - Jun, 2009.

ERIKSON, E. H. Identidade, juventude e crise. Rio de Janeiro: Zahar, 1972.

FARR, R.M. Representações Sociais: a teoria e sua história. In: GUARESCHI, P.A,; JOVCHELOVITCH, S. (Orgs). **Textos em representações sociais**. 13° ed. Petrópolis, RJ: Vozes, p. 31-62, 2012.

FISBERG, M. et al. Obesidade em crianças e adolescentes: relatório do grupo de trabalho do Segundo Congresso Mundial de Nutrição, Hematologia e

gastroenterologia Pediátrica. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition, v.39, Suppl. 2, S.686, 2004.

FLAMENT, C.; GUIMELLI, C.; ABRIC, J.-C. Effets de masquage dans l'expression d'une représentation sociale. **Les cahiers internationaux de psychologie sociale**, v. Numéro 69, n. 1, p. 15, 2006.

FORTES, L. DE S.; MORGADO, F. F. DA R.; FERREIRA, M. E. C. Fatores associados ao comportamento alimentar inadequado em adolescentes escolares. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 40, n. 2, p. 59–64, 2013.

FORTES, L. S.; MORGADO, F. F. R.; FERREIRA, M. E. C. **Fatores associados ao comportamento alimentar inadequado em adolescentes escolares**. Rev Psiq Clín.;40(2):59-64, 2013.

FOUCAULT, M. Em defesa da sociedade. São Paulo (SP): **Martins Fontes**; 2002.

_____.. Hermenêutica do sujeito. 3 ed. São Paulo: **Martins Fontes**, 2010.

_____.Hermenêutica do sujeito. São Paulo (SP): **Martins Fontes**; 2004.

FREITAS, M. C. S. et al. Hábitos alimentares e os sentidos do comer. **Guanabara Koogan**, v. 3, 2011.

GARCIA, R. W. D. Representações Sociais da Comida no Meio Urbano: algumas considerações para o estudo dos aspectos simbólicos da alimentação. Núcleo de Estudos e Pesquisas em Alimentação da UNICAMP. **Revista Cadernos de Debate.** Vol. II / 1994.

GARCIA, S.; SOUZA, F. M. DE. Vulnerabilidades ao HIV/aids no Contexto Brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. suppl 2, p. 9–20, dez. 2010.

GAVIN, R. S. et al. Associação entre depressão, estresse, ansiedade e uso de álcool entre servidores públicos. **SMAD. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)**, v. 11, n. 1, p. 2, 1 mar. 2015.

GÓIS, C. W. L. (1993). Noções de Psicologia Comunitária. Fortaleza: Editora Viver Edições UFC.

GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R. M. G.; GOMES, M. H. DE A. G. **O Clássico e o Novo tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. 20. ed. Rio de Janeiro: [s.n.].

GOMES, L. C. O desafio da intersetorialidade: a experiência do Programa Saúde na Escola (PSE) em Manguinhos, no Município do Rio de Janeiro. 2012.

GUILLEMIN, M.; DREW, S. Questions of process in participant-generated visual methodologies, **Visual Studies**, 25(2): p.175-188, 2010.

HALLIDAY, M. A. K. An introduction to functional grammar. 2. ed. **Londres: Arnold**, 1994.

HORTA, N. C. O significado do atendimento ao Adolescente na atenção básica à saúde: uma análise compreensiva. Belo Horizonte, 2006 **(Dissertação de Mestrado - Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais**).

IBGE. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Síntese de Indicadores Sociais: Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira 2010. Rio de Janeiro, 2010.

JAGER, M. E. et al. O adolescente no contexto da saúde pública brasileira: reflexões sobre o PROSAD. **Psicologia em Estudo**, v. 19, n. 2, p. 211–221, jun. 2014.

JODELET, D. Loucuras e Representações. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

_____.O movimento do retorno ao sujeito e a abordagem das representações sociais. **Soc. Estado**. v. 24, n. 3, p. 679-712. 2009.

_____.Representações Sociais: um domínio em expansão. In:_____. (Org.). As representações sociais. Rio de Janeiro **: EDUERJ**,. p. 17-44, 2001.

JOUBERT, I. Children as photographers: Life experiences and the right to be listened to. **South African Journal of Education***, 32*(4), 449–464, 2012.

JOVCHELOVITCH, S. Os contextos do saber: representações, comunidade e cultura. Petrópolis: Vozes, 2008.

_____. Representações sociais: saberes sociais e polifasia cognitiva. In: Cultura e Pesquisa. Caderno 2. Blumenau, 2001.

_____.Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e Representações Sociais. In: GUARESCHI, P.A,; JOVCHELOVITCH, S. (Orgs). Textos em representações sociais. 13° ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012. p. 63-88.

JUNG, C. G. Psycologie et réligion. Paris: Buchet/Córrea, 1958.

KOSSOY, Boris. *Fotografia E história.* São Paulo: Ateliê, 2001. 168 p.

KRAEMER, F. B. et al. O discurso sobre a alimentação saudável como estratégia de biopoder. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, p. 1337–1360, dez. 2014.

KRESS, G.; VAN LEEUWEN, T. Reading Images. The grammar visual design. London; **New York: Routledge**, 2006.

KRONBERGER, N.E; WAGNER,W. Palavras-chave em contexto: Analise estatística de textos. In: BAUER, M.W; GASKELI, J. (Orgs). Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. (Tradução de Pedrinho A. Guareschi). Petrópolis, RJ. **Vozes**. 2004.p. 416-441.

LEÃO, L. M. DE S. Saúde do adolescente: atenção integral no plano da utopia. **Fundação Oswaldo Cruz**, p. 149, 2005.

LIMA, M.C.S. Atividade Física: Saúde e doença. In: SAITO, M.I.; SILVA, L.E.V.; LEAL, M.M. Adolescência: Prevenção e risco. 2ª Ed. **São Paulo: Atheneu**, 2008.

LÓPEZ-PEÑALVER, R.S.; ANTOLI-CANDELA, C.M.; SANCHIS, J.G.E. Geohelmintos y Anemia en Escolares de Little Corn Island (RAAS, Nicaragua). Facultat de Farmàcia, Universitat de València. Julho de 2014.

LUCIANO, A. DE P. et al. NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA EM ADOLESCENTES SAUDÁVEIS. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 22, n. 3, p. 191–194, jun. 2016.

MALTA, D. C. et al. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 6, p. 1683–1694, jun. 2016.

MARKOVÁ, I. (2006). Dialogicidade e representações sociais: as dinâmicas da mente. Petrópolis, RJ: Vozes.

MAYER, F. A. P.; WEBER, L. N. D. Relações entre a obesidade na infância e adolescência e a percepção de práticas de alimentação e estilos educativos parentais. **Psicologia Argumento**, v. 32, p. 143–153, 2014.

MEIRINHO, D. A fotografia participativa como ferramenta de expressão e representação social. Foto-ensaio do Projecto “Olhares em Foco”. **Cadernos de Arte e Antropologia**, n° 1, 77-82. 2012.

MELO DE SOUZA LEÃO, L. **Saúde do adolescente: atenção integral no plano da utopia. Departamento de Saúde Coletiva**. [DISSERTAÇÃO DE MESTRADO] Fundação Oswaldo Cruz, 2005.

MICELI KERBAUY, M. T.; TERESA, M.; KERBAUY, M. Políticas de juventude: políticas públicas ou políticas governamentais? Como definir a Juventude? **Estudos de Sociologia**, v. 181919, n. 18, p. 193–203, 2005.

MIRANDA, F.A.N.; FUREGATO, A.R.F. Instrumento projetivo para estudos de representações sociais na saúde mental. **Rev. Eletr. Saúde Mental Álcool e**

Drogas, v.2, n.1, 2006.

MITCHELL, C. *Doing visual research*. **Los Angeles, CA: Sage**. 2011.

MORIN, E. **Introdução ao Pensamento Complexo**. Porto Alegre: Sulina, 2006.

MOSCOVICI, S. A Psicanalise, sua imagem e seu público. Petropólis. **Vozes**, 2012.

_____.Representações Sociais: investigações em psicologia social. Petrópolis, RJ: **Vozes**, 2003.

MUCHAIL, S. T. Foucault, mestre do cuidado: textos sobre hermenêutica do sujeito. São Paulo: **Edições Loyola**, 2011.

MUZA, G.M.; COSTA, M.P. Elementos para a elaboração de um projeto de promoção à saúde e desenvolvimento dos adolescentes – o olhar dos adolescentes. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, 18(1):321-328, jan-fev, 2002.

NICHIATA, L. Y. I. et al. The use of the “vulnerability” concept in the nursing area. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 16, n. 5, p. 923–8, 2008.

NÓBREGA, S.M. Sobre a Teoria das Representações Sociais. In: MOREIRA, A.S.P. (org) Representações Sociais: Teoria e Prática. João Pessoa: **Editora Universitária/Autor Associado**, p. 55-87, 2001.

NYKIFORUK, C.; VALLIANATOS, H.; NIEUWENDYK L. Photovoice as a Method for Revealing Community Perceptions of the Built and Social Environment, **International Journal of Qualitative Methods**, p.103-124, 2011.

OLIFFE, J. et al. Analyzing participant produced photographs from ethnographic study of fatherhood and smoking. **Res Nurs Healt**. V. 31, n.5, p.529-539, 2008.

OLIVEIRA, H. M. DE; GONÇALVES, M. J. F. Educação em Saúde: uma experiência transformadora. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 57, n. 6, p. 761–763, dez. 2004.

OLIVEIRA, V. M. DE et al. A (in)satisfação da imagem corporal e aptidão física em escolares do primeiro ciclo estudantil. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, v. 9, n. 1, 31 mar. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. La Salud de los jóvenes: un reto y una esperanza. Geneva: OMS; 1995.

PADGETT, D. K. et al. A Picture Is Worth? Photo Elicitation Interviewing With Formerly Homeless Adults. **Qualitative Health Research**, v. 23, n. 11, p. 1435–1444, 11 nov. 2013.

PARGAMENT, K. I. The psychology of religion and coping: Theory, research, practice. New York: Guilford Press, 1997.

PEIRCE, C. S. Semiótica. Trad. José Teixeira Coelho Neto. 3. ed. São Paulo: Perspectiva, 2003.

PEREIRA, T. DE S.; PEREIRA, R. C.; ANGELIS-PEREIRA, M. C. DE. Influência de intervenções educativas no conhecimento sobre alimentação e nutrição de adolescentes de uma escola pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2017.

PEREIRA, T. DE S.; PEREIRA, R. C.; ANGELIS-PEREIRA, M. C. DE. Influência de intervenções educativas no conhecimento sobre alimentação e nutrição de adolescentes de uma escola pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 2, p. 427–435, fev. 2017.

PERES, F.; ROSENBURG, C. P. Desvelando a concepção de adolescência/adolescente presente no discurso da saúde pública. Saúde e Sociedade. 7(1): 53-86, 1998.

PIES, C.; PARTHASARATHY, P. Photovoice: giving local health Departments a New Perspective on Community Health Issues. Contra Costa Health Services (CCHS): Califórnia, 2008.

PONTES, T. E. et al. Orientação nutricional de crianças e adolescentes e os novos padrões de consumo: propagandas, embalagens e rótulos. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 27, n. 1, p. 99–105, mar. 2009.

RAMOS, F. R. S. Adolescer. Compreender, atuar, acolher. Ministério da Saúde – ABEN, Brasília-DF, 2001.

REIBNITZ K.S., et al. O processo de cuidar, ensinar e aprender o fenômeno das drogas: políticas de saúde, educação e enfermagem. Florianópolis: PEN/UFSC; 2003. v. 2, p.99-111

REINERT, M. Alceste, une méthod estatistique et sémiotique d'analyse de discours. Application aux "Rêveries du promeneur solitaire". La Revue Française de Psychiatrieet de Psychologie Médicale, v.5, n.39, p. 32-36, Out., 2001.

_____.Alceste, une méthodologie d'analyse des donné es textuelles et une application: Aurelia de Gerard de Nerval. Bulletin de Methodologie Sociologique, v.26, p.24-54, 1990.

RESSEL, L.B.; SEHNEM, G.D.; JUNGES, C.F. Representações culturais de saúde, doença e vulnerabilidade sob a ótica de mulheres adolescentes. Esc. Anna Nery Rev.Enferm; 13(3): 552-7, 2009.

RESTREPO, H. E. Incremento de la capacidad comunitária y del empoderamiento de las comunidades para promover la salud. **Revista Faculdad Nacional de Salud Pública**, v. 1, p. 41–56, 2001.

RODGERS, R.; CABROL, H.; PAXTON, S.J. **An exploration of the tripartite influence model of body dissatisfaction and disordered eating among Australian and French college women**. Body Image; 8(1):208-215, 2011.

ROMA, I. et al. Analisando a percepção de uma população sobre higiene a partir de um jogo educativo. **Revista de Pesquisa em Saúde**, v. 12, n. 1, 2011.

ROZIN, L.; ZAGONEL, I. P. S. Fatores de risco para dependência de álcool em adolescentes. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 2, p. 314–318, 2012.

SANTAELLA, L. O que é semiótica. 2 Ed. P. 1 – 86. Brasília. Editora: Brasiliense. 2003.

SANTIAGO, L. M. DE et al. Implantação do Programa Saúde na escola em Fortaleza-CE: atuação de equipe da Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 6, p. 1026–1029, dez. 2012.

SANTOS, C. A. C.; NOGUEIRA, K. T. Gravidez na adolescência: falta de informação? **Adolescência e Sapude**, v. 6, p. 48–56, 2009.

SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, v. 20, p. 71–99, 1995.

SEGRE, M.; FERRAZ, F.C. O Conceito de Saúde; Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 31, n.5, p. 538-541, 1997.

SEHNEM, G. D. et al. Gênero e sexualidade: influências na prevenção das DSTs/AIDS e as contribuições para a enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 4, n. 4, p. 678–688, 14 jan. 2015.

SEHNEM, G. D. et al. Gênero e sexualidade: influências na prevenção das DSTs/AIDS e as contribuições para a enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 4, n. 4, p. 678–688, 14 jan. 2015.

SILVA, A. T.; JACOB, M. H. V. M.; HIRDES, A. Conhecimento de adolescentes do ensino médio sobre DST/AIDS no sul do Brasil. **Aletheia**, n. 46, p. 34–49, 2015.

SILVA, A.C.S. O ser saudável nas representações sociais entre adolescentes. 2011. 138 f. **Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde)** – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2011.

SILVA, A.C.S., et al. Representações Sociais sobre ser saudável de adolescentes escolares. Rio de Janeiro. **Adolesc Saude**, v. 11, n. 1, p. 24-31, 2014.

SILVA, E. O.; AMPARO-SANTOS, L.; SOARES, M. D. Alimentação escolar e constituição de identidades dos escolares: da merenda para pobres ao direito à alimentação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 4, 29 mar. 2018.

SILVA, J.G.; TEIXEIRA, M.L.O.; FERREIRA, M.A**.** Alimentação na adolescência e as relações com a saúde do adolescente. **Texto contexto - enferm. [online].** 2014, vol.23, n.4, pp. 1095-1103. Epub Dec 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n4/pt_0104-0707-tce-23-04-01095.pdf

_____. Alimentação e saúde: sentidos atribuídos por adolescentes. **Esc. Anna Nery**, v. 16, n. 1, p. 88-95, Mar. 2012

SILVA, R.; JUSTUS, J. F. DA C. REFLEXÕES ACERCA DA HIGIENE PESSOAL NA ADOLESCÊNCIA NO ENSINO DE CIÊNCIAS. **OS DESAFIOS DA ESCOLA PÚBLICA PARANAENSE NA PERSPECTIVA DO PROFESSOR PDE**, v. 1, p. 1–16, 2013.

SIWACH, M. Impact of health education programme on the knowledge and practices of school children regarding personal hygiene in rural Panipat**. Int J Edu Sci,** v. 1, n. 2, p. 115-118, 2009.

SOUSA, E. V. S. et al. Guia de utilização do Software Alceste: Uma ferramenta de análise lexical aplicada a interpretação de discursos de autores na agricultura. Embrapa Cerrados, Planaltina DF, 12p. 2009.

SOUZA, D.; VAZ, S.; BENNEMANN, R. M. COMPORTAMENTO ALIMENTAR E HÁBITO ALIMENTAR: UMA REVISÃO EATING BEHAVIOR AND FOOD HABIT: A REVIEW. **Revista Uningá**, v. 20, n. 1, p. 108–112, 2014.

SPOSITO, M. P. Considerações em torno do conhecimento sobre juventude na área da educação. In SPOSITO, M. P. (Coord.) Juventude e escolarização (1980 – 1998). Brasília: MEC/Inep/Comped, 2002.

STEIN BACKES, D. I. et al. Significado de viver saudável para jovens que integram um projeto de inclusão social Understanding the meaning of healthy living for groups of Adolescents Comprensión el significado del vivir saludable para un grupo de Adolescentes. **Artigo Original Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, v. 87711, n. 4, 2009.

TAVARES, L. F. et al. Padrões alimentares de adolescentes brasileiros: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). **Cad de Saúde Pública**, v. 30, n. 12, p. 1–13, 2014.

TEIXEIRA, C. F. **Observatório de Análise Política em Saúde : abordagens, objetos e investigações**. Ed. 1, 2016.

TOMAIM, V.R.R. et al Representações sociais de alunas da 8ª série do ensino fundamental sobre o “ser adolescente” e o “ser adolescente grávida**”. Anais da V Jorn. Inter. e II Conf. Bras. sobre Representações Sociais**. Brasília, DF, 2007.

TRAVERSO-YÉPEZ, M. A.; PINHEIRO, V. S. Adolescência, saúde e contexto social: esclarecendo práticas. **Psicol. Soc;** 14 (2): 133-147; Jul./Dez. 2002. UNFPA. Fundo das Nações Unidas. State of World Population 2014 The Power of 1.8 Billion. Nov. 2014.

VERONA, A. P. DE A.; DIAS JÚNIOR, C. S. Religião e fecundidade entre adolescentes no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 31, n. 1, p. 25–31, jan. 2012.

WANG, C. et al. Photovoice as a participatory health promotion strategy. **Health Promotion International**, 13 (1): p. 75-86, 1998.

WANG, C. Photovoice: A Participatory Action Research Strategy Applied to Women’s Health, **Journal of Women’s Health**, 8(2): p. 185-192, 1999.

WANG, C.; BURRIS, M. A. Photovoice: social change through photography. 2007.

_____.. Photovoice: Concept, Methodology, and Use for Participatory Needs Assessment. **Health Education & Behavior**, v. 24, n. 3, p. 369–387, jun. 1997.

WANG, C.; REDWOOD-JONES, Y.A. Photovoice ethics: perspectives from flint Photovoice. Health Educ. Behav., v.278, n.5, p. 560-572, 2001.

YANG, Y.-T. C. et al. Technology-enhanced game-based team learning for improving intake of food groups and nutritional elements. **Computers & Education**, v. 88, p. 143–159, 1 out. 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Roteiro de Entrevista individual

1ª Parte - Dados Gerais:

Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino Idade: _____anos

Nacionalidade: _____ Naturalidade: _____

Religião: ( ) Evangélico ( ) Católico ( ) Espírita ( ) Umbanda ( ) Testemunha de Jeová ( ) Outra _____

Renda familiar: ( ) 1 à 2 SM ( ) 3 à 4 SM ( ) 5 à 6 SM ( ) Mais de 7 SM.

Qual sua cor ou raça?( ) Preto ( ) Branco ( ) Pardo ( ) Amarelo
( ) Outra _____

Contando com você, quantas pessoas residem em sua casa/apartamento? Quem são? _____

Qual a escolaridade da sua mãe? ( ) Nunca estudou( ) Ensino Fundamental Icompleto ( ) Ensino Fundamental Completo ( ) Ensino Médio Incompleto ( ) Ensino Médio Completo ( ) Ensino Superior Incompleto ( ) Ensino Superior Completo

E de seu pai? ( ) Nunca estudou( ) Ensino Fundamental Icompleto ( ) Ensino Fundamental Completo ( ) Ensino Médio Incompleto ( ) Ensino Médio Completo ( ) Ensino Superior Incompleto ( ) Ensino Superior Completo

2ª parte (questões abertas)

1. A todo momento as pessoas falam de saúde, que a gente tem que ter saúde e ser saudável. Quando te falam isso, o que você entende que seja?
2. Das pessoas que você conhece, com quem você convive ou que você admira, quem você poderia dar como exemplo de ser saudável (pode ser mais de uma)? Por que você escolheu essa pessoa?
3. Eu vou dizer uma frase e você completa: Uma pessoa saudável é aquela que: ....
4. Então, saúde tem a ver com o que?
5. Para ter saúde, ser saudável, a pessoa precisa fazer o que? (explorar as práticas, os meios que se tem para executar tais práticas, as dificuldades, impedimentos)
6. E o contrário, uma pessoa não saudável é aquela que .....
7. Quem você conhece que não é saudável, por que ela não é saudável, o que ela faz ou deixa de fazer (explorar as explicações)?
8. O que é que as pessoas geralmente fazem no dia a dia que você considera ser saudável

9. E o que você considera não ser saudável?
10. Para você, o que é viver de maneira saudável? E de maneira não saudável?
11. Por que você considera ser dessa forma que se vive de maneira saudável? E não saudável?
12. O que é preciso uma pessoa fazer para se viver de maneira saudável?
13. E você, se considera um ser saudável? Por quê?
14. O que você pensa ser bom para a sua saúde? Dê exemplos.
15. E o que não é bom?(Dê exemplos).
16. E seus colegas, você considera que são saudáveis (explorar os porquês, os exemplos)?
17. E sua família, você considera que são saudáveis (explorar os porquês, os exemplos)?
18. Quais os maiores desafios ou dificuldades relacionadas à saúde do adolescente?
19. Há algum conteúdo que você considera mais importante para a saúde? Por que?
20. Quer falar mais alguma coisa.

APÊNDICE B

Ficha de inscrição no projeto *Photovoice*

Nome: _____

Apelido:_____

Nome da mãe:_____

Nome do pai: _____

Data de Nascimento: ____/____/_____.

Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

Endereço:_____
_____
_____

Telefones para contato: _____

Explique em poucas linhas: Por que você deseja participar deste projeto?_____
_____
_____
_____

Declaro querer participar da etapa de produção dos dados através do *Photovoice* na pesquisa SABERES E PRÁTICAS DO SER SAUDÁVEL DE ADOLESCENTES: UM ESTUDODE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.

Data: ____/____/_____.

Assinatura do adolescente:

_____

APÊNDICE C

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM DO ADULTO

Neste ato, _____, nacionalidade _____, estado civil _____, portador da Cédula de identidade RG nº._____ , inscrito no CPF/MF sob nº _____, AUTORIZO o uso de minha imagem em todo e qualquer material entre fotos e documentos, para ser utilizada na pesquisa intitulada Ser saudável na adolescência: a busca de sentido se implicações nas práticas do cuidado à saúde. A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso da imagem durante a etapa de análise dos dados desta pesquisa e possível publicação em artigos e eventos científicos. Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem ou a qualquer outro, e assino a presente autorização em 02 vias de igual teor e forma.

_____, dia _____ de _____ de _____.

(assinatura)

Nome:

Telefone p/ contato:

APÊNDICE D

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM
CRIANÇA/ADOLESCENTE

_____, nacionalidade _____, menor de idade, neste ato devidamente representado por seu (sua) (responsável legal), _____, nacionalidade _____, estado civil _____, portador da Cédula de identidade RG nº._____ , inscrito no CPF/MF sob nº _____, AUTORIZO o uso de minha imagem em todo e qualquer material entre fotos e documentos, para ser utilizada na pesquisa intitulada Ser saudável na adolescência: a busca de sentido se implicações nas práticas do cuidado à saúde. A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso da imagem durante a etapa de análise dos dados desta pesquisa e possível publicação em artigos e eventos científicos. Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem ou a qualquer outro, e assino a presente autorização em 02 vias de igual teor e forma.

_____, dia _____ de _____ de _____.

(assinatura)

Nome da criança:

Por seu Responsável Legal:

Telefone p/ contato:

APÊNDICE E

Termo de Assentimento

Estamos fazendo uma consulta a respeito da sua participação na pesquisa que pretendemos desenvolver com os adolescentes. Para tanto, cabe esclarecer os seguintes pontos: Somos da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro e desenvolvemos uma pesquisa do curso de doutorado, cujo o título é "Ser saudável na adolescência: a busca de sentido se implicações nas práticas do cuidado à saúde.Nossos objetivos são **Geral:** Caracterizar as representações sociais de ser saudável construídas por adolescentes; **Específicos:** Identificar as práticas relacionadas à saúde que os adolescentes definem como representativas de ser saudável; Descrever crenças, normas, valores, atitudes que integram as práticas relacionadas à sua saúde à luz destas representações sociais; Analisar tais representações no tocante à promoção da saúde do adolescente.

A pesquisa será realizada através de entrevista individual e dinâmicas de grupo com você e as respostas serão em meio eletrônico, caso você concorde. A produção dos dados será realizada em dias e horários pré-determinados, no momento que melhor convier a todos os participantes, no interior do Colégio, com autorização dos professores.

Durante a participação será assegurada a individualidade de modo que somente o pesquisador tenha conhecimento do que foi declarado por você e em momento algum será divulgado seu nome. De acordo com o nosso projeto, utilizaremos siglas de identificação. Os dados obtidos ficarão armazenados após cinco anos do término da pesquisa. Os possíveis riscos que poderão ocorrer como frutos das técnicas de produção de dados podem ser de ordem emocional decorrentes de algum assunto abordado que lhe cause desconforto ou constrangimento; entretanto, se isto acontecer, os membros da equipe de pesquisa estão preparados para atendê-lo(a), haja vista que somos enfermeiras, com experiência em cuidar de adolescentes e jovens. Apesar de haver este risco, nos esforçaremos para conduzir a pesquisa da maneira mais confortável possível, de modo a deixá-lo à vontade no decorrer de todo o processo.

Os benefícios gerados com esta pesquisa serão de cunho científico para a área de Fundamentos do Cuidado de Enfermagem com vistas a melhorar a assistência de Enfermagem aos adolescentes. Você não terá ganhos ou gastos financeiros nesta pesquisa. Os dados produçãodos serão utilizados somente NESTA pesquisa e os resultados divulgados em eventos e revistas científicas.

Sua participação é voluntária e dessa maneira a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar da pesquisa, e assim seu consentimento será retirado sem nenhum tipo de constrangimento.

Caso aceite participar você apenas responderá a perguntas descritas em um formulário elaborado pela própria pesquisadora. Qualquer dúvida de sua parte poderá ser esclarecida no ato da entrevista ou após a mesma.

Autorização do adolescente: Após ter tomado conhecimento do conteúdo deste termo, aceitoparticipar da pesquisa proposta, conforme consta neste documento.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2017.

_____

Adolescente

_____

Responsável legal pelo adolescente

Prof. Dr. Márcia de Assunção Ferreira
Pesquisador-docente
Tel: (021)99712-7698; marcia.eean@gmail.com

Enf. Julyana Gall da Silva
Pesquisador
Tel: (024) 999583351; julyanagall@hotmail.com