



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE**

**O SER SAUDÁVEL NAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS
ENTRE ADOLESCENTES**

ANTÔNIO CARLOS SANTOS SILVA

**JEQUIÉ-BAHIA
2011**

ANTÔNIO CARLOS SANTOS SILVA

**O SER SAUDÁVEL NAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS
ENTRE ADOLESCENTES**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, área de concentração em Saúde Pública, para apreciação e julgamento da Banca Examinadora.

Linha de Pesquisa:

Educação em Saúde e Sociedade

Orientador: Prof. DSc. Eduardo Nagib Boery

Co-orientadora: Prof^a. DSc. Zenilda Nogueira Sales

**JEQUIÉ-BAHIA
2011**

Silva, Antônio Carlos Santos.
S578 O ser saudável nas representações sociais entre
adolescentes /Antônio Carlos Santos Silva.- Jequié, UESB,
2011.
138 f: il.; 30cm. (Anexos)

Dissertação (Mestrado - Enfermagem e Saúde) -
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2011.
Orientador Profº. DSc. Eduardo Nagib Boery.

1. Adolescente – Saúde 2. Representações sociais
do adolescente I. Universidade Estadual do Sudoeste da
Bahia II. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

SILVA, Antônio Carlos Santos. **O Ser Saudável nas Representações Sociais entre Adolescentes**. 2011. Dissertação de mestrado – Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde (Área de concentração em Saúde Pública). Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié-Bahia.

Prof. DSc. Cezar Augusto Casotti

Doutor em Odontologia Preventiva e Social. Universidade Estadual Paulista - UNESP
Professor Titular da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB
Presidente da Banca de Defesa

Prof.^a PhD. Denize Cristina de Oliveira

Pós-doutora em Psicologia Social pela École des Hautes
Études en Sciences Sociales
Professora Titular da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ

Prof.^a PhD. Climene Laura de Camargo

Pós-doutora em Sociologia pela Université Rene Descartes-Sorbonne
Professora Escola de Enfermagem
Universidade Federal da Bahia – UFBA

Jequié/BA, _____ de _____ de 2011.

Dedico este trabalho a todos os adolescentes que são confiados a nós, educadores, a cada dia, sedentos pela busca do conhecimento e interações. E entre estes, em especial, àqueles que desfrutaram da construção deste estudo, permitindo apreender conhecimentos ínfimos. E aos meus filhos, Ana e Arthur, por extensão, que crescem com a esperança de construção de um mundo melhor através de nossas ações.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a **Deus**, por ser essência de vida.

Ao meu pai, **Sérgio Pinheiro**, e minha mãe, **Sônia Maria**, pelo exemplo de vida e força substancial para a busca do conhecimento, mola propulsora para mudança.

Aos meus irmãos, **Roney, Mario, Reinan e Sílvia**, pelo amor e aprendizado compartilhado e pela saudade de não sermos mais adolescentes.

A **Adriana Glay**, minha companheira, conjugal e profissional, pelas angústias, desafios e esperanças regadas ao longo desses anos, e por me ensinar que eu não posso ser mais um no mundo.

Aos meus pequenos filhos, **Ana Rafaela e Arthur César**, princesa e príncipe, flor e estrela, que estão crescendo num período de busca de conhecimento e aprofundamento. Desculpa pela ausência... É por vocês que canto!

À Família Barbosa, **Norma, Andréia, Samylle**, que me acolhe, me expulsa e me retém, torcendo por minhas vitórias e colaborando em minha ausência. Devo muito a vocês!

A **Eduardo Boery**, pela cumplicidade e atenção no desafio de pesquisar.

À **Zenilda Nogueira**, pela confiança e disponibilização em me acolher como seu coorientando, diante de tantas dificuldades.

A **Washington Silva Santos**, pela colaboração em momentos fundamentais do processo de dissertar.

Aos **docentes do curso**, pelas interações estabelecidas, contribuindo incessantemente para minha formação profissional e humana.

À **Adriana Nery e Alba Benemerita**, parafraseio Eduardo Galeno, que afirma: *“Somos o que fazemos; mas, somos principalmente o que fazemos para mudar o que somos”*. Eternamente grato eu sou por me acolherem e acreditarem em mim. Muito obrigado!

Aos meus **colegas** e amigos de turma, **Cláudio, James, Juliana, Liane, Livia, Márcio, Murilo, Nadja, Roseli, Sumaya, Tatiane, Thaís, Vivian e Viviane**, quando, juntos ou separados, desfrutaram das alegrias, tristezas e incertezas do ato de aprender e ensinar, sorrindo ou chorando pela necessidade de buscar.

Em especial, à **Vivian e Murilo**, pela cumplicidade e atenção. Vocês são iluminados!

Aos **adolescentes participes**: obrigado pela colaboração em nosso estudo: ensinar é descobrir que aprendemos constantemente.

Aos **diretores e professores** das instituições escolares, que me acolheram e participaram do nosso estudo, colaborando com o conhecimento socialmente construído.

A **todos vocês**, sobremaneira, quando me deram apoio na decisão de ser um profissional da área de Educação Física, dando-me condições para continuar. Muito obrigado!

(...) Levei algum tempo para entender de onde ele viera. O príncipezinho, que me fazia milhares de perguntas, parecia nunca escutar as minhas. Palavras pronunciadas ao acaso é que foram, pouco a pouco, revelando sua história.

(...)

-De onde vens, meu caro? Onde é tua casa? Para onde queres levar meu carneiro?

Ficou algum tempo em silêncio e depois respondeu:

- O bom é que a caixa que me deste poderá, à noite, servir de casa para ele.

- Sem dúvida. E, se tu fores bom menino, te darei também uma corda para amarrá-lo durante a noite. E uma estaca para prendê-lo.

A proposta pareceu chocá-lo:

- Amarrar? Que ideia estranha!

- Mas, se tu não o amarrares, ele vai-se embora e se perde...

E meu amigo deu uma nova risada:

- Mas aonde pensas que ele vai?

- Não sei... Por aí... Andando sempre em frente.

Então o pequeno príncipe disse, muito sério:

- Não faz mal, é tão pequeno onde moro!

E depois, talvez com um pouco de tristeza, acrescentou ainda:

- Quando a gente anda sempre em frente, não podemos mesmo ir muito longe...

RESUMO

Este estudo trata das representações sociais elaboradas por adolescentes sobre a temática ser saudável e os cuidados a saúde. A adolescência, entendida como um período/processo psicossociológico de transição entre a infância e a fase adulta, dependente e circunscrita nas dimensões sociohistóricas da formação do sujeito, constitui-se como uma fase de vulnerabilidade no que tange às necessidades e problemas relacionados à saúde. Compreender o ser saudável a partir da ótica dos adolescentes corrobora para construção de um significado focado nas relações sociais e reais necessidades cotidianas. Tendo como aporte teórico a Teoria das Representações sociais e a Teoria do Núcleo Central, este estudo teve como objetivo geral analisar as representações sociais do ser saudável elaboradas por adolescentes, tendo como objetivos específicos apreender o conteúdo representacional do ser saudável e identificar os elementos estruturantes das representações sociais do ser saudável entre os sujeitos da pesquisa. O estudo foi desenvolvido em doze instituições escolares de ensino médio da rede pública de ensino de Vitória da Conquista, no primeiro semestre de 2011, através da aplicação de multimétodos de coleta de dados. 249 adolescentes responderam o Teste de Evocação de Palavras (TEP) e, dentre estes, 24 foram selecionados para participarem de entrevista, que fora gravada em formato digital e transcrita. Os dados referentes aos conteúdos representacionais, obtidos através da técnica de entrevista e interpretados à luz da técnica de análise de conteúdo, permitiram a construção de cinco categorias emergentes: Hábitos de Vida, Bem-estar, Sociocultural, Biomédica e Espiritualidade, com subcategorias associadas. Através das evocações do TEP e análise realizada com auxílio do software EVOC versão 2000, foi evidenciado a estrutura da representação, permitindo a identificação do núcleo central e elementos periféricos. Os elementos alimentação, atividade física e bem-estar, perfazem-se como prováveis elementos estruturais dessas representações, apontando para uma dimensão ampliada de saúde, envolta por aspectos relacionados a hábitos de vida saudáveis e bem-estar, classificando e denominando essas significações, incorporando a sua conduta e vivência. A representação do ser saudável entre adolescentes envolveu aspectos voltados à necessidade humana, significadas no conceito ampliado de saúde, expresso por alimentação, atividade física, qualidade de vida, estilo de vida, lazer, segurança, relacionamentos saudáveis, em suma, o viver bem. Como as representações sociais englobam o conjunto de proposições e explicações originadas na dinâmica das relações do cotidiano, os resultados apontam para a importância da reflexão sobre a multidimensão que envolve a representação do adolescente sobre ser saudável, e seus condicionantes, servindo de subsídio para compreensão e integração de saberes socialmente elaborado e efetivação de política de atenção ao adolescente.

Palavras-chave: Adolescência; Saúde; Representações sociais; Saúde do Adolescente.

ABSTRACT

This study is about the social representations elaborated by adolescents on the subject to be healthy and health care. Adolescence, understood as a period / psychosocial process of transition between childhood and adulthood, circumscribed and dependent on the social and historical dimension, constitutes itself as a phase of vulnerability related to the needs and problems concerning to health. Understanding the healthy human being from the perspective of adolescents corroborates on the construction of a meaning focused on social relations and real daily needs. Basing on the theoretical principle of Representations Theory and the Theory of Central Nucleus, this study sought to analyze in general, the social representations elaborated by adolescents about the healthy human, specifically aiming to learn about the representational content of it and identify the structural elements of these social representations of healthy beings among the research subjects. The study was conducted in twelve high schools in public institutions in Vitória da Conquista, in the first half of 2011, by applying a multi data method of collect. 249 adolescents responded to the Test of Words Evocation (TEP), and among these, 24 were selected to participate in an interview that was recorded digitally and transcribed. Data regarding the representational contents, obtained through the interview technique and interpreted in the essence of the analysis content, allowed the construction of five emerging categories: Habits of Life, Welfare, Sociocultural, Biomedical and Spirituality, with associated subcategories. Through the evocation of TEP and analysis using the software EVOC 2000 version, it was evident the structure of representation, allowing the identification of core and peripheral elements. The elements of diet, physical activity and welfare, make up as probable structural elements of these representations, pointing to an enlarged scale of health, surrounded by aspects related to healthy living and welfare, classifying and naming those meanings, incorporating in their behavior and experience. The representation of the healthy human beings by adolescents, involved aspects related to human need, meant in the broader concept of health, expressed by diet, physical activity, quality of life, lifestyle, leisure, safety, healthy relationships, in short, live well. As social representations are included in the set of propositions and explanations originated in daily dynamics of everyday, the results point to the importance of reflection on the multidimensional representation involving adolescent about being healthy and the conditionings, serving as support for understanding and integration of knowledge socially developed and effectiveness policy oriented for adolescents.

Keywords: Adolescence, Health, Social representations; Adolescent Health.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1. Relação das Instituições Escolares que serviram como cenário para pesquisa, Vitória da Conquista, Bahia, 2011	52
QUADRO 2. Perfil biosociodemográfico dos sujeitos da pesquisa, Vitória da Conquista, Bahia, 2011	65
QUADRO 3. Distribuição das categorias e subcategorias analíticas das representações do Ser Saudável entre adolescentes, Vitória da Conquista, Bahia, 2011	68
QUADRO 4. Síntese do resultado do teste de evocação de palavras ao estímulo indutor “ser saudável”, segundo sujeitos de estudo. Vitória da Conquista, Bahia, 2011.....	69
QUADRO 5. Características do sistema central e do sistema periférico de uma representação social	72
QUADRO 6. Extrato das unidades temáticas sobre alimentação, segundo sujeitos da pesquisa, Vitória da Conquista, Bahia, 2011	79
QUADRO 7. Extrato das unidades temáticas sobre atividade física, segundo sujeitos da pesquisa, Vitória da Conquista, Bahia, 2011	83
QUADRO 8. Extrato das unidades temáticas sobre cuidado coma saúde, segundo sujeitos da pesquisa, Vitória da Conquista, Bahia, 2011.....	86
QUADRO 9. Extrato das unidades temáticas sobre não usar drogas, segundo sujeitos da pesquisa, Vitória da Conquista, Bahia, 2011.....	88
QUADRO 10. Extrato das unidades temáticas sobre saúde, segundo sujeitos da pesquisa, Vitória da Conquista, Bahia, 2011.....	89
QUADRO 11. Extrato das unidades temáticas sobre corpo, segundo sujeitos da pesquisa, Vitória da Conquista, BAHIA, 2011.....	93
QUADRO 12. Extrato das unidades temáticas sobre estar sem estresse, segundo sujeitos da pesquisa, Vitória da Conquista, Bahia, 2011.....	97
QUADRO 13. Extrato das unidades temáticas sobre felicidade, segundo sujeitos da pesquisa, Vitória da Conquista, Bahia, 2011	99
QUADRO 14. Extrato das unidades temáticas sobre relacionamentos, segundo sujeitos da pesquisa, Vitória da Conquista, Bahia, 2011	100
QUADRO 15. Extrato das unidades temáticas sobre lazer, segundo sujeitos da pesquisa, Vitória da Conquista, Bahia, 2011	102

QUADRO 16. Extrato das unidades temáticas sobre segurança, segundo sujeitos da pesquisa, Vitória da Conquista, Bahia, 2011	103
QUADRO 17. Extrato das unidades temáticas sobre acompanhamento médico, segundo sujeitos da pesquisa, Vitória da Conquista, Bahia, 2011	105
QUADRO 18. Extrato das unidades temáticas sobre estar de bem com a vida, segundo sujeitos da pesquisa, Vitória da Conquista, Bahia, 2011	108

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1. Plano de análise.....	59
FIGURA 2. Esquema figurativo por ordem de evocação: identificação dos possíveis elementos do núcleo central das representações sociais do Ser Saudável entre adolescentes. Vitória da Conquista, Bahia, Abril/Julho 2011	73
FIGURA 3. Esquema figurativo por ordem de importância: identificação dos possíveis elementos do núcleo central das representações sociais do Ser Saudável entre adolescentes. Vitória da Conquista, Bahia, Abril/Julho 2011.....	76
FIGURA 4. Sinopse dos conteúdos das representações sociais do Ser Saudável entre adolescentes. Vitória da Conquista, Bahia, 2011.....	109
FIGURA 5. Sinopse da estrutura das representações sociais do ser saudável entre adolescentes, Vitória da Conquista, Bahia, 2011.....	112

LISTA DE TABELAS

TABELA 1. Associação livre ao estímulo Ser Saudável, por ordens de evocação e importância, entre 249 adolescentes Vitória da Conquista, Bahia, Abril/Julho de 2011	70
TABELA 2. Distribuição das unidades temáticas e percentual das subcategorias da categoria hábitos de vida, segundo população de estudo, Vitória da Conquista, Bahia, 2011	78
TABELA 3. Distribuição das unidades temáticas e percentual das subcategorias da categoria bem-estar, segundo população de estudo, Vitória da Conquista, Bahia, 2011	89
TABELA 4. Distribuição das unidades temáticas e percentual das subcategorias da categoria sociocultural, segundo população de estudo, Vitória da Conquista, Bahia, 2011	100
TABELA 5. Distribuição das unidades temáticas e percentual das subcategorias da categoria acompanhamento médico, segundo população de estudo, Vitória da Conquista, Bahia, 2011	104
TABELA 6. Distribuição das unidades temáticas e percentuais das subcategorias da categoria espiritualidade, segundo população de estudo, Vitória da Conquista, Bahia, 2011.....	107

LISTA DE ABREVIATURAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
GM	Gabinete Ministerial
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PROSAD	Programa de Atenção à Saúde do Adolescente
PSF	Programa Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRS	Teoria das Representações Sociais

SUMÁRIO

CONTEXTUALIZANDO O OBJETO DE ESTUDO	17
1.1 Aproximações com o Objeto de Estudo	17
BASE TEÓRICA.....	24
2.1 Adolescência: da construção conceitual à assistência integral a saúde	24
2.2 Ser saudável: um campo de saber em construção	35
2.3 Teoria das Representações Sociais	41
2.4 Teoria do Núcleo Central	47
METODOLOGIA.....	50
3.1 Tipo de pesquisa	50
3.2 Cenário da pesquisa	51
3.3 Participantes do estudo	53
3.4 Instrumentos e procedimentos de coleta de dados	54
3.5 Análise dos dados	57
3.6 Aspectos éticos da pesquisa	61
ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	64
4.1 Conhecendo o grupo social investigado	64
4.2 Ser saudável: desvelando o conhecimento do senso comum	67
4.3 Reconstrução do conhecimento do senso comum sobre ser saudável	108
CONSIDERAÇÕES FINAIS	113
REFERÊNCIAS.....	116

APÊNDICES	124
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	125
APÊNDICE B – Técnica de Evocações de Palavras e Questionário biosociodemográfico	127
APÊNDICE C - Roteiro da Entrevista Livre	131
ANEXOS	132
ANEXO A – Ofício de Aprovação do CEP/UES	133
ANEXO B – Parecer Consubstanciado do CEP/UES	134
ANEXO C – Ofício solicitação de coleta de dados - Diretoria Regional de educação da Bahia – Vitória da Conquista	135
ANEXO D – Autorização para coleta de dados - Diretoria Regional de educação da Bahia – Vitória da Conquista	136

(...) Gosto de ser homem, de ser gente, porque sei que a minha passagem pelo mundo não é predeterminada, preestabelecida. Que o meu “destino” não é um dado mas algo que precisa ser feito e de cuja responsabilidade não posso me eximir. Gosto de ser gente porque a História em que me faço com os outros e de cuja feitura tomo parte é um tempo de responsabilidade e não de determinismo. Daí que insista tanto na problematização do futuro e recuse sua inexorabilidade.

(Pedagogia da Autonomia - Paulo Freire)

CONTEXTUALIZANDO O OBJETO DE ESTUDO

1.1. APROXIMAÇÕES COM O OBJETO DE ESTUDO

Este estudo perpassa pela minha história de vida. Desde muito cedo, sempre estive engajado com crianças e adolescentes em atividades sociais, religiosas e esportivas, favorecendo a participação destes em atividades variadas. Pela afinidade com a área de atividade física fui impelido a ingressar no curso de Licenciatura Plena de Educação Física, na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), no ano de 1997.

Neste percurso, pude apropriar-me de uma gama de conhecimentos deste campo do conhecimento, bem como de habilidades, desenvolver competências, atributos e atribuições do professor enquanto elo no processo ensino-aprendizagem, transmitindo o conhecimento culturalmente sistematizado na área da educação formal, e, ademais, desempenhar a função social de mediador para a construção de identidades e indivíduos autônomos e críticos sociais dos conteúdos.

Milito no campo da educação física escolar, com crianças e adolescentes, no Ensino Fundamental e Médio. Nessa trajetória curta, interagimos de forma substancial, num processo de troca e feedback, que me auxilia na construção de minha trajetória profissional, engajada na transformação e na tomada de atitude.

Um sonho segundo me fez trilhar novos caminhos: ser profissional da nutrição. Adentrei num curso superior em nutrição, reconstruindo conceitos, paradigmas e me aproximando sobremaneira do campo da saúde pública, campo do conhecimento outrora negligenciado em minha formação em licenciatura.

Entretanto, esta dificuldade atrelou-se à minha proposição política em trabalhar com o setor público, enquanto desafio, fazendo-me beber de outras fontes, tendo como essência, componentes curriculares do curso de nutrição: Educação em Saúde, Epidemiologia, Direitos Humanos e Saúde, Saneamento e Saúde, dentre outras não menos importantes, que permitiram a apropriação de novos conhecimentos, a ampliação do olhar, e, sem sombras de dúvidas, transcender.

Na área da educação, mesmo compreendendo os multifatores envolvidos na dinâmica da vida social que refletem diretamente e substancialmente em nossas salas de aulas, nem sempre conseguimos considerá-los na elaboração de nosso

projeto político pedagógico. Os contextos envolvendo o extramuro escolar são pertinentes e merecem atenção também da área da educação.

O interesse por esta temática surgiu a partir do trabalho como docente desenvolvido ao longo de dez anos de atuação com adolescentes do Ensino Básico, em escolas públicas da Bahia. Partindo desse pressuposto, e pautado na educação física como um campo de conhecimento amplo, que engloba tanto a área da educação como da saúde, encontrei a primeira inspiração para o trabalho com este objeto/temática: a necessidade de compreender quais as práticas, conhecimentos e significados estão acessíveis na memória e construções coletivas em torno do processo de ser saudável entre adolescentes¹ e, concomitantemente, com os cuidados à saúde.

Unir a minha devoção, enquanto agente educador, com os preceitos da educação em saúde nada mais significou para mim do que ampliação do meu papel de sujeito de transformação, encaminhando-me a buscar um pressuposto multirreferencial para entendimento da complexidade e dinâmica da vida social, permeada de contextos, *sui generis*, de necessidade de intervenção.

Assim, fui instigado a buscar aprofundamento. Adentrei na especialização em Saúde Pública, na qual pude mergulhar e compreender, primariamente, a complexidade desta área, aprender através das interações pedagógicas entre multiprofissionais da área de saúde, e apreender as representações que os adolescentes têm do processo saúde-doença, em trabalho de conclusão de curso não publicado.

Posteriormente, no Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde Pública, pude reformular meu objeto de estudo, através da qualificação do referido projeto, trazendo-lhe uma nova vertente, focado na construção do conhecimento culturalmente transmitido nas bases do discurso do senso comum sobre o ser saudável.

Nesta vertente, surgiu o interesse em abordar essa temática, ao compreender a necessidade de apropriação dessas representações, envolvendo os comportamentos e as práticas relacionados ao cuidado com saúde no âmbito social. É neste universo que os adolescentes interagem, constroem e experienciam suas

¹O termo adolescente é utilizado no corpo do estudo enquanto substantivo, referindo-se, portanto, para ambos os sexos.

vidas, constituindo conhecimento imprescindível para o trabalho multidisciplinar nas áreas de educação e saúde, com ênfase no processo de educação em saúde.

A adolescência, encarada como uma fase marcada por excentricidades e complexidades, tanto do ponto de vista do desenvolvimento biológico e maturacional como da interação e inserção social, caracteriza-se por um período de vulnerabilidade no âmbito da saúde, necessitando de políticas intersetoriais que englobem multiaspectos da vida social, com ênfase em seu desenvolvimento pleno e autônomo.

Paradoxalmente, e de forma angustiante, é perceptível que a grande maioria das instituições de formação profissional na área de saúde ainda não incorporou em seus currículos conteúdos técnicos que capacitem o recém-formado a atender este grupo, com competência e habilidade, desprivilegiando-os em suas especificidades, nuances e necessidades.

A prática de cuidados e assistência ao adolescente apresenta-se como desafio, na medida em que diversos fatores coassociados estão imbricados nesse processo. Mudanças nos padrões de morbimortalidade para esta faixa etária, as ações e serviços (in) 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.

Nessa perspectiva, uma das possibilidades de intervenção no âmbito da atenção a saúde do adolescente vincula-se a interação de conhecimentos das áreas da educação e saúde, objetivadas num novo campo de conhecimento: a educação em saúde. Tomando esse paradigma enquanto fomentador de minhas aspirações, formulamos temáticas relacionadas ao conhecimento e práticas em saúde de adolescentes no contexto municipal, evidenciando suas dificuldades e possibilidades de atuação.

Segundo censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), o município de Vitória da Conquista conta com um significativo número de 55.505 adolescentes, perfazendo aproximadamente de 20% da população geral, sendo que a maioria destes está inserida na rede pública municipal, estadual e federal de ensino, constituindo uma parcela significativa da população economicamente ativa e que utiliza dos serviços de saúde, no âmbito dos três níveis de serviço.

Torna-se imprescindível a consolidação de uma política que possibilite o atendimento integral dessa parcela da população, com minimização de riscos e potencial de prevenção e promoção da saúde (BRASIL, 2005a).

Partindo desse pressuposto, considerar a representação do ser saudável entre adolescentes escolares, significa compreender o contexto em que eles se inserem e as construções advindas das interações sociais. Nesse ínterim, o campo de estudos da representação social urge como uma forma de conhecimento sistematizado em torno de um objeto social, possibilitando vislumbrar uma forma de apreensão da realidade desses adolescentes sobre temas específicos e pertinentes a suas vidas cotidianas.

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

As questões ligadas à saúde dos adolescentes têm sido predominantemente interpretadas segundo o paradigma biomédico, enfocando a adolescência como um fenômeno natural, universal, pautado num paradigma a-histórico e que não considera o contexto em que esse indivíduo está inserido. Torna-se imperativo uma ruptura e reorientação sobre o modo de encarar o ser adolescente, inserido-o histórico-socialmente, a partir de um conceito necessariamente plural, rompendo com essa dimensão naturalística (OLIVEIRA; EGRY, 1997).

Essa ruptura com práticas tradicionais, que os concebe como indivíduos em fase de transição, é emergente, sendo necessária a adoção de um modelo de atenção pautado na valorização do seu potencial pela sociedade como um todo, envolvendo o escutar, o refletir, o formular e avaliar em conjunto. Esta reorientação pressupõe a formação de um espaço de abertura para o adolescente exercer sua autonomia e que seja sujeito partícipe do processo de construção e amadurecimento.

Os campos de estudos sobre representações sociais e adolescência mantêm estreita ligação, na medida em que estas áreas do conhecimento vêm apresentando um aumento significativo de estudos e formulações teóricas nos últimos 30 anos,

como também o entrelaçar entre suas produções, evidenciando a pertinência das mesmas enquanto questões e fenômenos relevantes na contemporaneidade.

A Teoria das Representações Sociais (TRS) e a educação em saúde se entrelaçam nesse estudo, na medida em que envolvem aspectos relacionados à história do sujeito, sua cultura, crenças, valores, ideologias, atitudes, afetividade, dentre outros. O sujeito se reveste de um universo de significados que traduz e prediz como se apropria do conhecimento culturalmente produzido, influenciando seu modo de pensar, agir, transmitir.

Conceber o sujeito sob a ótica social dos significados é considerá-lo como detentor de um saber construído e partilhado socialmente pela interação (JODELET, 2001). Como a educação em saúde é entendida como uma prática cotidiana, que envolve os sujeitos da ação, profissionais e usuários, deve-se levar em consideração a produção cultural no contexto do cuidado (BITTENCOURT, 2010).

A relevância do presente estudo aponta-se na possibilidade de evidenciar as estruturas das representações que o adolescente tem do processo ser saudável no contexto do município de Vitória da Conquista, utilizando-se como aporte teórico a Teoria das Representações Sociais, postulada por Serge Moscovici em 1978, e a Teoria do Núcleo Central, formulada por Abric em 1994. Pautou-se na identificação, apreensão e análise das representações, o que subsidiou reflexões sobre a referida temática, contribuindo para o conhecimento e avaliação deste objeto social, elaborado na interação comunitária.

Frente ao exposto, foram delineadas as seguintes questões norteadoras: quais as representações sociais de adolescentes sobre ser saudável e de que forma essas representações interferem no cuidado a saúde?

Neste contexto, estabeleceram-se os seguintes objetivos:

Geral:

- ⇒ Analisar as representações sociais sobre ser saudável elaborada por adolescentes.

Específicos:

- ⇒ Identificar a estrutura das representações sociais sobre ser saudável;
- ⇒ Apreender o conteúdo representacional do ser saudável segundo a ótica dos adolescentes.

A subjetividade, tanto do tema como dos sujeitos envolvidos, nos traz inúmeros desafios e nos faz repensar nossa prática profissional centrada na cura das doenças e na necessidade de rompimento desse paradigma que exclui o indivíduo do ser humano e do plano do atendimento integral.

Que o desejo, as ideias, críticas, medos, o contraditório, as angústias e perspectivas sejam as vozes que não se deixam calar por parte dos adolescentes. Entender suas necessidades, valorizar um processo de educação em saúde que os tome enquanto seres imersos em contextos socioculturais próprios e que os torne sujeitos do processo de intervenção, que necessitam ser compreendidos para efetivação de sua atenção.

“O que está em questão é o sujeito social adolescente, um segmento populacional com demandas de saúde particulares e potencialmente privilegiadas na perspectiva de construção da cidadania.”

(José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres)

BASE TEÓRICA

2.1. ADOLESCÊNCIA: DA CONSTRUÇÃO CONCEITUAL À ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE

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. 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 (RAMOS; 2001; LIMA, 2008).

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).

No município de Vitória da Conquista os adolescentes perfazem um percentual de 18% da população, estando em consonância com os valores definidos para os níveis estadual e nacional, expressos por 19,1% e 17,9%, respectivamente.

Os termos derivados do latim, *adolescencia* e *adolescere*, compõem a origem etimológica do termo adolescência, com significado associado a crescer, crescer até a maturidade, sair da infância em direção ao mundo dos adultos (LIMA, 2008; ABERASTURY; KNOBEL, 1981).

Nas últimas décadas, evidencia-se a análise crítica sobre a construção social do conhecimento sobre adolescência/adolescente na área da saúde, objetivando apreender a questão enquanto ente historicamente constituído e multifacetado.

O caráter sociohistórico do surgimento e conceituação da adolescência é apresentado por Ariès (1978), que a analisa em sua complexidade, apontando que esta surgiu num processo histórico relativamente recente na sociedade moderna, acoplado a uma diversidade de formas de lidar com esta fase, entre sociedades e culturas distintas.

Ao final do século XIX e início do século XX, a adolescência surge associada a um conjunto de acontecimentos, enfocando a dependência do indivíduo,

correlacionados às mudanças e conquistas advindas a partir da Revolução Industrial, com ênfase na instituição do sistema educacional obrigatório e dos programas de atenção materno-infantil. Nessa perspectiva, a adolescência constitui-se num constructo social recente, reconhecendo-a enquanto etapa constitutiva, passível de entendimento e especificidades, englobando aspectos voltados às dimensões física, emocional, cognitiva e social (OLIVEIRA; EGRY, 1997).

Sobretudo no Ocidente, 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 Sociologia a encara como dependência da inserção do homem e em cada cultura; a Antropologia a concebe emblematicamente envolvida por ritos e passagens até o alcance da vida adulta; o Direito a engloba as articulações entre questões de menoridade e maioridade, conforme a legislação em vigor; para a Medicina, este período engloba o período do processo de crescimento e desenvolvimento, caracterizado por grandes transformações biopsicossociais (SAITO; QUEIROZ, 2008).

Para a Psicologia do Desenvolvimento, coexistem duas tendências voltadas à compreensão da adolescência: uma tendência que propõe a universalidade do estágio da adolescência, e outra tendência que concebe a adolescência por meio da inserção histórica e cultural (MARTINS; TRINDADE; ALMEIDA, 2003).

A partir da exposição de vários sentidos e significados que a adolescência desencadeia na dialética da vida, evidencia-se a gama de representações que são designadas a este estágio da vida humana, talvez daí advenham às dificuldades de entendimento, articulação e possibilidades de ação.

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; ROSENBERG, 1998). Esta tendência, muito marcante na área da saúde, também serviu como pressuposto para abordagem da medicina do adolescente. Estas autoras asseveram que

O reconhecimento da concepção de adolescência/adolescente presente no discurso da Saúde Pública, de forma hegemônica, como aquela enraizada no paradigma biomédico/ médico-biológico, leva-nos à presença de um projeto pedagógico (Projeto Social), que dá os contornos, o conteúdo moral, socialmente construído, que disciplina/dociliza os corpos para manter uma dada ordem no pensar e agir "adolescente" e, assim, possibilita prevenir os desvios durante o curso natural/social, que rumo para uma dada concepção de maturidade, quer dizer, a um dado perfil de adulto necessário para a continuidade da ordem natural-social instituída. (PERES; ROSENBERG, 1998, p. 83)

A adolescência constitui o período da vida humana entre a puberdade e a virilidade, contexto em que ocorrem as modificações corporais, sobretudo nas subjetividades e nas relações com o mundo que o rodeia, definindo-se enquanto período essencialmente de transição (NERY *et al.* 2011). É tomada, segundo essa matriz, como período universal e naturalizado, de transição, de desenvolvimento puberal e em que ocorre o quadro típico da *síndrome da adolescência normal*².

Nessa perspectiva, o paradigma que vem orientando, hegemonicamente, as justificativas teóricas e o desenho/delineamento das práticas de intervenção na área da saúde, inclusive no que diz respeito à adolescência/adolescentes, está pautado na matriz biologicista ou paradigma biomédico ou médico/biológico. Dessa forma, a adolescência vem sendo naturalizada, universalizando-a e ocultando todo o seu processo social.

Em estudo analítico realizado por Bock (2004) sobre as concepções de adolescência presentes em livros destinados a orientar pais e professores, a mesma salienta que prevalecia a perspectiva de adolescência pautada nos pressupostos da fase natural do desenvolvimento humano, que desabrocha ao final da infância e antes da vida adulta como contexto normativo. A referida autora aponta que

É da natureza do homem e de seu desenvolvimento passar por uma fase, como a adolescência. As características dessa fase, tanto biológicas quanto psicológicas, são naturais. Rebeldia, desenvolvimento do corpo, instabilidade emocional, tendência à bagunça, hormônios, tendência à oposição, crescimento, desenvolvimento do raciocínio lógico, busca da identidade, busca de independência, enfim todas as características são equiparadas e tratadas da mesma forma, porque são da natureza humana. (BOCK, 2004, p. 36).

² A *Síndrome Adolescência Normal* foi desenvolvida por Aberastury; Knobel (1981).

Em contrapartida, Martins, Trindade e Almeida (2003) apontam outra tendência, cujo referencial teórico embasa-se nas ciências sociais, concebendo a adolescência como categoria sociocultural, de origem histórica, destituída do sentido de universalidade atribuída pela tendência naturalizante.

Atualmente, a OMS considera a adolescência enquanto 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).

Se a fase da adolescência não pode ser restringida a uma fase de 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. Comporta 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).

Ruzany (2008) aponta que, essa tendência de ver a adolescência como “um período de transição” favorece uma visão estereotipada do ser adolescente, refletindo na negligência ao atendimento das necessidades desta população, bem como ao desrespeito e exigência, muitas vezes inadequada, quanto ao cumprimento de seus deveres e direitos como cidadão.

Horta (2006) ratifica que a adolescência deve ser encarada como uma forma de ser e estar no mundo. Propõe, assim, haver a existência não apenas de uma idade cronológica, mas de um adolescer que é individual e que só podemos saber se uma pessoa está vivenciando-o por intermédio da leitura e reflexão do discurso sobre o modo pelo qual está inserido e experienciando seu próprio mundo-vida.

Ramos (2001, p. 14) corrobora com tal acepção, afirmando que

A adolescência compreendida para além da sua demarcação temporal, incorpora a ideia d³ adolescente como protagonista na construção de seu processo de vida pessoal e coletivo, o que lhe confere um potencial de emancipação, autonomia e responsabilidade social.

³ Símbolo utilizado pela autora para designar ambos os sexos.

A adolescência deve ser entendida como um período e um processo psicossociológico de transição entre a infância e a fase adulta, dependentes e circunscritas nas dimensões sociais e históricas da formação do sujeito. Esse processo de delineamento da formação do sujeito para a construção de uma identidade permite a incorporação de papéis determinados dentro da nossa sociedade, seja no plano individual, sexual, familiar, laborativo e das relações interpessoais como um todo.

Historicamente, a institucionalização de políticas de atenção à saúde do adolescente, tanto no Brasil como na América Latina e Caribe, iniciou-se a partir do final da década de 70 do século XX, por intermédio da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), num cenário em que a reforma sanitária ramificava-se de forma concisa e emergente. Antes desse período, caracterizava-se pela adoção de medidas pautadas na ênfase do tratamento da doença, sendo o adolescente privado do processo de transmissão de necessidades de cuidados e intervenções (BRASIL, 2005b; PERES; ROSENBERG, 1998; FERRARI; THOMSON; MELCHIOR, 2006; 2008).

Estas medidas caracterizavam-se pela orientação do modelo médico-hospitalar, desenvolvido por iniciativas localizadas e não como parte de uma política nacional, em que os esforços estavam inteiramente ligados ao tratamento da doença.

As políticas públicas dirigidas à população jovem brasileira evoluíram de forma significativa nos últimos 20 anos. Rios *et al.* (2002) argumenta que estes avanços se expressam de forma concreta a partir da criação do Conselho Nacional da Criança e do Adolescente, no início da década de 1980; com a normatização e implementação do Programa da Saúde da Mulher, em 1984; a implementação do Programa de Atenção à Saúde do Adolescente (PROSAD), em 1989; o Programa de Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis e do HIV/AIDS (1999) até a inserção da educação sexual nos parâmetros curriculares nacionais na segunda metade da década de 1990.

A criação do PROSAD constitui-se como primeiro programa específico para esta clientela. Este programa, instituído através da Portaria n. 980/GM do Ministério da Saúde, em 1989, fundamenta-se enquanto política de promoção da saúde, devendo ser

Executado dentro do princípio da integralidade das ações de saúde, da necessária multidisciplinariedade no trato dessas questões e na integração intersetorial e interinstitucional dos órgãos envolvidos, respeitando-se as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), apontadas na Constituição Brasileira (BRASIL, 1989a, p. 11).

Assim, a atenção integral à saúde urge como um dos princípios do SUS, servindo como dispositivo legal para assegurar a atenção à saúde, integrando atos preventivos e curativos, individuais e coletivos, envolvendo os diferentes níveis de complexidade, bem como a própria compreensão dos indivíduos e das coletividades em suas singularidades.

Articulado à atenção primária à saúde, o PROSAD é dirigido a todos os adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos de idade, tendo a integralidade como seu princípio prioritário, caracterizando-se pelo enfoque preventivo e educativo, visando à garantia de acesso à saúde, com ações de caráter multiprofissional, intersetorial e interinstitucional (BRASIL, 1993).

O Programa de Saúde do Adolescente concebe o adolescente 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).

Ao longo desses 20 anos, este Programa foi englobando várias áreas de ações programáticas dirigidas ao adolescente, tais como: o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, enfoque da sexualidade, da saúde bucal, mental, reprodutiva, saúde escolar, abordagem sobre a prevenção de acidentes, maus tratos, relação familiar, acesso ao trabalho à cultura, ao esporte e ao lazer.

O princípio básico para a atenção integral ao adolescente deve estar focado na organização do serviço com abordagem multiprofissional, através de um sistema hierarquizado que possa garantir a referência e contrarreferência nos diferentes níveis de complexidade da assistência, com ênfase na participação da equipe em palestras, grupos do serviço, visitas domiciliares e outras atividades externas, tomando-o como ser biopsicossocial, respeitando-se múltiplos aspectos: biológicos, emocionais e socioeconômicos (BRASIL, 1993; 2008).

Outra política relacionada à atenção ao adolescente é o Programa Saúde na Escola (PSE), instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, que pauta-se na integração intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação, na perspectiva de atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e jovens no âmbito do ensino básico público, em consonância com as ações de saúde desenvolvidas pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) nas unidades básicas de saúde adstritas (BRASIL, 2007).

De acordo com tal política, o PSE prevê a articulação de ações em saúde na escola, apresentada por componentes ou áreas temáticas agrupadas de acordo com a natureza das ações, como avaliação das condições de saúde dos estudantes, ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, formação de profissionais e jovens para atuarem como multiplicadores, monitoramento da saúde dos estudantes e o monitoramento do próprio programa.

A escola é um espaço privilegiado para a captação dos adolescentes e jovens porque agrega grande parte dos adolescentes e jovens da comunidade, configurando-se como um espaço de socialização, formação, informação e promotora de mudança de comportamento.

Tanto o PROSAD como o PSE vem passando por reformulações, revisão e questionamentos pela política nacional, estadual e municipal da área, já que boa parte das diretrizes do plano normativo não vem sendo respeitada. O que se observa nos serviços de saúde é a ausência de implantação de programas voltados para o atendimento dessa clientela, e, quando acontece, o mesmo não trabalha o indivíduo na sua dimensão biopsicossocial, é enfatizada por uma atenção estritamente biológica e curativa.

Na contemporaneidade, a prática de cuidados e assistência ao adolescente apresenta-se como desafio, tanto no plano institucional como na formação profissional, na medida em que diversos fatores coassociados estão imbricados nesse processo.

A reorientação do modelo de atenção e práticas tradicionais; mudanças nos padrões de morbimortalidade para esta faixa etária; as relações familiares, sociais e educacionais; a interação adolescente-profissional, pautado nos princípios da ética, da garantia da privacidade, confidencialidade e sigilo; a garantia de prioridade para os adolescentes nas unidades de saúde; as características inerentes ao adolescer e às questões de gênero; adequação dos serviços e ações de saúde para favorecer a

captação e adesão dos adolescentes, priorizando as atividades de grupo e a promoção da saúde; a condição socioeconômica dos adolescentes, dentre outros, designam a complexidade que envolve o cuidado ao adolescente (TRAVERSO-YÉPEZ; PINHEIRO, 2002; BRASIL, 2005c; TAQUETTE *et al.*, 2005; HORTA, 2006; LOUCH; CLOLET; GOLDIM, 2007; CROMACK; BURSZTYN; TURA, 2009; CORRÊA; BURSZTYN, 2011).

Alguns estudiosos apontam ainda para o que denominam de cerne das discussões nesse campo de estudo, explicitado pela representação que este indivíduo tem do processo saúde-doença, configurando-se como um guia de comportamentos e atitudes a respeito do saber prático e socialmente construído, contribuindo para avaliação, planejamento e efetivação de programas voltados à saúde do adolescente (CLARO *et al.*, 2006; CROMACK; BURSZTYN; TURA, 2009).

Aliado a este fato, soma-se a construção generalista de uma concepção homogênea de adolescente, o que implica, concomitantemente, numa abordagem de normatização de conduta e atendimento, em que os mesmos são encarados enquanto meros receptores, constituindo-se dessa forma, como um dos entraves para a consolidação da política de forma concreta.

Os sujeitos não devem ser encarados enquanto meros receptores passivos de informação ou seguidores de ideologias e crenças coletivas, mas sim enquanto pensadores ativos que criam e recriam representações e soluções específicas para as necessidades provenientes das relações sociais do cotidiano (MOSCOVICI, 2009).

Esta forma de olhar o adolescente, de forma limitada e simplória, constitui-se como um dos problemas essenciais no dia-a-dia da assistência, resultando na dificuldade de entendimento da complexidade do adolescer e diversidades culturais existentes. O adolescente traz em seu bojo necessidades para a atenção à saúde que não se restringem à área da saúde (no sentido restrito de tratar doenças), o que exige a articulação com outros setores.

Compreender tal 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). Há uma necessidade de conhecer melhor essa população, as demandas que se apresentam, aliado a necessidade de ampliar a noção de saúde, pensar na prevenção de agravos

e promoção de saúde e num segundo momento estabelecer a interlocução necessária com outros setores, outras políticas (CASTRO, 2009; VIEIRA; ROSENBERG, 2010).

Segundo Horta (2006), a necessidade de reorientação deve perpassar também o acolhimento e a escuta, bem como uma nova forma de pensar o adolescente, sendo o elo diferencial para o rompimento com uma assistência fragmentada e pontual a este grupo populacional, ancorada no preceito biologicista. O profissional deve estar aberto ao diálogo, possibilitando a autonomia do ser adolescente e a construção de uma relação intersubjetiva entre adolescente-profissional de saúde, garantindo a identificação, o vínculo e a adesão.

Ruzany (2008) corrobora com tal afirmação, apontando que, mesmo com rompimento com práticas tradicionais e a incorporação de metodologias de atuação interdisciplinar superadoras, ainda persistiram os grandes problemas de saúde da população adolescente, já apontados pela OMS, tais como: média do Índice de Massa Corporal (IMC) dos adolescentes abaixo do índice de países desenvolvidos; uso abusivo de drogas como fumo, álcool, maconha dentre outras; suicídio e depressão; aumento da morbimortalidade decorrentes de situações de risco como acidentes, violência, gravidez e dst/aids dentre outros.

Assinala, em suma, a necessidade de reorientação das práticas e ações, rompendo com o paradigma tradicional de tratamento ao indivíduo a partir de seus sintomas/doenças, e enfatizando a adoção de programas que respeitem a heterogeneidade desta população (idade, gênero, ambientes relacionais, educação, moradia, situação econômica) e evidenciem a atenção integral.

É necessária a adoção de um enfoque que privilegie a promoção da saúde e a participação juvenil efetiva, rompendo com o paradigma do modelo normativo, no qual os sujeitos envolvidos, adolescente e profissional, representam papéis preestabelecidos, sem participação efetiva no processo de planejamento, desenvolvimento, divulgação e avaliação das ações (BRASIL, 2005c; RUZANY, 2008).

Os profissionais de saúde devem transcender os conhecimentos científicos sobre agravos e riscos a saúde, buscando compreender o adolescente em sua individualidade. Esta necessidade coloca a ampliação da ação social, favorecendo entre outras coisas, a construção de parcerias com outros setores.

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).

Nessa perspectiva, compreender as nuances que envolvem as representações, comportamentos e aspirações dos adolescentes se faz necessário, como elo para o aprimoramento de programas de atenção à saúde destes sujeitos, pois, a adolescência é uma construção social e histórica.

Para o planejamento e organização das ações de assistência ao adolescente deve-se partir, *a priori*, de um diagnóstico diferencial, tendo em vista as peculiaridades que permeiam o universo do adolescer, que devem estar expressas por informações sobre: características dos adolescentes residentes na região, informações sobre perfil epidemiológico e de risco dos mesmos, características das famílias e das condições de vida, adequação dos serviços de saúde às necessidades específicas de adolescentes e jovens, respeitando as características da atenção local vigente e os recursos humanos e materiais disponíveis, bem como informações subjetivas (desejos, valores, insatisfações, ídolos, vínculos com a família, amigos, dentre outros).

A priorização dos adolescentes, tais como de crianças, mulheres e idosos, depende da adoção de um enfoque que privilegie a promoção da saúde e as atividades voltadas para o coletivo. Trata-se, assim, de resguardar-se o enfoque de saúde integral, com ênfase na vigilância do crescimento e desenvolvimento (BURSZTYN, 2008).

É imprescindível que a equipe possa dispor de dados sobre as representações e construções coletivas históricas, enraizadas na comunidade e que irão refletir diretamente no processo de adolescer, considerando o adolescente enquanto ser biopsicossocial, enfocando os aspectos biológicos e também os emocionais e socioeconômicos, dentro de uma abordagem integral.

O adolescente focado no presente estudo está relacionado àquele ser em construção a partir das relações e interações viáveis no contexto em que se insere, permeado de variáveis de ordem econômica, social e cultural, influenciando seu modo de pensar, proceder e representar o seu mundo e suas necessidades.

Esta identidade é a imagem que o sujeito tem de si, e ela permanece constante e reconhecível apesar das mudanças evolutivas e dos vários papéis sociais que venha a desempenhar. Neste processo, a identidade, a sexualidade, o grupo de amigos, os valores, a experiência e a experimentação de novos papéis tornam-se importantes nas relações do adolescente com o seu mundo. Nessa fase, o adolescente procura se definir por meio de suas atividades, de suas inclinações, de suas aspirações e de suas relações afetivas (MARTINS; TRINDADE; ALMEIDA, 2003).

Entender, através da comunicação, quais os significados construídos socialmente por estes indivíduos é fundamental para compreensão de fenômenos que os envolve na dinâmica social, possibilitando uma introdução em seu mundo, permeado de conflitos e estruturação de comportamentos. As diversas variáveis envolvidas na construção da adolescência são forjadas na construção histórica, o que possibilita concebê-la como fenômeno plural, tendo mais de uma forma de viver a adolescência.

Enfatizando o conjunto de conceitos, proposições e explicações produzidas na vida cotidiana e sedimentadas no transcurso da comunicação entre os indivíduos, a representação social, por ser partilhada por um conjunto de indivíduos, concebe uma análise do processo universal dos mesmos, envolvidos na teia da interação social, em intensa e dinâmica construção na teoria sobre objetos sociais, viabilizando a comunicação e a organização dos comportamentos (VALA; MONTENEGRO, 2000).

A utilização dos pressupostos da TRS torna-se possível como uma estratégia de investigação que tome o adolescente enquanto ser social em intensa transformação e os domínios de conhecimentos que convergem para este entendimento, possibilitando uma reflexão sobre necessidades e práticas no campo da saúde. Essa *“realidade social expressa, como a entende a teoria das Representações Sociais, é criada apenas quando o novo ou não familiar vem a ser incorporado aos universos consensuais”* (SÁ, 1993, p. 37).

Assim, a TRS fornece um arcabouço teórico-metodológico imprescindível para a apreensão dos processos e funções envolvidos na construção coletiva deste grupo de pertença, favorecendo um maior conhecimento sobre as representações e o sentido do senso comum que envolve o sujeito adolescente, representadas numa matriz científica.

2.2. SER SAUDÁVEL: UM CAMPO DE SABER EM CONSTRUÇÃO

A definição de saúde é complexa e notória em nossa sociedade. Diversas são as entidades que tentam abarcar este entendimento num conceito único, plural. Saúde exprime uma relação que perpassa pelo corpo individual e social, confrontando com as turbulências do ser humano enquanto ser total.

Dessa forma, o processo saúde-doença compreende todos os condicionantes e variáveis que estão inter-relacionados historicamente às questões da doença e saúde, denotando 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).

O processo saúde-doença representa o conjunto de relações e variáveis que produz, influencia e/ou condiciona o estado de saúde-doença de um indivíduo, família e comunidade. Assim, acompanha a dinâmica sociocultural em que a sociedade está inserida e tem se modificado historicamente durante o desenvolvimento da humanidade. Em momentos determinados pela história humana, sempre esteve ligado ao conhecimento produzido, acumulado e perpassado pelos paradigmas que regem a vida social.

Para compreender este processo, faz-se necessário uma abordagem histórica do processo saúde-doença, intrinsecamente correlacionada aos contextos em que os indivíduos estão inseridos, abarcando os ditames da família, trabalho, lazer, moradia, dentre outros.

Em seus primórdios, a relação e compreensão da saúde-doença estiveram ligadas enquanto fruto de fenômeno sobrenatural, provenientes de fluídos orgânicos, de fenômenos ambientais ou determinação de miasmas. Englobavam nuances e significações pautados numa perspectiva unicausal, que explicavam a magnitude desta no contexto vigente.

Com o desenvolvimento das pesquisas de Louis Pasteur, deu-se início a uma nova compreensão do processo saúde-doença, pautada na superação da teoria da unicausalidade. Com o desenvolvimento do modelo de História Natural das Doenças, proposto por Leavell e Clark, em 1976, rompe-se com o modelo biomédico clássico até então vigente, incorporando o reconhecimento da saúde-doença como um processo de múltiplas e complexas determinações.

Na contemporaneidade, com a ascensão da teoria da multicausalidade e advento da epidemiologia, o entendimento do processo saúde-doença como estados de um mesmo processo, composto por fatores biológicos, econômicos, culturais e sociais, emerge como paradigma concreto e contextualizado (LIMA *et al.*,2008).

O conceito de saúde e de doença desenvolveu-se historicamente, respondendo as necessidades dos contextos sociohistóricos em questão, atreladas ao conhecimento produzido e disseminado socialmente, atendendo ou não a pensamentos hegemônicos.

O modelo hegemônico médico-assistencial-privatista que imperou em meados do século passado em todo o mundo, em especial no Brasil, foi o responsável pela consolidação da ideia de saúde como ausência de doença (TEIXEIRA; PAIM; VILÂSBOAS, 1998), que se constitui como um ponto chave para o entendimento das representações e, concomitantemente, formulações de políticas voltadas para a assistência à saúde, de um modo geral.

No que tange ao adolescente, 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.

Em 1948 a OMS definiu saúde como “completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”. Pautado nos ideais da promoção da saúde, preceito discutido e difundido mundialmente a partir da 1ª Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em de Alma-Ata, em 1978, e posteriormente, com a realização de Conferências Internacionais e Regionais (Ottawa, 1986; Sundswal, 1991; Santa Fé, 1992; Jacarta, 1997, entre outras) foram definidos marco referencial para adoção do conceito de saúde como direito humano fundamental, tornando-se bandeira de luta pela melhoria das ações e serviços em saúde, expressos por políticas de saúde abrangentes e socialmente necessárias (PINHEIRO; MATTOS; CAMARGO JR., 2003; HEIDMANN *et al.*,2006; KANTORSKI *et al.*,2006; BRASIL, 2009).

No Brasil, com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, foi possível materializar a discussão histórica a respeito da saúde, contemplando-a no relatório final, que se institui como um dos desdobramentos dessa conferência,

corroborando e servindo de base à elaboração da Seção da Saúde da Constituição Federal de 1988, designando a saúde como direito da cidadania e dever do Estado, e incorporando um conceito ampliado de saúde. No artigo 196 da Constituição Federal, lê-se que

“Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de agravos e ao acesso universal e igualitário às ações de serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1989b)

A Constituição Federal considera o processo saúde-doença como resultante de fatores bio-psíquico-sociais. A Lei orgânica nº 8080/90 ratifica tal preceito voltado à noção ampliada da saúde, apontando em seu art. 3º *“saúde tem como determinantes e condicionantes, entre outros: alimentação, moradia, saneamento, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais, os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país”* (BRASIL, 2005b).

A saúde vai abranger o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, com regionalização e hierarquização, descentralização com direção única em cada esfera de governo, participação da comunidade e atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas (TEIXEIRA; PAIM; VILÂSBOAS, 1998).

Com a instituição do PROSAD em 1989, reconhece-se que *“os adolescentes têm direito à saúde, sendo dever do Estado possibilitar a este acesso, de forma universalizada, hierarquizada e regionalizada, dentro dos preceitos do SUS.”* (BRASIL, 1989a).

O conceito de saúde e de doença não pode ser entendido numa visão estritamente biológica, de causa e efeito, e sim numa visão ampliada, em que permeiam multidimensões relacionadas à vida humana e a formação do homem enquanto ser histórico.

Ser saudável, nesta perspectiva, envolve um espectro abrangente, composto por várias nuances do viver humano relacionado à educação, cultura, condições socioeconômicas, aspectos psicológicos, biológicos, comportamentais e qualidade de vida.

O preceito de qualidade de vida relacionada à saúde, que nas últimas décadas tem sido enfatizado em âmbito internacional, apoia-se nas necessidades

humanas fundamentais, materiais e espirituais, que são influenciadas por experiências pessoais, crenças, expectativas e percepções (BOERY; GUTIÉRREZ 2008). Qualidade de vida e saúde deve ser considerada como algo intrínseco, que só pode ser avaliado pelo próprio sujeito, mas que apresenta uma faceta de vinculação e construção social.

No campo das representações sociais, a investigação no âmbito da saúde tem se mostrado em constante evolução nas últimas décadas. Para Jodelet *apud* Tomaim; Rodrigues; Lima (2007, p. 4) 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”.

Um dos estudos mais importantes deste bojo foi desenvolvido pelo pesquisador Claudine Herzlich, em meados da década de 60 do século XX na França, no qual investigou as representações sociais da saúde e da doença. Para este autor, a conceituação de saúde foi elaborada segundo dimensões que vão do puramente orgânico, entendido simplesmente como “ausência de doença”, ao social, concebida como estado de busca de “equilíbrio”, correspondendo à possibilidade do indivíduo dominar da melhor maneira as pressões e exigências da vida social, referindo-se a saúde no seu sentido mais elevado, compreendendo a noção de bem-estar positivo (ADAM; HERZLICH, 2001).

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.

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

A alimentação inadequada, o sedentarismo, as condutas sexuais inapropriadas, as aspirações sociais e conquistas no campo do trabalho, dentre outros fatores não menos expressivos correlacionados ao desenvolvimento de

alterações orgânicas, remetem os adolescentes a um padrão epidemiológico significativo de riscos, caracterizando-os como indivíduos altamente propensos a agravos à saúde, em curto e longo prazo.

Segundo Claro (2006), as alterações orgânicas, advindas do estilo de vida inadequado, irão constituir-se em fatores de risco para doenças, principalmente quando adultos, devido ao comportamento de risco ser cada vez mais natural. Aliado a este fato, deve-se considerar também os agravos à saúde prevalentes na adolescência, que refletem a realidade em que vivem e as práticas adotadas no seu estilo de vida cotidiano.

Para Erdmann *et al.* (2009, p. 23) 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.

A compreensão do que venha a ser saudável por parte dos adolescentes é de fundamental importância para compreensão do processo de viver deste grupo, em especial, creditando um olhar mais abrangente sobre suas interações, sobre suas vivências.

Em trabalho de conclusão de curso não publicado realizado por Santos (2010a) com adolescentes de Vitória da Conquista, verificou que estes não dispunham de muitas opções de saúde, lazer, cultura e inserção no mercado de trabalho; em relação à saúde, a maioria dos entrevistados avaliou o estado de saúde como bom, e apontou como as maiores dificuldades enfrentadas no setor saúde, o atendimento dos serviços públicos, a falta de políticas específicas de atenção à saúde do adolescente e a não disponibilização de projetos voltados para o adolescente.

Erdmann *et al.* (2009) afirma que, para a compreensão do significado do ser e viver saudável, é necessária a adoção de um gerenciamento de práticas criativas e inovadoras de cuidado em saúde voltadas para a promoção e educação em saúde, levando em conta a complexidade e singularidade de cada ser humano em seu contexto real e concreto.

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.

A necessidade de uma abordagem específica para atendimento de adolescentes é enfatizada por Horta (2006), na medida em que se torna fundamental adentrar no universo desses adolescentes e compreender o jeito de ser e estar no mundo desses sujeitos, para que os programas voltados a esta população se tornem efetivos, para além do discurso, com repercussões na qualidade de vida, na saúde integral e na felicidade desses jovens. Conhecer as representações de saúde do adolescente é tarefa importante para as equipes de saúde e para os formuladores de políticas. A autora destaca que

É preciso repensar as ações de saúde voltadas para os adolescentes, considerando que eles precisam não somente de informações sobre saúde sexual e reprodutiva, mas de ações integradas que promovam mudança de comportamento por meio da valorização do indivíduo como um ser social, com suas peculiaridades e vivências singulares (HORTA, 2006, p.23).

A concepção sobre saúde e seus condicionantes por parte dos adolescentes, bem como a apreensão por parte dos profissionais sobre esse fenômeno, é de fundamental importância para o desenvolvimento de ações conjuntas para prevenção de doenças e promoção da saúde da coletividade (NERY *et al.* 2009).

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 sobre a construção cotidiana sobre esta temática por parte de adolescentes.

Nessa perspectiva, considera-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 benévolas ao seu desenvolvimento individual e coletivo.

2.3. TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

A Teoria das Representações Sociais, escolhida como elo central para o conhecimento das nuances do problema referido, está pautada na construção do pensamento moscoviciano, que a enfoca, invariavelmente, como a elaboração de um objeto social pela comunidade, permitindo tratar os fenômenos observáveis a diversas óticas, numa perspectiva psicossocial: cognitivos, informativos, de opinião, de valores, ideológicos, crenças, atitudes e outros.

A origem do conceito da representação social tem início a partir de estudos sobre as tradições clássicas em relação à cognição social desenvolvido por Durkheim no início do século XX (NÓBREGA, 2001). Rompendo com o pensamento Durkheimiano, marcado pela dicotomia entre as representações coletiva e representações individuais, Moscovici propõe uma teoria pautada na psicologia do conhecimento, transformando-a numa forma de conhecimento socialmente elaborada e partilhada.

A Representação Social, que tem como próprio objeto de estudo o senso comum, é delineada por Moscovici a partir de sua tese de doutorado intitulada *Psychanalyse: son image et son public*, publicada em 1961, definindo os parâmetros de uma análise científica do senso comum, atribuindo lógica a este conhecimento anteriormente negligenciado, pressupondo-o enquanto fenômeno que caracteriza uma forma de conhecer o mundo imbricado num objeto social (NÓBREGA, 2001).

A representação social pode ser definida como um

Sistema de valores, de noções e de práticas tendo uma dupla tendência: antes de tudo, instaurar uma ordem que permite aos indivíduos a possibilidade de se orientar no meio ambiente social, material e de o dominar. Em seguida, de assegurar a comunicação entre os membros de uma comunidade propondo-lhes um código para as suas trocas e um código para nomear e classificar de maneira unívoca as partes do seu mundo de sua historia individual ou coletiva (MOSCOVICI, 1978 *apud* NÓBREGA, 2001, p. 70).

Como tentativa de sistematização do campo de estudo, Jodelet (2001, p. 32) propõe uma definição amplamente aceita, expressando as representações sociais *como uma forma de conhecimento socialmente elaborada e partilhada, tendo uma visão prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social.*

Delineada enquanto teoria descritiva e conceitual, a teoria da representação social enfocada no presente estudo está pautada na investigação advinda de um pressuposto psicossociológico, que engloba dois domínios: do objeto social e do estudo e compreensão da representação do ser saudável entre adolescentes escolares. 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).

Para este autor, a diversidade de utilização da representação social enquanto teoria de análise está relacionada às múltiplas facetas do próprio conceito de representação social. Nessa perspectiva, este autor aponta que a representação social pode ser concebida, por um lado, como um processo social de comunicação e discurso, ao passo que, por outro, como atributos e estruturas de conhecimento individualmente acessíveis, embora compartilhadas.

Este autor aponta que, de acordo com uma visão coletiva, a representação social deve ser enfocada como um processo público de criação, elaboração, difusão e mudança do conhecimento compartilhado no discurso cotidiano dos grupos sociais, pois a *“representação social é definida como a elaboração de um objeto social pela comunidade”* (MOSCOVICI, 1963 *apud* WAGNER, 2000, p. 4).

A representação é um guia para a ação, ela orienta as ações e as relações sociais. Ela é um sistema de pré-decodificação da realidade porque ela determina um conjunto de antecipações e expectativas (WAGNER, 1998).

Sendo a representação social não pode ser compreendida enquanto processo cognitivo individual, pois é produzida na interação das relações e comunicações sociais. Para tornar algo não familiar em algo familiar, isto é, de tornar conhecido àquilo que é desconhecido, é necessário apropriar-se, a partir de uma abordagem dinâmica da realidade, de processos formadores em que se fundamentam as representações sociais. Assim, a formação das representações sociais é decorrente

de dois processos intrinsecamente ligados: a objetivação e a ancoragem (NÓBREGA, 2001; SÁ, 1993).

A objetivação, que mantém estreita relação entre sujeito e objeto representado, consiste funcionalmente em dar materialidade a uma ideia abstrata, corporificando os pensamentos e transformando o que é representado em objeto. Está relacionado à organização dos elementos da representação e ao percurso que este sofre até materializar-se, transformando-se em expressão de uma realidade natural.

O processo de objetivação está pautado em três fases constituintes: a primeira é a *construção seletiva da realidade*, mecanismo no qual o objeto de representação é selecionado e descontextualizado, permitindo a retirada apenas dos elementos concebidos enquanto fatos próprios ao universo do senso comum. Tal seleção e reorganização da representação estão fundamentadas em critérios normativos e de valores grupais e culturais (VALLA, 2000; JODELET, 2001; NÓBREGA, 2001).

A segunda fase consiste na *esquematização estruturante*, que corresponde à organização dos elementos em torno de um núcleo, assegurando uma estabilidade à estrutura representada, na medida em que “*é a formação de uma estrutura de imagem que reproduz uma estrutura figurativa ou conceitual*”. A última fase, definida como *naturalização*, corresponde ao processo de materialidade propriamente dita, adquirindo evidência na realidade e no terreno do senso comum, tornando-o uma entidade autônoma, transformando o abstrato em concreto (VALLA, 2000).

Não obstante, o processo de ancoragem, dialeticamente articulada com a objetivação, consiste na integração cognitiva do objeto representado com um sistema preexistente e nas transformações implicadas. Este processo promove a inserção do que é estranho no pensamento constituído, classificando e nomeando algo, assimilando e acomodando as informações. Ela tem como função fornecer um contexto inteligível ao objeto e interpretá-lo, classificando-o e denominando-o (JODELET, 2001; SCHUCH *et al.* 2008).

A classificação se dá mediante ideias prévias que temos em nossa memória, na qual inserimos o novo objeto, comparamos com protótipos ou paradigmas preexistentes, incluindo-a ou não na classe em questão, e, por conseguinte, denominá-la por palavra conhecidas ou construídas, localizadas dentro de nossa cultura (NÓBREGA, 2001).

A ancoragem implica em tornar familiar o não familiar. Assim, os novos objetos, percebidos como desconhecidos, são ancorados com base em conhecimentos, práticas, crenças, valores anteriores ao sujeito. “*Ancorar é, pois, classificar e dar nome a alguma coisa. Coisas que não são classificadas e que não possuem nome são estranhas, não existentes e ao mesmo tempo ameaçadoras*” (MOSCOVICI, 2009, p. 61).

A ancoragem também é organizada em três condições estruturantes: primeiramente, a *atribuição de sentido*, através de uma articulação e hierarquização de redes de significações em valores já existentes na cultura; a *instrumentalização do saber*, que confere funcionalidade à estrutura da representação em meio à realidade; e, por fim, o *enraizamento no sistema do pensamento*, consistindo na coexistência dos processos de ‘incorporação social da novidade’ e da ‘familiarização do estranho’ (NÓBREGA, 2001).

A objetivação e a ancoragem perfazem-se enquanto processos de formação das representações sociais, imbricados e articulados entre a atividade cognitiva e as condições sociais em que são forjadas as representações. A função central das Representações Sociais é ancorar os sujeitos no mundo, permitindo que se possa dar sentido à realidade, transformando o que não é familiar em algo que se possa lidar (VALLA, 2000).

As funções das representações sociais estão intrinsecamente relacionadas à dinâmica das relações sociais e às práticas, e estão vinculadas a quatro funções essenciais. Inicialmente, enquanto fenômeno psicossocial proposto por Moscovici em 1961, constituía-se de duas funções: de formação das condutas e de orientação das comunicações sociais.

A função de orientação das condutas está pautada no próprio sistema de pré-decodificação da realidade, guiando comportamento e práticas aceitáveis ou não, dentro de um contexto social específico. A função de saber relaciona-se à apropriação dos conhecimentos do senso comum, ‘saber ingênuo’, por parte dos atores sociais, permitindo a ação cognitiva de compreender e explica a realidade. Segundo Abric (2000, p. 28), essa transmissão e difusão desse saber “*são a manifestação do esforço permanente do homem para compreender e comunicar*”.

A partir das evoluções das pesquisas realizadas a propósito da cognição e práticas sociais, Abric propõe em 1994, a contribuição de mais duas funções: identitária e justificadora. A função denominada de identitária diz respeito ao

processo de situar o indivíduo e os grupos dentro de um campo social que permite a elaboração compartilhada de uma identidade social. Por fim, a última função é a justificadora, que permite ao indivíduo ou grupo explicar e justificar suas condutas e tomadas de posição e de comportamento em determinadas situações, intervindo na avaliação da ação.

Do ponto de vista da transição das representações, no que concerne a apreensão da sua diversidade, são definidas em três tipos: hegemônicas, emancipadas e polêmicas. As representações sociais hegemônicas designam forma de *“entendimento e significados largamente partilhados por um grupo fortemente estruturado e que estruturam o grupo”*. Apresentam as características de serem representações uniformes, indiscutíveis e coercitivas. A representação social emancipada advém da *“troca de significados diferentes sobre um mesmo objeto”*, ao passo que as representações sociais polêmicas são geradas no *“decorso dos conflitos sociais e traduzem pontos de vista exclusivos sobre um mesmo objeto”* (VALLA, 2000, p. 463).

A representação social tem, a partir de Moscovici, muitos estudiosos em psicologia social e cognitiva enquanto adeptos e organizadores de novas abordagens, tais como Denise Jodelet, Willem Doise, Jorge Vala, Robert Farr e Jean-Claude Abric. No Brasil, aponta-se Celso Pereira de Sá, Mary Jane Paris Spink, Denize Cristina de Oliveira, Antonia Silva Paredes Moreira e Sheva Maia da Nóbrega, dentre outros, teorizando e formulando estudos significativos para o campo da representação social.

Os estudos envolvendo a Teoria das Representações Sociais a vêm crescendo exponencialmente nas últimas décadas, envolvendo temáticas diferenciadas, tanto em estudos descritivos como em conceituais, possibilitando o refinamento dos pressupostos teórico-conceituais e a interação com outras abordagens científicas.

Ademais, Moscovici analisando as relações entre os processos de comunicação social e as representações sociais, sistematiza três sistemas de comunicação: propagação, difusão e propaganda. O primeiro sistema, propagação, consiste em uma modalidade de comunicação produzida e integrada pelos membros de um mesmo grupo. A difusão consiste em uma modalidade de comunicação que possuem um objeto indiferenciado, sendo dirigidas a uma pluralidade de públicos. A última modalidade de comunicação denominada de propaganda contribui para a

afirmação da identidade de um grupo, sendo que os objetos são representados no quadro da acentuação das diferenciações sociais (VALLA, 2000, p. 477).

Representações sociais referem-se apenas a objetos ou questões socialmente relevantes. A principal característica da pesquisa com enfoque nas representações sociais está ligada ao fato do conhecimento investigado constituir-se como um conjunto coletivamente compartilhado de crenças, imagens, metáforas e símbolos num grupo, comunidade, sociedade ou cultura (WAGNER, 2000).

Toda realidade, enquanto arte dinâmica e representativa é reapropriada pelo indivíduo ou pelo grupo, sendo reconstruída no seu sistema cognitivo e integrada no seu sistema de valores, estando diretamente dependente do contexto sociohistórico e ideológico que o cerca (ABRIC, 2000).

A representação torna possível a reconstrução do real, utilizando a comunicação como veículo a essa formação, nessa perspectiva, partindo da integração da experiência e vivência dos sujeitos que constroem história e cultura no ato de agir no mundo.

Partindo desse pressuposto, este estudo fundamenta-se na Teoria das Representações Sociais, buscando a reconstrução do real, que se dá através da interpretação dos elementos constitutivos do meio ambiente, em uma dimensão ordenada e significativa para os adolescentes escolares sobre a temática ser saudável, constituindo-se como a visão de mundo para este grupo de pertença (NÓBREGA, 2001).

A identificação da “visão de mundo” que os indivíduos ou os grupos têm e utilizam para agir e para tomar posição é indispensável para compreender a dinâmica das interações sociais e clarificar os determinantes das práticas sociais, na medida em que *“o objeto está inscrito num contexto ativo, sendo este contexto concebido pela pessoa ou grupo, pelo menos parcialmente, enquanto prolongamento do seu comportamento, de suas atitudes e das normas às quais ele se refere”* (ABRIC, 2000, p. 27).

Compreendendo que a representação social sobre saúde e doença entre coletividades constitui-se como tema atual, e entre adolescentes torna-se uma emergência, enfatizado pela perspectiva da prevenção, na escola, esse tema se materializa, na medida em que esse espaço é, senão, o local formal de apreensão e reflexão sobre a dinâmica do mundo.

Utilizar a Teoria das Representações Sociais para o estudo em questão evidencia a sua relevância quanto a possibilitar a compreensão do problema dentro de uma perspectiva psicossocial, privilegiando os significados construídos socialmente sobre o ser saudável na adolescência.

Cromack, Bursztyn e Tura (2009) salientam que as representações sociais são processos de mediação social, que têm a ver com comunicação e a vida, constituindo-se em estratégias que os sujeitos usam para enfrentar a diversidade e mobilidade de um mundo que, embora pertença a todos, transcende a cada um individualmente.

Constitui-se como um processo dinâmico de construção e apropriação, uma passarela entre os mundos individual e social. É, a partir das representações sociais, que se apreendem os fatos da vida cotidiana, o conhecimento do senso comum, constituído a partir de nossas experiências e saberes.

2.4. TEORIA DO NÚCLEO CENTRAL

No entendimento de Jean-Claude Abric, a representação é um complexo de opiniões, atitudes, crenças e informações relativas a um dado objeto social. Tal determinação é realizada pelo próprio sujeito através de sua história, e de sua vivência ou pelo sistema social e ideológico no qual ele está inserido e pela natureza dos vínculos que venha a estabelecer com este sistema social (ABRIC, 2000).

Em 1976, este autor propôs, a partir de sua tese de doutorado - *Jeux, conflits et représentations sociales* - na Université de Provence, a proposição de uma hipótese, que diz respeito à organização interna das representações sociais, que foi designada, *a posteriori*, de teoria do núcleo central. A proposta metodológica de Abric, delineada em 1994, propõe que “*a organização de uma representação social apresenta uma característica específica, a de ser organizada em torno de um núcleo central, constituído-se em um ou mais elementos, que dão significado à representação.*” (ABRIC, 2000, p. 31).

Com a formulação desta teoria, Jean-Claude Abric tentava responder a um dos principais impasses dos estudiosos em representação social: o caráter contraditório. Assim, concebeu a representação social como um conjunto organizado ou estruturado em torno de um duplo sistema: o núcleo central e os elementos

periféricos. Com um núcleo central ou núcleo estruturante, rígido e estável, somado a um núcleo periférico, mutável e flexível, assegura-se e instala-se, sobremaneira, um diálogo com as situações e práticas concretas do grupo.

O núcleo central é determinado pela natureza do objeto representado, as relações oriundas do intercâmbio objeto-grupo e pela construção do sistema de valores e normas sociais provindos da interação dinâmica e contextual. Para este autor, este núcleo estruturante apresenta duas funções fundamentais: uma **função geradora**, em que se cria e se transforma o significado dos elementos constitutivos da representação, dando-lhes um sentido, um valor, e uma **função organizadora**, que está imbricada na determinação da natureza dos elos e união entre os elementos da representação. *Neste sentido, o núcleo é o elemento unificador e estabilizador da representação* (ABRIC, 2000, p. 31).

As características principais do Núcleo Central estão relacionadas ao caráter estável, coletivo, coerente, mais resistente às mudanças e normativo por natureza. Para este autor, é a identificação do núcleo central que permite o estudo comparativo das representações.

Em torno do núcleo central se organizam os elementos marginais, onde estão localizados os elementos periféricos das representações sociais, apresentando grande relevância para o seu funcionamento e dinâmica. Configura-se como menos estável e mais flexível do que o Núcleo Central, pois seus componentes são mais acessíveis, mais vivos e concretos. Seus elementos prescrevem comportamentos, ou seja, influenciam na tomada de decisões, atuando como regulador e adaptador das ações do grupo, permitindo variações nas RS individuais (ABRIC, 2000).

Para este autor, o Sistema Periférico apresenta três funções primordiais, a saber: uma *função de concretização*, diretamente dependentes do contexto, os elementos periféricos resultam da ancoragem da representação da realidade, permitindo a formulação da representação em termos concretos, imediatamente compreensíveis e transmissíveis; já a *função reguladora*, está envolvida na adaptação da representação às evoluções do contexto, em que novas informações ou as transformações do meio ambiente podem ser integradas na periferia da representação; e por fim, a *função de defesa*, pois é no sistema periférico que poderão aparecer e ser toleradas contradições (ABRIC, 2000, p. 32).

“Auscultar outras necessidades dos adolescentes [que não apenas as orgânicas] em seus processos concretos de individuação/socialização é uma tarefa imprescindível para a organização de programas de saúde para o grupo. É essa ausculta que permite detectar demandas por informação, por espaços e por temas de discussão e reflexão, por oportunidades de experimentar-se, por apoio para aventurar-se, por subsídios para defender-se contra opressões de ordem social, política, econômica, etc.”

(José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres e Ivan França Junior).

METODOLOGIA

3.1. TIPO DE PESQUISA

Tratou-se de um estudo de natureza quantitativa e qualitativa, numa abordagem descritiva exploratória, tendo como aporte teórico a Teoria das Representações Sociais e Teoria do Núcleo Central, em que o enfoque tem como pressuposto a compreensão do saber do senso comum, com vistas à tentativa de construção e interpretação das representações e práticas construídas pelos sujeitos.

Segundo Minayo (2010), a essência qualitativa faz parte do objeto de estudos das ciências sociais, que apresenta, concomitantemente, um objeto histórico. Toda a forma individual e coletiva da vida e seu próprio dinamismo fazem parte da realidade social, constituída por riquezas de significados. Aborda, de forma pragmática, o conjunto de expressões humanas em sua magnitude, nas constantes estruturas, nos processos, nos significados e nas representações, enfim, nos sujeitos.

Constitui-se enquanto estudo exploratório, pois foi pautado na perspectiva de tornar o objeto de estudo mais claro, proporcionando maior familiaridade com o problema. Outrossim, assumiu o caráter descritivo, na medida em que compôs e explicitou características de determinado grupo de pertença, nesse ínterim, adolescentes, buscando explicação para o fenômeno representativo em questão, através da aplicação de técnicas específicas de coleta.

O objeto de estudo do trabalho em questão é a “Representação Social sobre o processo ser saudável elaborada por adolescentes”, considerando como os sujeitos constroem um significado sobre esse objeto, em interação com a cultura e com o grupo de pertença que os circundam. A representação social constitui-se como *“uma forma de conhecimento socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”* (JODELET, 2001, p. 22).

A ciência pós-moderna reconhece o senso comum enquanto conhecimento altamente enriquecedor para a compreensão do mundo. Conhecimento este que, no cotidiano, orientando as ações e dando sentido à vida, mesmo apresentando contorno mítico e conservador, possui uma dimensão utópica e libertadora, que é

ampliada através do constante diálogo com o conhecimento científico (SANTOS, 2005a).

Nessa perspectiva, a análise das categorias e subcategorias elencadas durante o processo de análise dos dados terá como referência os processos formadores das representações sociais e os pressupostos da Teoria do Núcleo Central proposto por Abric (2000), em que será evidenciada a estrutura das representações sociais elaboradas por adolescentes sobre ser saudável, com definição de um núcleo central e dos elementos periféricos que dão à representação o seu significado.

3.2. CENÁRIO DA PESQUISA

O estudo foi realizado no município de Vitória da Conquista, situada na região sudoeste do Estado da Bahia, no planalto da Conquista, distante 527 km de Salvador, possuindo 3.406 km² de extensão e um contingente populacional de 306.866 habitantes para o ano 2010, segundo dados do Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), tendo aproximadamente 90% da população vivendo na zona urbana.

O município faz parte da macrorregional de saúde sudoeste, e é sede da 20ª Diretoria Regional de Saúde da Bahia, abrangendo 19 municípios. O Programa Saúde da Família (PSF) constitui-se como base principal para a consecução dos pressupostos do SUS, enquanto política pública, prestando atendimento preventivo e clínico às famílias e encaminhando pacientes para os demais serviços de saúde da rede. O município conta com 38 equipes de saúde da família, representando uma cobertura de 63%, em todo o Município, e 100% da zona rural. Das 38 equipes, 15 estão na zona rural (BAHIA, 2010).

Considerada a 3ª maior cidade baiana, possui um PIB de 1,8 bilhões, estimado em 2008, e um PIB per capita de R\$ 7.701,00, com IDH médio de 0,708 (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2011). Apresenta uma pirâmide etária composta em sua maioria de jovens, adultos jovens e adultos maduros, típico de municípios que se encontram em processo de transição demográfica, com uma taxa de natalidade relativamente baixa e aumento na expectativa de vida (BRASIL, 2010).

Dentre a população do município, 27.363 mil (8,9%) correspondem ao extrato de 10 a 14 anos (pré-adolescência) e 27.773 mil (9,1%) ao extrato de 15 a 19 anos (adolescência propriamente dita). Assim, os adolescentes perfazem um percentual de 18% da população conquistense, sendo que, dentre os adolescentes que se encontram no contexto da adolescência propriamente dita, o sexo feminino perfaz 14.320 (4,7%) enquanto o sexo masculino totaliza 13.453 indivíduos (4,4%).

Este município conta com 17 instituições escolares que disponibilizam o ensino médio do Ensino Básico para população, sob responsabilidade da Secretária Estadual de Educação (SEC-BA). Dentre estas, 03 são consideradas de porte especial (possuem mais de 1200 estudantes matriculados) e 02, embora sejam de médio porte, apresentam turno fechado, sendo, portanto, descartadas do universo da pesquisa.

No que tange ao aspecto do ensino, dados correspondentes ao ano de 2009 dão conta que foram matriculados 49.888 adolescentes no Ensino fundamental e 13.759 no Ensino Médio. Ressalta-se que dentre as matrículas efetivadas no Ensino Médio, 11.816 matrículas foram realizadas nas instituições escolares de autarquia pública estadual (BRASIL, 2010).

Nessa perspectiva, o cenário para pesquisa foi constituído por 12 instituições escolares públicas estaduais de médio e grande porte, localizadas na zona rural e urbana do município de Vitória da Conquista, nos bairros centrais e periféricos da cidade. As instituições estão discriminadas no quadro 1, em que se aponta os bairros onde estão localizadas.

INSTITUIÇÃO DE ENSINO	LOCALIZAÇÃO/BAIRRO
Colégio Estadual Adelmário Pinheiro	Alto Maron
Colégio Estadual Polivalente	Brasil
Centro Territorial de Educação Profissional	Km 04 - Zona Rural
Colégio Estadual Nilton Gonçalves	Alvorada
Colégio Estadual José de Sá Nunes	Iracema
Colégio Estadual Anísio Teixeira	Sumaré
Colégio da Polícia Militar Eraldo Tinoco	Patagônia
Colégio Estadual Rafael Spínola Neto	Brasil
Colégio Estadual Abdias Menezes	Candeias
Colégio Estadual Orlando Leite	Brasil
Colégio Estadual Padre Luiz Soares Palmeira	URBIS V
Colégio Estadual Dom Climério Andrade	URBIS VI

QUADRO 1. Relação das Instituições Escolares que serviram como cenário para pesquisa, Vitória da Conquista Bahia, 2011.

3.3. PARTICIPANTES DO ESTUDO

O universo amostral foi constituído por 249 adolescentes matriculados no 2º ano do ensino Médio de 12 instituições de ensino da Rede Pública de ensino estadual, distribuídos na zona urbana e rural do município de Vitória da Conquista, conforme discriminado no QUADRO 1. Os sujeitos do estudo compreendem a fase da adolescência propriamente dita, isto é, na faixa etária entre 15 a 19 anos, conforme preconiza a OMS (LIMA, 2008).

Segundo dados preliminares não publicados pela DIREC 20 (Diretoria Regional de Educação) do Estado da Bahia, a estimativa para o ano 2011 é a formação de turmas de educandos com um número aproximado de 40 alunos por sala. Optou-se por trabalhar com a totalidade dos alunos de uma turma de cada instituição escolar, sorteada no dia da visita, visando a minimizar a interferência na rotina escolar e contribuindo para a maior motivação dos sujeitos.

A amostra do estudo foi selecionada com base numa amostra não probabilística, intencional e acidental, partindo do princípio que a chance de cada elemento da população ser incluído na amostra é desconhecida. Caracteriza-se como amostra acidental na medida em que a pesquisa será realizada com adolescentes que se dispuserem a colaborar com o estudo, respondendo aos instrumentos de coleta de dados propostos pelo pesquisador.

Os critérios de elegibilidade e participação de adolescentes foram estabelecidos respeitando-se as seguintes características: (a) adolescentes regularmente matriculados na rede de educação básica pública estadual; (b) cursar o segundo ano do ensino médio; (c) que foram informados e aceitaram participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), caso sejam maiores de idade. Para os adolescentes menores de 18 anos, o TCLE foi encaminhado para os pais para os devidos esclarecimentos e eventual liberação, por meio de assinatura no referido documento.

3.4. INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada utilizando-se multitécnicas de trabalho de campo, de forma a melhor compreender o fenômeno estudado. Assim, as técnicas utilizadas foram a Técnica de Evocação de Palavras (TEP), questionário sociodemográfico e uma entrevista livre.

A necessidade de utilização de uma abordagem multimétodo corrobora com a possibilidade de envolver a complexidade das situações cotidianas, permeadas por práticas, atitudes, opiniões, percepções, informações que determinado grupo social constrói sobre um objeto ou questões relevantes, influenciado sobremaneira no padrão de comportamento dos indivíduos ou grupo (WAGNER, 2000; SÁ, 1996; JODELET, 2001; SALES, 2003; SANTOS, 2010b).

a) Técnica de Evocação de Palavras (TEP)

A Técnica de Evocação de Palavras (TEP), originalmente desenvolvido por Jung na prática clínica da psicologia, fora adaptada no campo da psicologia social, sendo amplamente utilizado no campo de estudos com representações sociais. Constitui-se numa técnica projetiva para coleta do conteúdo semântico de uma rede associativa, de forma rápida e objetiva, permitindo também apreensão de elementos implícitos ou latentes que poderiam ser perdidos ou mascarados nas produções discursivas (SÁ, 1996; OLIVEIRA *et al.* 2005).

O caráter espontâneo, portanto menos controlado aliado à dimensão projetiva desta produção, deveria permitir o alcance desta produção, deveria permitir o alcance, mais fácil e rapidamente do que numa entrevista, dos elementos que constituem o universo semântico do termo ou do objeto estudado. A livre associação permite a atualização de elementos implícitos ou latentes, que seriam suplantados ou mascarados nas produções discursivas (OLIVEIRA *et al.* 2005, p. 575).

Nesta técnica, o sujeito enuncia palavras ou expressões que lhe venham à mente, após um ou mais estímulos expressados por um termo indutor, em consonância com o objeto de estudo proposto, e espera-se a resposta imediata do mesmo, possibilitando evidenciar universos semânticos de palavras agrupadas, bem

como possa estabelecer uma hierarquização dos termos produzidos, por ordem de importância.

Em sua aplicação, inicialmente, explicou-se o procedimento e realizou um breve treinamento com outro termo indutor, diferente do estímulo indutor a ser utilizado para coleta de dados, definido como “futebol”. Para a coleta propriamente dita, foi utilizado o termo indutor “ser saudável”, solicitando aos alunos que anotassem no espaço apropriado, num espaço de tempo mais rápido possível, as quatro primeiras palavras que lhe viessem à cabeça após ouvir tal expressão verbal.

Logo após, em conformidade com a adaptação proposta por Vèrges, que possibilita a aproximação com a estrutura de uma representação, solicitou-se para que os mesmos enumerassem, por ordem de importância (da mais para menos importante), as respostas ora evocadas também em espaço apropriado no instrumento, hierarquizando-as (OLIVEIRA *et al.* 2005).

Dessa forma, foi-nos possível identificar a ordem de aparecimento das respostas e frequência, tanto no plano das ordens de evocações como da ordem de importância definidos pelos mesmos, o que propiciou uma aproximação aos elementos da estrutura e/ou organização das representações sociais.

Por se constituir numa técnica de fácil compreensão e aplicação rápida, é bastante utilizada em estudos de percepções, estereótipos e atitudes, com significativa aplicação em estudos de grupos sociais. O APÊNDICE B apresenta o instrumento do TEP.

b) Questionário sociodemográfico

O questionário foi aplicado logo após a técnica de evocações de palavras. Vale ressaltar que o instrumento de evocações de palavras perfazia-se como primeiro item do instrumento questionário, sendo realizado primeiramente, de forma a não promover contaminação pelos outros conteúdos abordados.

O questionário foi composto por pontos abertos e fechados, apontando questões referentes aos dados biosociodemográficos dos sujeitos. Este último fora autopreenchido, comportando questões referentes à idade, sexo, escolaridade dos responsáveis, inserção no mercado de trabalho, local e condições de moradia, estilo

de vida e conhecimento sobre serviços e ações de saúde no contexto em que residem. O APÊNDICE B apresenta o roteiro do questionário.

c) Entrevista livre

No que tange à operacionalização da entrevista, estas foram devidamente registradas em gravador digital, Olympus Digital Voice Recorder WS-560M, com o consentimento dos sujeitos, para posterior análise de conteúdo, definição de categorias de sentido e ordenamento das informações coletadas. O roteiro da entrevista foi composto por duas questões norteadoras, a saber: “*o que significa ser saudável*”, “*o que é necessário para viver saudável*”, dispostas no APÊNDICE C.

A entrevista aberta, enquanto técnica de trabalho de campo possibilita a interação entre entrevistador-entrevistado, favorecendo tanto a troca de informações como a ampliação e aprofundamento da comunicação, permitindo uma maior apreensão dos conteúdos representacionais dos atores sociais envolvidos. Para Minayo (2010: p. 109), a entrevista perfaz-se como

(...) um instrumento privilegiado de coleta de informações (...) a possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles) e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, socioeconômicas e culturas específicas.

O procedimento de apresentação e coleta de dados nas instituições escolares delineou-se na seguinte ordem: inicialmente, foi apresentada aos Diretores das instituições escolares a autorização do Diretor da Diretoria Regional de Educação, seção 20 (DIREC 20), liberando para a coleta de dados e o projeto de pesquisa.

Após apresentação do projeto e liberação formal do gestor escolar, buscaram-se docentes que pudessem ser os mediadores do processo de informação e coleta. Foi apresentado para estes o projeto e definido um horário para a apresentação à turma, o caráter facultativo da participação, esclarecimentos sobre os objetivos da pesquisa e a necessidade de assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Logo após, fora distribuído entre os presentes o TCLE, e agendado dia/horário para a coleta de dados.

No dia agendado para coleta propriamente dita, iniciou-se com a TEP e logo após, com o preenchimento do questionário, ambos contidos num único instrumento. Posteriormente, foram elencados 02 (dois) sujeitos em cada turma das instituições escolares para realização da entrevista aberta, que fora agendada para ser realizada na instituição, em dia/horário definido entre entrevistador-sujeito, de forma que não compromettesse o andamento das aulas. A entrevista fora realizada em local apropriado, cedido pela instituição escolar.

O período de coleta de dados foi compreendido entre os meses de Abril e Julho de 2011, devido a uma série de contratemplos de ordem pessoal (por parte dos entrevistados envolvidos), espacial e de situação de trabalho dos docentes da rede estadual de ensino (paralisações e greve de docentes).

3.5. ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos conteúdos manifestos, buscou-se uma coerência entre as técnicas/procedimentos de coletas de dados e o aporte teórico-metodológico do estudo. Assim, as técnicas utilizadas estão discriminadas a seguir, compreendendo a análise temática e a estrutural.

a) Técnica de análise Estrutural das Representações Sociais

Para a análise das evocações léxicas provindas da TEP foi utilizado o software EVOC, através de análise do tipo lexicográfica (VERGÈS, 2002). Inicialmente, foi realizada a preparação do dicionário correspondente ao estímulo indutor, com definição de repostas e classificação por similaridade semântica entre os termos, homogeneizando-as. Vale ressaltar que, durante a aplicação, foi solicitada a hierarquização das repostas evocadas, procedimento fundamental para a constituição dos elementos centrais e periféricos da representação (OLIVEIRA *et al.*, 2005).

O banco de dados assim composto fora processado pelo *software* denominado *Ensemble de Programmes Permettant l'Analyse des Évocations* –

EVOC, versão 20ujy7km66600, instrumento que evidencia e congrega dois atributos relacionados às palavras evocadas, importantes para a distribuição nos quadrantes: a frequência simples de ocorrência de cada palavra evocada e as médias ponderadas de ocorrência de cada palavra em função da ordem de evocação e das ordens médias ponderadas do conjunto dos termos evocados, constituindo o conjunto do *corpus* (OLIVEIRA *et al.*,2005).

Este software realiza cálculos estatísticos e permite a construção de matrizes de coocorrências, base para análise e construção do quadro de quatro casas. A partir da articulação desses atributos, imprescindíveis para a distribuição dos termos produzidos segundo a importância atribuída pelos sujeitos, foi possível identificar as dimensões estruturais da representação, apontando os elementos do núcleo central, os elementos intermediários (1ª periferia e elementos de contraste) e os elementos periféricos (2ª periferia) da representação social sobre ser saudável, concebidas pelos sujeitos da pesquisa.

Os dados foram examinados com base no software EVOC e na técnica de quatro quadrantes, ambos produzidos por Vergès (2002), permitindo a análise quantitativa dos dados, a partir do estudo lexicográfico, apontando a centralidade dos elementos obtidos pelo cruzamento das frequências com as ordens de evocação, trazendo cada quadrante, informações essenciais para a composição e análise das representações ora proposta.

Os termos que atendam, ao mesmo tempo, aos critérios de frequência e de ordem de prioridade de evocação possuem maior importância no esquema cognitivo do sujeito e, provavelmente, pertenceriam ao núcleo central da representação (OLIVEIRA *et al.*,2005; VÈRGES, 2002; ABRIC, 2000).

b) Técnica de Análise de Conteúdo

Para análise dos dados coletados através da entrevista, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, adotando os pressupostos teóricos e o modelo de categorias de Bardin (2009), modalidade temática. Esse modelo consistiu na identificação de “núcleos de sentido” presentes ou frequentes que integram uma comunicação, com significado para o objeto analítico em questão.

A técnica de análise de conteúdo, segundo Bardin (2009, p. 44) é definida como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Esta abordagem de análise interpretativa tem por finalidade sistematizar o conteúdo manifesto da mensagem e dar significado ao mesmo, através de deduções e categorizações realizadas mediante rigor científico.

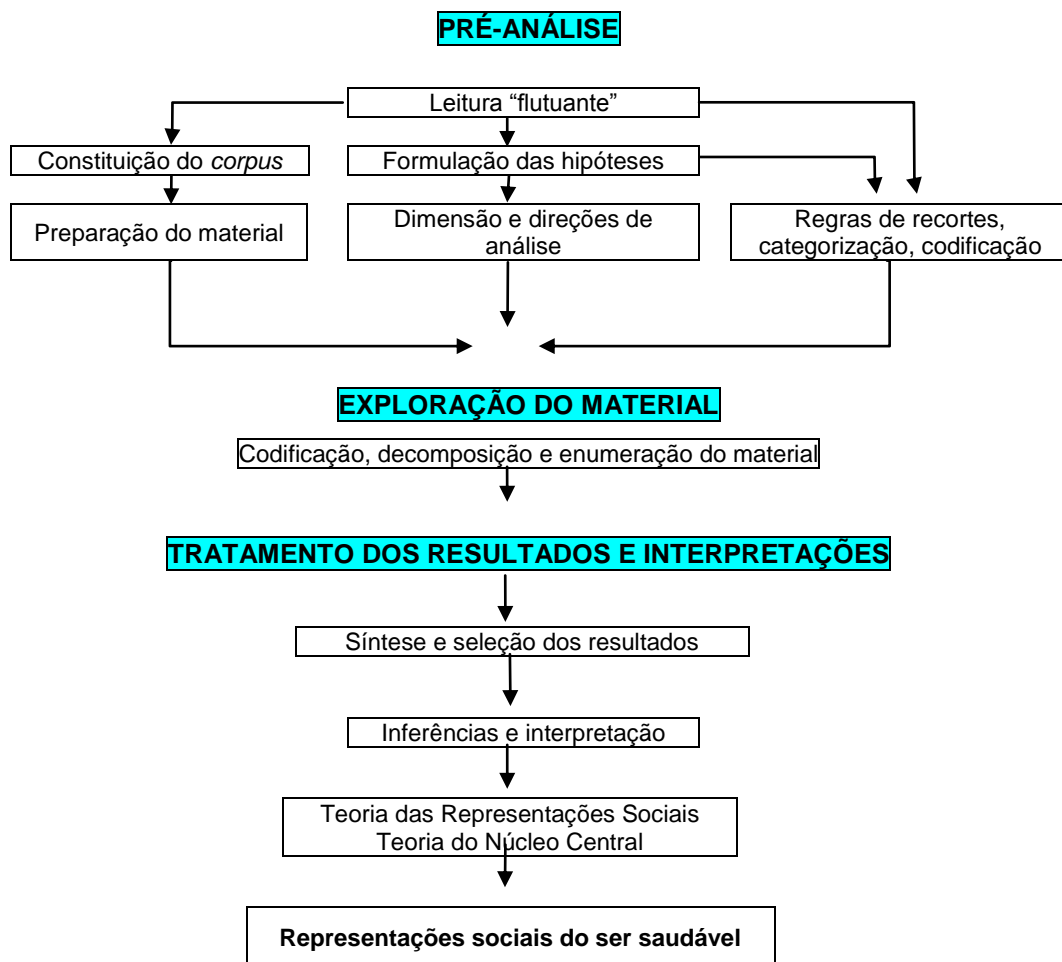


FIGURA 1. Plano de Análise (adaptado de Bardin, 2009).

Foram delineados os seguintes passos: a. pré-análise, constituída como fase de organização dos dados, na qual foi realizada a leitura flutuante e a preparação de material; b. exploração do material, que consistiu essencialmente em operações de

codificação e enumeração do material; e c. tratamento dos resultados, inferência e interpretação, consistindo em dar significado aos dados, bem como propor inferências a respeito do objeto de estudo, através da formulação de categorias e subcategorias. A figura 1 apresenta a estruturação do plano de análise.

I. Leitura Flutuante e Constituição do *Corpus*

O *corpus* foi constituído por 24 entrevistas e 249 testes de associação livre de palavras. As 24 entrevistas foram transcritas na íntegra e submetidas à leitura flutuante, constituindo-se como o primeiro contato com os documentos analisados e contexto em que foram sistematizadas as ideias iniciais provenientes da entrevista, constituindo o *corpus* de análise. Posteriormente, o *corpus* de análise fora submetido à leitura exaustiva com o intuito de composição das categorias empíricas.

No que tange ao teste de associação livre de palavras, a fim de se apreender a estrutura representacional do ser saudável, elaborou-se um dicionário de termos evocados a partir do estímulo indutor elencado para os sujeitos do estudo, e posteriormente, realizou-se a junção de termos por similaridade semântica.

II. Preparação do Material – Seleção das Unidades de Análise

Após a fase de estruturação inicial do *corpus* de análise, deu-se seguimento à fase de preparação do material, consistindo nas fases de seleção das unidades de análise e recorte, classificação e codificação. Para a Seleção das Unidades de Análise, optou-se pela utilização de unidades de contexto – correspondendo às entrevistas transcritas –, utilizando o critério de recortes semânticos, que correspondem às unidades de registro, constituídas por palavras ou frases.

No que tange à fase de recorte, classificação e codificação, após decomposição das falas dos sujeitos da pesquisa, realizou-se a codificação dos temas a partir de inventário do conteúdo manifesto, agrupando-os em categorias simbólicas e subcategorias, a partir dos objetivos propostos para posterior procedimento de inferência e interpretações.

III. Categorização

A categorização evidencia, segundo Bardin (2009), “uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos”. Dessa forma, utilizando o critério semântico, agregaram-se unidades de registro semanticamente análogas em categorias específicas.

IV. Descrição das Categorias

Após agregação semântica de temas nas entrevistas e categorização das evocações, o *corpus* foi agrupado em seis categorias, sendo estas subdivididas em subcategorias. A primeira categoria foi constituída a partir do conteúdo provindo da TEP, composta por 961 unidades temáticas. As outras cinco categorias e suas 15 subcategorias foram estabelecidas a partir das falas analisadas das entrevistas transcritas, apresentando 341 unidades de análise. Desta forma, o *corpus* totalizou 1302 unidades temáticas, posteriormente discutidas no capítulo de resultados e discussão.

3.6. ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

A pesquisa procedeu às Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos - Resolução CNS 196/96 (BRASIL, 1996). Pautada nos princípios básicos da bioética – autonomia, não maleficência, beneficência e justiça.

O presente estudo foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, sendo analisado e aprovado sob protocolo nº 229/2010, conforme ofício CEP/UESB 066/2011 (ANEXO A), tendo iniciado a coleta de dados somente após o parecer de aprovação do referido Comitê.

Foi elaborado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A), conforme preconização da Resolução 196/96. Os indivíduos foram

orientados quanto aos objetivos e procedimentos do estudo, bem como foi informado sobre o direito de liberdade de exclusão da pesquisa a qualquer momento, sobre o anonimato e a necessidade de assinatura do referido termo para participação. Como envolveu um grupo de adolescentes, a assinatura foi realizada por adolescentes maiores de 18 anos, e pelos responsáveis, para adolescentes menores de 18 anos.

Os responsáveis foram convidados a comparecer na instituição escolar em dia/horário definido para coleta de dados, bem como foi disponibilizado um canal de comunicação por meio de telefones, para eventuais esclarecimentos e posterior assinatura do referido Termo.

O ofício de aprovação do estudo, juntamente com o parecer consubstanciado (ANEXO B) foi indexado ao ofício DS 054/2011, solicitando autorização para início de coleta de dados à Diretoria Regional de educação da Bahia – Vitória da Conquista (ANEXO C). Esta instituição última emitiu uma autorização conjunta, permitindo a entrada do pesquisador no cenário de estudo (ANEXO D), possibilitando, sobremaneira, a realização do presente estudo.

(...) E que é o diálogo? É uma relação horizontal de A com B. Nasce de uma matriz crítica e gera criticidade. Nutre-se do amor, da humildade, da esperança, da fé, da confiança. Por isso, só o diálogo comunica. E quando os dois polos de diálogo se ligam assim, com amor, com esperança, com fé um no outro, se fazem críticos na busca de algo. Instala-se, então, uma relação de simpatia entre ambos. Só aí há comunicação.

(Paulo Freire)

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A partir da organização e análise dos dados do presente estudo, inicia-se este capítulo com a caracterização dos sujeitos adolescentes envolvidos na pesquisa, possibilitando um maior conhecimento sobre esse grupo social de pertença. Logo após, apontar-se-á o quadro de categorização proveniente da Técnica de Evocação de Palavras e da entrevista aberta.

4.1 CONHECENDO O GRUPO SOCIAL INVESTIGADO

Com base na coleta de dados mediante aplicação de questionário semiestruturado aplicado com 249 adolescentes estudantes da rede pública de ensino de Vitória da Conquista, foi composto o quadro 2, evidenciando as variáveis biosociodemográficas dos sujeitos pesquisados.

É perceptível uma diferença significativa em relação ao número de mulheres e homens, na medida em que dos 249 adolescentes entrevistados, 157 (63%) são do sexo feminino e 92 (37%) do sexo masculino. Segundo dados do Censo 2010 do IBGE, as mulheres apresentam maior permanência, frequência escolar e estudos, aumentando gradativamente sua escolaridade em níveis superiores ao verificados para os homens, justificando possivelmente o maior número destas nas turmas das unidades escolares pesquisadas (IBGE, 2010).

A distribuição dos adolescentes em relação à idade se encaixa dentro do perfil estimado pelos pesquisadores no início do estudo, que apontara como critério de inclusão para pesquisa adolescentes matriculados no 2º ano do Ensino Médio em instituições de ensino da rede pública estadual e que tivessem idade compatível com a adolescência propriamente dita, isto é, entre 15 a 19 anos, conforme preconização da OMS.

Assim, destes, 81 sujeitos possuem 16 anos (32,5%), 63 (25,3%) com 17 anos, seguido de 56 (22,5%) indivíduos com 15 anos. 31 sujeitos (12,4%) apresentam idade de 18 anos, sendo que 18 (7,2%) apresentam 19 anos. Os sujeitos com idade acima de 19 anos e os que não responderam a essa questão (11

sujeitos) não foram adicionados ao conjunto de análise, por extrapolarem ou não oferecem subsídio quanto à definição de adolescência propriamente dita.

VARIÁVEIS		n	VARIÁVEIS		N
SEXO			RELIGIÃO		
Feminino		157	Católica		109
Masculino		92	Cristão protestante		97
SEXO			Não tem religião		11
15 anos		56	Cristã		08
16 anos		81	Adventista do 7º dia		07
17 anos		63	Não respondeu		06
18 anos		31	Crê em Deus		05
19 anos		18	Testemunha de Jeová		02
COR DA PELE			Umbanda		02
Parda		124	Espírita		01
Branca		57	Mórmon		01
Preta		45	LOCOMOÇÃO PARA ESCOLA		
Amarela		12	Andando		147
Indígena		08	Ônibus		55
Não respondeu		03	Não respondeu		15
TRABALHA			Bicicleta		12
Não		194	Outros meios		12
Sim		53	Carro		08
Não respondeu		02	POSSUI CELULAR		
PC ACESSO INTERNET/CASA			Sim		208
Sim		132	Não		38
Não		114	Não respondeu		03
Não respondeu		03	COM QUEM RESIDE		
ESCOLARIDADE			Com mãe, pai, irmãs (os)		154
MATERNA			Com um dos genitores e irmãs (os)		52
PATERNA			Parentes consanguíneos e outros		29
Não estudou		15	Não respondeu		11
Não terminou o Ensino Fundamental		94	Sem parentesco		03
Terminou o Ensino Fundamental		23	ESCOLARIDADE		
Não terminou o Ensino Médio		19	Não estudou		15
Terminou o Ensino Médio		54	Não terminou o Ensino Fundamental		94
Não terminou o Ensino Superior		02	Terminou o Ensino Fundamental		23
Terminou o Ensino Superior		12	Não terminou o Ensino Médio		19
Pós-graduação		10	Terminou o Ensino Médio		54
Não respondeu / Não sabe		20	Não terminou o Ensino Superior		02
			Terminou o Ensino Superior		12
			Pós-graduação		10
			Não respondeu / Não sabe		20

QUADRO 2. Perfil biosociodemográfico dos sujeitos da pesquisa. Vitória da Conquista, Bahia, 2011.

A distribuição dos adolescentes em relação à cor da pele reflete uma maioria que se autoidentifica como pardos, com uma frequência de 124 adolescentes

(correspondente a 50% dos entrevistados), enquanto que 57 se caracterizam brancos, 45 de cor preta, 12 da cor amarela, 08 indígenas e 03 não responderam.

Sobre a constituição familiar, 154 sujeitos (61,8%) residem com pais, mães, e irmãos/irmãs, compondo uma estrutura familiar nuclear e/ou família reconstituída (arranjo formado quando um indivíduo separado ou divorciado inicia uma nova união, especialmente no caso da presença de crianças). Com uma constituição uniparental (figura de apenas um dos genitores/responsáveis) esse número equivale a 20,9%, já que 52 se inserem em tal composição.

Vale ressaltar também que, dentre os 249 pesquisados, duas (02) adolescentes são mães solteiras, ambas com 19 anos, que residem com suas respectivas famílias, chefiadas pela figura materna. Dois (02) também é o número de adolescentes em situação conjugal marital, uma com 17 e a outra com 19 anos.

Outros 29 adolescentes (11,6%) convivem com outros parentes consanguíneos (avós, bisavós, tios, primos) ou com cunhados, padrinhos e sogros. Apenas 11 indivíduos não responderam (4,4%) e 03 sujeitos (1,2%) se enquadraram no contexto sem parentesco: 02 por constituírem famílias conviventes (convivem na mesma unidade domiciliar, nesse caso, em repúblicas para estudantes formadas de, no mínimo, duas pessoas cada uma), e 01 que convive em dependência doméstica, já que reside na casa dos patrões.

No que se relaciona à religião, há uma predominância de sujeitos que se designam católicos, com 109 (43,8%), seguido prontamente por cristãos protestantes com valor de 97 indivíduos (39%), correspondendo juntamente a valores aproximados de 83% do total. 11 indivíduos apontaram não ter religião propriamente dita, 01 é espírita e 05 não responderam. As outras opções corresponderam juntas a 26 indivíduos (10,4%) em escolhas específicas e distintas.

Em relação ao mercado de trabalho, apenas 53 (21,3%) dos adolescentes entrevistados trabalham, sendo que dentre estes, 26 são mulheres e 27 homens, em ocupações das mais diversas. Ao serem questionados sobre a posse de telefone celular, 208 os possuem (83,5%). Sobre a posse de computador (PC) na residência, 157 sujeitos (63%) o possuem. Dos 157 indivíduos que possuem PC, 132 (53%) o mantém interligado à internet, enquanto 25 (10%) esperam conectar-se futuramente.

Os sujeitos dispõem de meios de transportes variados para deslocamento casa-escola-casa. Destes, o mais preponderante é o deslocamento a pé, por meio da caminhada, na medida em que Vitória da Conquista dispõe de 17 instituições de

ensino localizadas nos bairros centrais e periféricos da cidade. Ônibus é a segunda opção mais utilizada, já que a cidade dispõe de sistema de transporte urbano com duas empresas, disseminando e facilitando o seu uso, pois estudantes têm direito a meia passagem. As opções menos utilizadas são bicicleta, outros meios (transporte particular, moto, carona, vários meios) e carro, correspondendo a 8% do uso.

Em relação à escolaridade dos genitores, há uma variação de ± 4 indivíduos para cada categoria. Além do grande número de pais e mães que não terminaram o Ensino Fundamental ou que não estudou (correspondendo aproximadamente a 45% para os dois grupos), a diferença mais marcante está relacionada ao número de mães que conseguiram terminar o Ensino Médio, chegando aproximadamente ao dobro em relação aos pais.

Em paradoxo com a última informação, embora o número de mães que concluíram o Ensino Médio seja o dobro, no ensino Superior essa relação se aproxima novamente, com 24 (9,6%) mães e 25 (10%) pais. Essa situação, que se contrapõe à tendência apontada pelo censo do IBGE (2010), do aumento gradativo da escolaridade superior entre mulheres, provavelmente esteja correlacionada à jornada dupla que o sexo feminino detém, além do contexto sociocultural, econômico e de opções de inserção no mercado de trabalho.

4.2 SER SAUDÁVEL: DESVELANDO O CONHECIMENTO DO SENSO COMUM

A análise da estrutura representacional do ser saudável deu-se conforme obtenção dos dados oriundos da TEP e dos conteúdos representacionais provenientes da entrevista aberta. Pautando-se na abordagem estrutural elaborada por Sá (1996), buscou-se identificar os sistemas central e periférico das representações sociais sobre o ser saudável entre adolescentes que o vivenciam em seus grupos de pertença.

A primeira categoria, imagens sobre o ser saudável, abrange o entendimento dos sujeitos da pesquisa a partir do teste de evocação de 961 palavras, ao passo que as outras cinco categorias foram elaboradas a partir da análise de conteúdo dos dados oriundos da entrevista com 24 indivíduos. Dentre as categorias emergentes da entrevista, a conformação obedeceu à seguinte distribuição: Hábitos de Vida, Bem-estar, Sociocultural, Biomédica e Espiritualidade, comportando 341 unidades

de análise temáticas correspondentes, subdivididas em 15 subcategorias. Desta forma, o *corpus* totalizou 1302 unidades temáticas, explicitadas no quadro 3, com formação de categorias e subcategorias da temática ser saudável, com número de unidades temáticas correspondentes.

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS	Nº UNIDADES DE ANÁLISE
CATEGORIA 1 IMAGENS SOBRE O SER SAUDÁVEL		961
CATEGORIA 2 DIMENSÃO HÁBITOS DE VIDA	Alimentação	78
	Atividade física	70
	Cuidado com a saúde	11
	Não usar drogas	09
CATEGORIA 3 DIMENSÃO BEM-ESTAR	Bem-estar	35
	Corpo	34
	Sem estresse	18
	Felicidade	16
CATEGORIA 4 DIMENSÃO SOCIOCULTURAL	Relacionamentos	27
	Lazer	10
	Segurança	04
CATEGORIA 5 DIMENSÃO BIOMÉDICA	Acompanhamento médico	24
CATEGORIA 6 DIMENSÃO ESPIRITUALIDADE	De bem com a vida	05
T O T A L		1302

QUADRO 3. Distribuição das categorias e subcategorias analíticas das representações sociais do ser saudável entre adolescentes, Vitória da Conquista, Bahia, 2011.

1ª CATEGORIA - IMAGENS SOBRE O SER SAUDÁVEL

As Imagens sobre Ser Saudável, reunidas através da realização da TEP, formam a primeira categoria sobre esta temática, composta por 984 unidades de análise referentes à organização estrutural da representação social que os adolescentes elaboram sobre ser saudável.

As 984 unidades de sentidos concebidas foram submetidas à análise através do programa EVOC, em que foram calculadas a ordem média de evocação (OME) e a ordem média de importância (OMI). Logo após, foi realizada aproximação por semelhança semântica, possibilitando a identificação de sentidos mutuamente exclusivos. Assim, das 984 expressões evidenciadas, 23 (2,3% das expressões evocadas) apresentaram frequência de uma (01) aparição, sendo descartadas do dicionário, restando 961 (correspondendo a 97,7%) expressões que foram analisadas e congregadas em 32 cognições, conforme evidencia o quadro 4.

Número de sujeitos	249
Número total de palavras evocadas	984
Número de palavras diferentes	55
Frequência média de evocação	46
Ordem média de evocação	2,48
Número de sujeitos que indicaram a palavra mais importante	249
Número total de evocações analisadas	32

QUADRO 4. Síntese do resultado do teste de evocação de palavras ao estímulo indutor “ser saudável”, segundo sujeitos de estudo. Vitória da Conquista, Bahia, 2011.

A partir das sequências iniciais de processamento do EVOC (*Lexique e Trievoc e Nettoie*), que preparam o arquivo para processamento, procedeu-se a etapa *Rangmot*, na qual foi obtida a lista com as respostas evocadas por ordem alfabética e cálculos estatísticos destas: frequência total de cada palavra, informações da média das ordens médias de evocação de cada palavra (MOME), frequência média de evocação (FME) e média geral da ordem de evocação do conjunto dos termos apresentados. Os dados provindos da etapa *Rangmot*, em consonância com as etapas *Listvoc e Aidecat*, constroem uma lista de categorias que possibilita o agrupamento dos termos, e, na etapa *Tabrgfr*, os termos são distribuídos em quatro quadrantes correspondentes à estrutura da representação. As etapas *Discat, Catevoc, Tricat e o Statca* finalizam o processamento, permitindo o cálculo das frequências e ordem de evocação (VERGÈS, 2002; OLIVEIRA *et al.*, 2005).

A tabela 1 apresenta a síntese da distribuição das evocações ao estímulo ser saudável entre os indivíduos integrantes do universo de análise. Partindo desse pressuposto, a média da ordem média de evocação de cada palavra (MOME) teve valor de 2,48 e a frequência média de evocação (FME) obteve valor de 46.

TABELA 1. Associação livre ao estímulo ser saudável, por ordens de evocação e importância, entre 249 adolescentes. Vitória da Conquista, Bahia, abril/julho de 2011.

PALAVRAS EVOCADAS	ORDEM DE EVOCAÇÃO						ORDEM DE IMPORTÂNCIA					
	1ª	2ª	3ª	4ª	Freq	OME	1ª	2ª	3ª	4ª	Freq	OMI
1. Acompanhamento médico	-	3	8	9	20	3.30	3	3	5	9	20	3.00
2. Alegria	6	7	22	26	61	3.11	12	17	12	20	61	2.66
3. Alimentação	102	57	43	29	231	2.00	83	74	46	28	231	2.08
4. Amar	2	-	4	1	7	2.57	3	3	-	1	7	1.86
5. Amizade	-	-	3	5	8	3.63	-	2	1	5	8	3.38
6. Atividade física	46	86	55	34	221	2.35	31	65	77	48	221	2.64
7. Autoestima	-	1	4	5	10	3.40	3	2	3	2	10	2.40
8. Bem-estar	63	36	32	31	162	2.19	71	34	25	32	162	2.11
9. Bom-humor	-	3	-	-	3	2.00	-	1	2	-	3	2.67
10. Conhecimento	-	-	1	4	5	3.80	1	-	2	2	5	3.00
11. Convívio social	-	1	1	1	3	3.00	-	1	1	1	3	3.00
12. Corpo	8	15	13	20	56	2.80	5	13	15	23	56	3.00
13. Cuidado	2	6	8	9	25	2.96	5	5	8	7	25	2.68
14. Diversão	-	-	3	2	5	3.40	-	1	2	2	5	3.20
15. Ausência de Doença	1	-	-	3	4	3.25	-	1	1	2	4	3.25
16. Educação	-	1	-	4	5	3.60	1	2	-	2	5	2.60
17. Estilo de vida	2	3	6	9	20	3.10	3	3	4	10	20	3.05
18. Família	-	1	1	3	5	3.40	3	-	2	-	5	1.80
19. Higiene	-	-	1	2	3	3.67	-	1	1	1	3	3.00
20. Importante	-	1	-	1	2	3.00	-	1	-	1	2	3.00
21. Livre	-	2	-	-	2	2.00	-	1	-	1	2	3.00
22. Namorar	-	-	2	1	3	3.33	-	-	-	3	3	4.00
23. Não usar Drogas	-	-	1	4	5	3.80	-	1	2	2	5	3.20
24. Peso	1	2	2	-	5	2.20	1	1	1	2	5	2.80
25. Prazer	-	-	1	2	3	3.67	-	-	1	2	3	3.67
26. Qualidade de vida	3	5	12	7	27	2.85	7	3	8	9	27	2.70
27. Remédio	-	1	2	2	5	3.20	-	-	2	3	5	3.60
28. Resistência	-	1	1	1	3	3.00	-	1	1	1	3	3.00
29. Sedentarismo	-	-	3	-	3	3.00	-	-	3	-	3	3.00
30. Ser humano	1	1	-	1	3	2.33	-	1	1	1	3	3.00
31. Serviço de saúde	1	-	-	1	2	2.50	-	-	1	1	2	3.50
32. Viver a vida	9	12	11	12	44	2.59	13	7	11	13	44	2.55
TOTAL	249	249	246	240	984		249	249	246	240	984	

Obedecendo à Lei de Zsigf, foi definido como ponto de corte para frequência mínima o valor 5. A frequência foi calculada dentre as palavras com frequência superior a 2, traduzindo-se por 97,7% dos termos evocados.

A partir dos valores de frequência média de ocorrência das palavras e a média da ordem média de evocação das palavras, foi possível construir um esquema figurativo de quatro quadrantes proposto por Vergès (2002), no qual o eixo das abscissas (x) é representado por valores da ordem de evocação enquanto que o eixo das ordenadas (y) é composto por valores de frequência de aparição das categorias. A origem dos eixos ortogonais que determina a composição dos quatro quadrantes é obtida pelos valores de MOME e FME, e o cruzamento destes determinam os limites de cada quadrante (SALES, 2003; OLIVEIRA *et al.*, 2005; SANTOS, 2010b).

Os critérios de frequência média de ocorrências das palavras e média da ordem média de evocação das palavras são os critérios importantes para compor e distribuir os termos nos quatro quadrantes (OLIVEIRA *et al.*, 2005; PEREIRA, 2005). As categorias de evocações mais frequentes e evocadas prontamente em primeiro e segundo lugar, com frequência acima da média, ocuparam o núcleo central, constituindo-se como representação essencial, estabelecida a partir da informação disseminada e culturalmente assimilada.

A representação é um complexo de opiniões, atitudes, crenças e informações relativas a um dado objeto social, determinadas pelo próprio sujeito através de sua história e pela sua vivência e inserção no contexto socioideológico ou pelo sistema social e ideológico no qual ele está inserido e pela natureza dos vínculos que venha a estabelecer com este sistema social. Assim, concebeu a representação social como um conjunto organizado ou estruturado em torno de um duplo sistema: o núcleo central e os elementos periféricos (ABRIC, 2000).

As características principais do Núcleo Central estão relacionadas ao caráter estável, coletivo, coerente, mais resistente às mudanças e normativo por natureza, ao passo que os elementos periféricos, menos estável e mais flexível do que o Núcleo Central, estão mais acessíveis e concretos, influenciando na tomada de decisões, permitindo variações nas RS individuais, na medida em que atua como regulador e adaptador das ações do grupo (ABRIC, 2000).

Com um núcleo central ou núcleo estruturante, rígido e estável, somado a um núcleo periférico, mutável e flexível, assegura-se e instala-se, sobremaneira, um diálogo com as situações e práticas concretas do grupo. O quadro 5 explicita as características do duplo sistema que envolve a abordagem estruturalista no campo das representações, desenvolvido por Abric (2000).

SISTEMA CENTRAL	SISTEMA PERIFÉRICO
<ul style="list-style-type: none"> Ligado à memória coletiva e à história do grupo 	<ul style="list-style-type: none"> Permite a integração de experiências e histórias individuais
<ul style="list-style-type: none"> Consensual ⇒ Define a homogeneidade do grupo 	<ul style="list-style-type: none"> Tolera a heterogeneidade do grupo
<ul style="list-style-type: none"> Estável Coerente Rígido 	<ul style="list-style-type: none"> Flexível Tolera as contradições
<ul style="list-style-type: none"> Resiste às mudanças 	<ul style="list-style-type: none"> Evolutivo
<ul style="list-style-type: none"> Pouco sensível ao contexto imediato 	<ul style="list-style-type: none"> Sensível ao contexto imediato
<ul style="list-style-type: none"> Funções: ⇒ Gera o significado da representação ⇒ Determina a sua organização 	<ul style="list-style-type: none"> Funções: ⇒ Permite a adaptação à realidade concreta ⇒ Permite a diferença de conteúdo

QUADRO 5. Características do sistema central e do sistema periférico de uma representação, segundo Abric (2000, p. 34).

Através da análise das evocações livres torna-se possível captar, *a priori*, o sistema de categorização relacionado aos conteúdos da representação, que, num segundo momento, serão passíveis de reordenamento e caracterização das suas estruturas subjacentes (OLIVEIRA, *et al.*, 2005).

O cruzamento de elementos de natureza quantitativa (frequência das evocações) com elementos de natureza qualitativa (ordem das evocações e ordem da importância) possibilita a identificação da estrutura base da representação social, expressada através de um quadro de contingência. Para análise dos dados, adotou-se a comparação em relação à distribuição em quatro quadrantes da ordem média de evocação e da ordem média de importância, considerando as críticas recentes enfatizadas por Abric *apud* Oliveira *et al.* (2005), sob o risco de não aparição de cognições essenciais prontamente pelos indivíduos, e sim após uma fase de aquecimento, confiança e redução dos mecanismos de defesa do sujeito. Assim, foi proposta uma análise via comparação entre o ‘rang de aparição’ e ‘rang de importância’, conforme proposto pelo autor.

Neste esquema figurativo, o quadrante superior esquerdo contém as evocações de maior frequência e ordem de evocação inferior à média geral das evocações, correspondendo aos prováveis elementos que compõem o núcleo central da representação. O quadrante superior direito evidencia os elementos da 1ª periferia, ao passo que o quadrante inferior direito evidencia os elementos

constituintes do sistema periférico ou da 2ª periferia. No quadrante inferior esquerdo estão situados os elementos de contraste (SÁ, 1996; OLIVEIRA *et al.*, 2005; VERGÈS, 2002).

A figura 2 demonstra o esquema figurativo da distribuição em quatro quadrantes sobre o conteúdo representacional do ser saudável entre adolescentes, pela ordem de evocação dos sujeitos participantes da pesquisa.

Pela ordem de evocação, os elementos que estão presentes no quadrante superior esquerdo do quadro de quatro casas, “*alimentação*”, “*atividade física*” e “*bem-estar*”, provavelmente, consistem em cognições centrais das representações sociais em foco, sendo as mais importantes e mais frequentes evocações em relação à ordem de palavras evocadas.

OME		< 2,5		≥ 2,5		
Freq. Med.	Termo evocado	Freq	OME	Termo evocado	Freq	OME
≥ 46	Alimentação	231	1,996	Alegria	61	3,115
	Atividade física	221	2,348	Corpo	56	2,804
	Bem-estar	162	2,191			
< 46	Peso	5	2,200	Viver a vida	44	2,591
				Qualidade de vida	27	2,852
				Cuidado	25	2,960
				Estilo de vida	20	3,100
				Acompanhamento médico	20	3,300
				Autoestima	10	3,400
				Amizade	8	3,625
				Amar	7	2,571
				Remédio	5	3,200
				Família	5	3,400
				Diversão	5	3,400
				Educação	5	3,600
				Conhecimento	5	3,800
				Não usar Drogas	5	3,800

FIGURA 2. Esquema figurativo por ordem de evocação: identificação dos possíveis elementos do núcleo central das representações sociais do ser saudável entre adolescentes no município de Vitória da Conquista, Bahia, abril/julho de 2011.

Alimentação e atividade física mantêm estreita relação na medida em que se inserem na questão das necessidades básicas do ser humano, ao passo que o termo “*bem-estar*” diz, em sentido mais amplo, a própria condição de conceituação sobre a temática, entrelaçada desde os pressupostos da concepção do completo bem-estar e não apenas ausência de doenças, disseminada pela OMS, no início do século passado, como a moderna noção ampliada de saúde.

As cognições alimentação e “*bem-estar*”, constituintes do quadrante superior esquerdo mantém estreita relação com estudo realizado por Reis, Oliveira e Gomes (2009) entre adolescentes de escolas públicas do Rio de Janeiro, evidenciando que estes referiram essas cognições como dimensões que envolvem hábitos de vida e bem-estar, respectivamente. O termo alimentação também fora apontado como provável núcleo central em estudo realizado por Cromack; Bursztyn e Tura (2009) entre adolescentes escolares também no Rio de Janeiro.

A alimentação é interpretada como comportamento, prática que proporciona uma condição de saúde, numa perspectiva positiva, algo intrínseco ao seu processo de cuidar. Envolve o conhecimento sobre alimentação saudável como elo para seu desenvolvimento orgânico e para manutenção de uma vida saudável. Constitui-se como a cognição com maior destaque no *rang* de evocação, com frequência de evocação de 231 e OME de 1,996.

A cognição “*bem-estar*” envolve os preceitos relacionados ao estado de saúde e à ausência de doenças e enfermidades, conforme preconização da OMS, tão difundida socialmente.

A atividade física, enquanto elemento constituinte do núcleo central do processo ser saudável, mantém estreita relação com a disseminação ascendente na contemporaneidade da epidemiologia da atividade física e sobre a importância desta para prevenção de doenças, e, eventualmente, promoção da saúde. Contrapõe-se aos achados de Reis; Oliveira, Gomes (2009) e Cromack; Bursztyn e Tura (2009), que o identificaram enquanto elemento constituinte da 2ª periferia, pouco frequente e definido como menos importante pelos sujeitos da pesquisa.

O núcleo central, exercendo seus papéis de gerador, organizador e estabilizador de uma representação, constitui-se como uma base consensual, mostrando-se como um elemento mais estável e rígido, resultante da memória coletiva e do sistema de normas do grupo em questão.

No quadrante superior direito do quadro de quatro casas foram identificados os elementos “*alegria*” e “*corpo*”, designados enquanto elementos constituintes da primeira periferia da representação social sobre o ser saudável, no qual designa os componentes periféricos mais relevantes, possuindo maior frequência e maior ordem de evocação, entretanto, com menor importância segundo os sujeitos. Reis; Oliveira, Gomes (2009) apontam que a alegria está diretamente relacionada a um estado psicológico favorável e otimista.

No quadrante inferior esquerdo encontra-se a cognição “*peso*”. Este quadrante, denominado de zona de contraste, designa os enunciados com menor quantitativo de evocações, embora sejam referidos como muito importantes por um pequeno grupo de sujeitos. Vale ressaltar que essa cognição apresenta a 3ª posição na ordem de OME da representação, com 2,20 e frequência 5. Pode consistir em uma cognição que reforça tanto o conhecimento como a conduta em relação às cognições centrais, na medida em que o controle do peso está vinculado à alimentação adequada, prática de atividade física e ao próprio cuidado com o corpo.

Os termos “*viver a vida*”, “*qualidade de vida*”, “*cuidado*”, “*estilo de vida*”, “*acompanhamento médico*”, “*autoestima*”, “*amizade*”, “*amar*”, “*remédio*”, “*família*”, “*diversão*”, “*educação*”, “*conhecimento*” e “*não usar drogas*” estão inseridos no quadrante inferior direito, configurando-se enquanto segunda periferia da representação social em questão, com evocações menos frequentes e maior ordem de evocação, definidos como menos importante pelos sujeitos da pesquisa. Entre estes, *viver a vida* é considerado o mais importante, com frequência de 44 e ordem média de evocação de 2,59.

Os elementos constitutivos da 2ª periferia englobam dimensões diversas: de relacionamentos (família, amizade e amar), das condições socioeconômicas e dinâmica da vida social (*viver a vida*, *qualidade de vida* e *estilo de vida*), da assistência e ações de saúde (*acompanhamento médico* e *remédio*), a informação veiculada e apropriada nas relações sociais (*conhecimento* e *educação*) assim como a prevenção da saúde (*cuidado* e *não usar drogas*).

Contrapõem-se aos elementos do núcleo central, rígidos e consensuais, na medida em que estes apresentam características subjacentes no plano conceitual, sendo mais flexíveis, em evolução, permitindo possibilidades de contradições.

Nessa perspectiva, os adolescentes apresentam representações sociais sobre ser saudável em estreita relação com o envolvimento das condições socioeconômicas e a complexa dinâmica que envolve a vida social, o cotidiano, a escola, às necessidades e ao estilo de vida adotado. Vale ressaltar que estes elementos periféricos provavelmente funcionam como orientadores de condutas positivas dos sujeitos, na medida em que estão relacionados com a ideia de conhecimento e de disseminação deste enquanto produto socialmente construído.

No que tange à distribuição nos quatro quadrantes da estrutura organizacional do ser saudável, segundo ordem de importância atribuída pelos sujeitos da

pesquisa, através da hierarquização das cognições enunciadas, foram perceptíveis pequenas variações, mas pertinentes mudanças relacionadas à variação da ordem média de importância atribuída e distribuição nos quadrantes. A figura 3 demonstra o esquema figurativo do sistema de quatro casas do ser saudável, por ordem de importância.

OMI		< 2,5		≥ 2,5		
Freq. Med.	Termo evocado	Freq	OMI	Termo evocado	Freq	OMI
≥ 46	Alimentação	231	2,082	Atividade física	221	2,643
	Bem-estar	162	2,111	Alegria	61	2,656
				Corpo	56	3,000
< 46				Viver a vida	44	2,545
				Qualidade de vida	27	2,704
				Cuidado	25	2,680
	Autoestima	10	2,400	Acompanhamento médico	20	3,000
	Amar	7	1,857	Estilo de vida	20	3,050
	Família	5	1,800	Amizade	8	3,375
				Educação	5	2,600
				Peso	5	2,800
				Conhecimento	5	3,000
				Diversão	5	3,200
				Não usar Drogas	5	3,200
				Remédio	5	3,600

FIGURA 3. Esquema figurativo por ordem de importância: identificação da estrutura dos elementos das representações sociais do ser saudável entre adolescentes no município de Vitória da Conquista, Bahia, abril/julho de 2011.

Os elementos que compõem o núcleo central nessa lógica são “*alimentação*” e “*bem-estar*”. A cognição “*atividade física*” migrou do núcleo central para elemento da 1ª periferia, porém, mantendo sua forte tendência à centralidade, avaliando sua frequência e ordem média de importância. Dos elementos que compõem a zona do núcleo central da representação sobre ser saudável, o termo *alimentação* sobressai-se, com maior destaque dado à frequência de evocação de 231 e ordem média de importância de 2,19.

A primeira periferia passa a ter nova configuração, estando constituída pelas cognições “*atividade física*”, “*alegria*” e “*corpo*”. As cognições presentes na zona de contraste, “*autoestima*”, “*amar*” e “*família*”, designam um subgrupo que remete o ser saudável para questões relacionadas ao sentir-se bem consigo mesmo, ao cuidado familiar e às relações intersubjetivas enquanto elo estratégico na manutenção do ser saudável. “*Família*”, com frequência 5 e OMI de 1,800, e “*amar*”, com frequência 7 e

OMI de 1,857, constituem-se como as cognições de maior destaque no *rang* de importância do ser saudável entre adolescentes.

No quadrante inferior direito, correspondente à 2ª periferia, ocorreram as variações mais significativas do processo de formação do esquema figurativo, e, conseqüentemente, da estrutura da representação. As cognições “*autoestima*”, “*amar*” e “*família*”, antes pertencentes à segunda periferia, foram deslocadas para a zona de contraste, ao passo que a cognição “*peso*” fez caminho inverso, saindo da zona de contraste e compondo a 2ª periferia.

Os termos “*viver a vida*”, “*qualidade de vida*”, “*cuidado*”, “*estilo de vida*”, “*acompanhamento médico*”, “*amizade*”, “*remédio*”, “*diversão*”, “*educação*”, “*conhecimento*” e “*não usar drogas*”, configuram-se enquanto elementos da segunda periferia nas duas distribuições dos *rangs*, de evocação e importância. Estes se configuram enquanto cognições que protegem o núcleo central, exercendo função reguladora, traduzindo os conhecimentos, sentimentos e atitudes vivenciadas pelos sujeitos no cotidiano da dinâmica social em que estão inseridos.

Nessa perspectiva, segundo Oliveira *et al.* (2005), os elementos periféricos mantêm uma relação de interface entre o núcleo central e a realidade concreta, na qual são elaboradas e disseminadas as representações. Os adolescentes representam o ser saudável diretamente associado à alimentação, à atividade física e ao “*bem-estar*”, sendo que os elementos periféricos se relacionam com as atitudes, conhecimento e práticas voltadas para manutenção da mesma.

2ª CATEGORIA – DIMENSÃO HÁBITOS DE VIDA

A categoria hábitos de vida agrupa as unidades de análise temáticas que evidenciam aspectos vinculados ao comportamento humano, à adoção de atitudes que propiciam ao indivíduo uma condição favorável de saúde. Esta se constitui como a maior categoria, composta por um total de 168 unidades de análises, perfazendo 49,3% das unidades temáticas destacadas na análise dos dados da entrevista aberta.

A tabela 2 apresenta a frequência das análises temáticas e dos valores em percentis, subdivididas nas subcategorias Alimentação Saudável, Atividade Física, Cuidado com a Saúde e Não utilizar Drogas.

Atividade física e alimentação saudável mantêm uma interdependência, fazendo parte do conjunto de parâmetros individuais, que, em consonância com parâmetros socioambientais, modificáveis ou não, vão caracterizar as condições em que vive o ser humano. Nery *et al.* (2009), em trabalho realizado sobre concepção de saúde de adolescentes, apontam para a importância da atividade física e da alimentação saudável enquanto elos para melhoria das condições de saúde, salientando para as evidências científicas que as associam com a saúde.

TABELA 2. Distribuição das unidades temáticas e percentuais das subcategorias da categoria Hábitos de Vida, segundo população de estudo, Vitória da Conquista, Bahia, 2011.

SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE ANÁLISE	
	F	%
Alimentação Saudável	78	46,4
Atividade física	70	41,7
Cuidado com a saúde	11	6,5
Não usar drogas	9	5,4
T O T A L	168	100

A subcategoria **Alimentação Saudável**, preponderantemente a maior subcategoria do elenco, é formada por 78 (46,4%) unidades de análise que vinculam a alimentação enquanto necessidade básica do ser humano. A manutenção de hábitos alimentares saudáveis configura-se como uma das nuances pela manutenção de estilo de vida adequado. O quadro 6 apresenta o Extrato das unidades de análise temáticas vinculadas à alimentação.

Esta subcategoria envolve a segurança alimentar e direito à alimentação, bem como uma reeducação quanto ao consumo, em variedade, quantidade e qualidade de alimentos no dia-a-dia.

As práticas alimentares construídas socialmente estão ligadas a questões de ordem subjetiva, social, cultural, de disponibilização de alimentos em quantidade e qualidade apropriados, e revelam que nem sempre a preocupação com a saúde vem acompanhada por mudanças e manutenção de um comportamento alimentar definido enquanto prática saudável.

	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE ANÁLISE
DIMENSÃO Hábitos de Vida	ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL	<p>(E1⁴): ter uma alimentação (...) livre de gorduras e açúcares demais (...) Eu me alimento bem (...) (E3): ter uma boa alimentação diariamente [4]⁵ (...) (E4): ter uma boa alimentação balanceada (...) (E5): não exagerar na comida gordurosa [2] (...) (E6): É saber fazer a escolha certa dos alimentos (...) (E8): ter uma alimentação balanceada, comer frutas, verduras e legumes, sem alimentos gordurosos (...) (E9): Ser saudável significa ter uma boa alimentação [2] (...) uma boa alimentação é sempre comer carboidratos, frutas, verduras e não essas besteiras, tipo, salgadinhos, bolachas, que é gostoso mas não tem nada de nutrientes (...) (E10): eu já tenho minha alimentação bem (...) ter boa alimentação, tomar bastante água (...) (E11): faz aquela alimentação com frituras, gordurosas, que seriam prejudicial à saúde (...) Hoje é muito raro uma pessoa ir em casa e ter aquela alimentação comum, como o feijão e o arroz [2] (...) (E13): É proteínas por aí, sem deixar de lado também a carne que também tem algumas coisas (...) quanto mais o prato mais colorido, mais saudável (...) não como muitas verduras, mas eu tenho uma boa alimentação (...) uma boa alimentação (...) (E14): É ter uma alimentação saudável (...) eu não tenho uma boa alimentação (...) (E15): ter uma boa alimentação como frutas, verduras, legumes e evitar o máximo de gorduras [3] (...) sempre regular a alimentação [2] (...) eu não me alimento bem, detesto verduras, dificilmente como uma fruta, raramente como uma fruta (...) O meu lema mesmo é arroz e feijão. E só isso... Arroz, feijão e carne (...) Gosto muito de refrigerante que eu sei que não é bom (...) É necessário sempre manter as suas refeições em dias (...) Eu tenho que comer bastante verduras, vou tentar. (...) (E16): saber que você pode comer tudo aquilo que ela quer, sem fazer mal (...) (E17): manter uma dieta equilibrada, não comer muita fritura, evitar doces, refrigerantes [2] (...) comer mais frutas, verduras, legumes, comer grelhados, evitar carne vermelha (...) eu como bastante salada, não sou de comer fritura, como bastantes frutas e verduras, porque minha mãe já me botou no ritmo desde pequeno. Então, já tô acostumado. Como de tudo, não tem isso, botou no prato eu como. (...) (E18): elas se alimentam mal (...) no normal tem uma quantidade de calorias que você tem que comer no dia-a-dia, tem uma quantidade de carboidratos, essas coisas... de proteínas, e o normal é que nem todas as pessoas comem as coisas que é necessário (...) (E19): Porque nosso corpo precisa de alguns nutrientes, de bastantes nutrientes, cálcio, essas coisas, e são basicamente encontrados nos alimentos (...) então se a gente não se alimentar bem (...) (E20): se você sabe que alimentação ela te traz benefícios também, ele vai buscar ter uma alimentação boa (...) fazer um almoço balanceado, com uma saladinha e tal, então geralmente é feijão, carne e arroz (...) (E21): é ter uma boa alimentação, o que é possível ser feito em casa, apenas incluindo e consumindo frutas e verduras, ou alimentos saudáveis no dia a dia, excluindo gorduras, doces e outros alimentos que sabemos que nos prejudica. [2] (E22): Alimentação é ter uma boa alimentação e comer verduras, frutas, tomar sucos da fruta mesmo, sem ser daqueles pozinhos. (...) (E23): É pouco açúcar, não muita, gordura também sem excesso... acho que só. Vitaminas, ferro, tudo, essas coisas. Os nutrientes, né? [2] (...)</p>

QUADRO 6. Extrato das unidades temáticas sobre alimentação, segundo sujeitos da pesquisa, Vitória da Conquista, BAHIA, 2010.

⁴ Os entrevistados foram designados com a letra E, seguido do número que aponta a ordem das entrevistas.

⁵ Número de vezes que foram citadas as unidades temáticas.

Esta subcategoria remete a várias possibilidades de discussão. Inicialmente, e de forma mais acentuada, prevalece à representação da alimentação como aspecto importante do estilo de vida na busca e manutenção da saúde. Balancear, excluir alimentos não nutritivos e prejudiciais, conhecê-los e colocá-los na rotina alimentar evidenciam as unidades de análise que retratam veementemente essa afirmação.

ter uma alimentação balanceada (...), boa alimentação diariamente (...), É saber fazer a escolha certa dos alimentos (...), Ser saudável significa ter uma boa alimentação [2] (...) se você sabe que alimentação ela te traz benefícios também, ele vai buscar ter uma alimentação boa (...).

No pensamento contemporâneo, conforme aponta Laplantine *apud* Garcia (1997), existe a tendência de classificar os alimentos em “bons” ou “maus”, independente do sexo, idade ou qualquer condição aparente do indivíduo. Segundo as representações encenam, os elementos frutas, verduras, legumes e água perfazem os alimentos bons, enquanto gordura, açúcar, sal, salgadinhos, frituras, sucos de pozinhos e bolachas como os alimentos vilões, conforme evidenciado:

ter uma alimentação balanceada, comer frutas, verduras e legumes, sem alimentos gordurosos, (...) livre de gorduras e açúcares demais (...), uma boa alimentação é sempre comer carboidratos, frutas, verduras e não essas besteiras, tipo, salgadinhos, bolachas, que é gostoso mas não tem nada de nutrientes (...), ter boa alimentação, tomar bastante água, quanto mais o prato mais colorido, mais saudável, (...) manter uma dieta equilibrada, não comer muita fritura, evitar doces, refrigerantes [2] (...) comer mais frutas, verduras, legumes, comer grelhados, evitar carne vermelha (...), Alimentação é ter uma boa alimentação e comer verduras, frutas, tomar sucos da fruta mesmo, sem ser daqueles pozinhos.

Partindo dos pressupostos deste autor, e com base no termo alimentação mais utilizado nas unidades de análise, infere-se que esta referência à alimentação traz em si uma matriz representacional ligada ao conteúdo técnico, com um enfoque na norma, na dieta regulada. As representações sociais sobre alimentação e saúde apresentam uma mobilidade, e as informações veiculadas não são elementos preponderantes na determinação do comportamento alimentar saudável.

As atitudes em relação à alimentação voltada para a saúde são circunstanciais, vinculadas a situações e experiências individuais, situações sociais,

gosto, hábito, situação econômica, valores, entre outros. Propõe-se, de forma emblemática, a necessidade da incorporação da educação alimentar como estratégia no campo individual e coletivo, possibilitando intervenções, reformulações e adaptações à dimensão alimentação.

Outrossim, os sujeitos apontam a sua adoção por um alimentação balanceada no dia-a-dia, ou não, conforme unidades de análise antagônicas a seguir: *Não cuida da alimentação (...), eu não me alimento bem, detesto verduras, dificilmente como uma fruta, raramente como uma fruta (...)* e *Eu me alimento bem (...) eu como bastante salada, não sou de comer fritura, como bastante frutas e verduras, porque minha mãe já me botou no ritmo desde pequeno.*

Lemos; Dallacosta (2005) aponta que os adolescentes são conscientes de como deve ser uma alimentação para prevenir doenças e melhorar a saúde, entretanto, salienta a dificuldade de adotar tais procedimentos na prática diária, prática esta que deve extrapolar o prazer pelo alimento e incorporar a importância do consumo de uma alimentação balanceada e nutritiva para constituir-se como ser saudável.

Outro ponto importante salientado nas unidades de análise diz respeito à dificuldade da contemporaneidade em adotar uma alimentação balanceada, devido ao contexto e necessidades socioeconômicas da família, conforme a unidade de análise expõe: *hoje é muito raro uma pessoa ir em casa e ter aquela alimentação comum, como o feijão e o arroz [2] (...).*

Esta constatação envolve as mudanças do padrão alimentar das famílias num contexto mais geral e, conseqüentemente, dos adolescentes. A importância da alimentação para a concepção e alcance de saúde, com base na representação que está estruturada no seio social, advém de uma relação de equilíbrio entre necessidade, segurança alimentar e disponibilidade de alimentos. O contexto supracitado funciona, contraditoriamente, como uma fonte de representação das causas de doenças.

A preocupação atual com a alimentação a direciona enquanto veículo de garantia de boa saúde. A promoção da saúde e a prevenção de algumas enfermidades podem ser alcançadas por meio da mudança nos hábitos alimentares, em consonância com a manutenção da prática de atividade física, estes considerados enquanto fatores de proteção para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis.

Essas doenças crônico-degenerativas podem ser causadas pelas influências alimentares do grupo social. Geralmente, os indivíduos tendem a adotar os hábitos alimentares praticados pelo grupo social de pertença, pois a comida está diretamente relacionada à nossa identidade social.

Na adolescência, os aspectos psicossociais não vão influenciar apenas os processos de nutrição, mas também a busca da personalidade, a aceitação do próprio corpo que está se transformando, a identificação com o grupo e também o desenvolvimento do pensamento abstrato.

Em estudo sobre hábitos alimentares de adolescentes, Lemos; Dallacosta (2005) apontam que estes, em geral, mesmo com todo conhecimento sobre alimentação saudável e dos riscos da má alimentação, não consideram sua alimentação saudável, sendo influenciados pelas recomendações do grupo do qual fazem parte ou que pretendem fazer, optando por alimentos da “moda”, que normalmente são considerados como *junk foods*, isto é, uma expressão pejorativa que significa comida lixo. As unidades de análise abaixo explicitam tal situação:

Uma boa alimentação é sempre comer carboidratos, frutas, verduras e não essas besteiras, tipo, salgadinhos, bolachas, que é gostoso mas não tem nada de nutrientes (...); Gosto muito de refrigerante que eu sei que não é bom (...); manter uma dieta equilibrada, não comer muita fritura, evitar doces, refrigerantes [2] (...); elas se alimentam mal (...); é ter uma boa alimentação, o que é possível ser feito em casa, apenas incluindo e consumindo frutas e verduras, ou alimentos saudáveis no dia a dia, excluindo gorduras, doces e outros alimentos que sabemos que nos prejudica. [2]

A questão parece ser bem mais complexa, pois comer, conforme análise em várias ciências, não é apenas uma atividade para obter nutrientes, envolve uma série de influências culturais, sociais, econômicas, psicológicas e históricas (CASOTTI, 2002). A importância das representações sobre alimentação entre adolescentes fornece subsídios para compreensão desta na dinâmica social, favorecendo a adoção de planos de ação para intervenção.

A segunda subcategoria vinculada ao hábito de vida se refere à prática regular da **Atividade Física**, como componente imprescindível de uma vida ativa. Apresentando 70 unidades de análise temática, constitui-se como a segunda temática mais apontada dentre todo o bojo do conteúdo analítico, representando 41,7% das unidades desta categoria. O quadro 07 evidencia o extrato de suas unidades de análise.

DIMENSÃO Hábitos de Vida	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE ANÁLISE
	ATIVIDADE FÍSICA	<p>(E1): praticar esportes regularmente [2] (...) pratico esportes, vôlei, por exemplo. (...) (E2): práticas de exercício físico (...) (E3): fazer exercício físico [2] (...) (E4): praticar muito esporte ajuda (...) eu pratico demais, eu adoro jogar bola (...) (E5): sempre buscar a prática de exercícios físicos [2] (...) (E6): praticar esportes (...) praticar esportes pra poder assim se desestressar (...) (E7): ter uma vida ativa [2] (...) (E8): Praticar esportes (E9): E estar sempre praticando esportes (...) condições pra ir pra academia (...) Mas uma caminhada já ajuda, os exercícios diários em casa mesmo já ajuda (...) com atividades físicas [2] (...) (E10): praticar exercícios físicos (...) atividade física (...) Eu faço caminhada (...) praticar algum tipo de esportes (...) (E11): se as pessoas praticassem mais atividade física, porque estaria mais se exercitando. (...) Hoje elas se tornam sedentárias por causa de alguns entretenimentos, como televisão, computadores e videogames e muitas se tornam inativas [2] (...) a prática de atividade física (...) porque ele estaria exercitando o corpo (...) prática de atividades física quase eu não pratico (...) a gente nem tem tempo assim de praticar atividade física. [2] (...) (E13): em movimento com atividades físicas e esportes também (...) atividades físicas diariamente, mantendo o corpo em movimento [2] (...) (E14): (...) Faltam órgãos no meu bairro, porque geralmente pra se fazer exercício a gente faz exercícios uma vez por semana na escola e então eu acho que não é suficiente, não acho regular (...) você fazer exercícios é a academia (...) Então eu acho que tinha que ter órgãos no bairro que pudessem trazer os jovens para fazer ginástica, exercício, dança, todo esse tipo de coisa. (...) (E15): sempre com exercício físico (...) fazer bastante exercício físico (...) (E17): não se manter sedentário (...) (E18): praticar exercício é sempre bom você fazer em grupo (...) (E19): praticar atividade física [2] (...) a caminhada que ajuda na circulação (...) (E20): Os exercícios físicos para ajudar na saúde [3] (...) se você sabe que aquele exercício físico vai lhe fazer bem, você vai buscar fazer aquele exercício (...) ter tempo para fazer atividade física (...) (E21): É realizar atividade física com frequência, e tendo a orientação de um profissional [2] (...) (E22): praticar esportes [4] (...) (E23): a pessoa praticar esportes [2] (...) eu pratico pouco esporte, só no final de semana só (...) (E24): praticar exercícios físicos com uma orientação profissional, hã... Praticar esportes (...).</p>

QUADRO 7. Extrato das unidades temáticas sobre atividade física, segundo sujeitos da pesquisa, Vitória da Conquista, BAHIA, 2011

Nas últimas décadas tem-se, de forma mais acentuada, relacionado à atividade física como promotora de saúde, a partir das evidências científicas entre o baixo nível de atividade física como importante fator de risco no desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas, como diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares, dentre outras.

As recomendações sobre atividade física enquanto promotora de saúde englobam a relação dose-resposta, com benefícios que perpassam a melhoria da aptidão física pessoal, redução do risco de desenvolvimento de morbidades crônicas e prevenção ao ganho de peso (HASKELL *et al*, 2007).

O sujeito ativo predispõe o organismo a uma série de transformações, sejam nos aspectos antropométricos, metabólicos, fisiológicos e psicológicos, que favorecem um desenvolvimento mais coeso e harmônico, tendendo a redução de danos e agravos, e, conseqüentemente, a manutenção de um estilo de vida mais saudável.

Optou-se em considerar todos os conteúdos da cultura corporal de movimento enquanto atividade física, compreendendo esta enquanto como qualquer movimento corporal, produzido pelos músculos esqueléticos, que resulta em gasto energético maior do que os níveis de repouso. Pode ser exemplificada por esportes, jogos, lutas, exercícios físicos, danças e outras atividades de lazer, locomoção e ocupação profissional (PITANGA, 2001).

Assim, as expressões esporte, atividade física, jogo, dança, andar, ciclismo, dentre outras possibilidades apontadas pelos entrevistados, foram circunscritas no âmbito da atividade física, expressado como cerne da subcategoria.

Inúmeras são as evidências científicas demonstrando uma inversa associação entre a prática de atividade física regular e o surgimento de morbimortalidades ligadas a este componente. As doenças hipocinéticas consideradas enquanto crônicas não transmissíveis, ligadas a um estilo de vida cada vez mais sedentário, com baixo nível de gasto calórico, advêm como causas diretas de comportamento de alto risco, envolvendo o sedentarismo em associação com outros comportamentos (POLLOCK; WILMORE, 1993; PITANGA, 2001; HASKELL *et al*, 2007).

No discurso dos entrevistados, algumas unidades de análise traduzem essa representação da necessidade de aquisição, manutenção e regularização do processo de ser ativo, com orientação profissional, e fuga de momentos de baixo gasto calórico, enquanto promotora do processo de saúde.

Praticar esportes regularmente (...), práticas de exercício físico (...), sempre buscar a prática de exercícios físicos [2] (...), ter uma vida ativa [2] (...), Hoje elas se tornam sedentárias por causa de alguns entretenimentos, como televisão, computadores e videogames e muitas se tornam inativas [2] (...), atividades físicas diariamente, mantendo o corpo em movimento [2] (...), não se manter sedentário (...) praticar atividade física [2] (...), É realizar atividade física com frequência, e tendo a orientação de um profissional [2] (...)

É perceptível a associação entre atividade física e saúde, que se delinea nos discursos e propagandas midiáticos, e que é assimilado ao conhecimento coletivo como uma construção cultural significativa. Para Cromack, Bursztyn, Tura (2009), quando a mídia veicula a valorização da atividade física, correlacionando-a com a saúde, irá influenciar na organização do sistema periférico da representação social de saúde dos adolescentes.

A propaganda, enquanto modalidade de comunicação das representações, é evidenciada nesse processo, exercendo uma função de regulação, organização e mobilização do comportamento do grupo. A função de orientação das condutas também é evidenciada, guiando comportamentos e práticas dentro de um contexto social específico.

A entrevistada 14 traz nas unidades de análise abaixo discriminadas indagações sobre a necessidade e responsabilização setorial acerca da implementação de programas e implantação de equipamentos que favoreçam a prática de atividade física regular no meio social em que vivem.

“Faltam órgãos no meu bairro, porque geralmente pra se fazer exercício a gente faz exercícios uma vez por semana na escola e então eu acho que não é suficiente, não acho regular (...)” e “Então eu acho que tinha que ter órgãos no bairro que pudessem trazer os jovens para fazer ginástica, exercício, dança... todo esse tipo de coisa (...), praticar exercício é sempre bom você fazer em grupo (...)”

Apenas os entrevistados 12 e 16 não se referiram à atividade física como representação do ser saudável. Em relação à prática de atividade física de forma regular, alguns dos entrevistados apontam também a adoção da não prática de atividade física regular, o que a coloca como aspecto negativo relacionado ao seu estado de saúde.

Eu não pratico exercício físico diariamente (...), prática de atividades física quase eu não pratico (...), a gente nem tem tempo assim de praticar atividade física. [2] (...), Porque eu não faço exercícios [2] (...), não praticam exercício [4] (...), eu não pratico com tanta frequência atividade física (...), eu pratico pouco esporte, só no final de semana só (...).

Provavelmente tal fato esteja ligado às dificuldades relacionadas à falta de tempo, além da falta de equipamentos específicos e locais adequados para prática de atividade física, ausência de programas de intervenção e modificação de comportamento. Aliado a essas questões, soma-se que a partir da adolescência os

indivíduos tendem a diminuir, de forma progressiva, o nível de atividade física, sobretudo entre o sexo feminino.

Em muitos países, desenvolvidos e em desenvolvimento, menos de um terço dos jovens conseguem alcançar algum grau suficientemente ativo, que traga benefícios à saúde, advindos da prática regular da atividade física, sendo que as meninas adolescentes são ainda menos ativas do que os meninos adolescentes. A inatividade física é mais prevalente entre mulheres, idosos, indivíduos de baixo nível socioeconômicos e incapacitados (BRASIL, 2002).

A prática de atividade física regular promove a saúde e condicionamento físico. Em comparação entre indivíduos fisicamente inativos, os ativos apresentam níveis de condicionamento físico, aptidão cardiorrespiratória e músculos mais elevados, bem como apresentam menor índice de gordura corporal, ossos mais rígidos e reduzido sintomas relacionados à ansiedade e depressão.

Outrossim, crescem as evidências que apontam no sentido que crianças e adolescentes regularmente ativos têm maior chance de tornarem-se adulta ativos e mais saudáveis, tendo, em contrapartida, que jovens menos ativos fisicamente deverão se tornar adultos também sedentários, expondo-se, portanto, com maior frequência de distúrbios orgânicos irreversíveis ao longo de toda a vida (HASKELL *et al.*, 2007).

A terceira subcategoria está vinculada à apreensão do **Cuidado com a Saúde**, enquanto medida de prevenção para a manutenção da saúde. Representa 6,5% das unidades de análise, com 11 acepções sobre a temática em questão, sintetizadas no quadro 8.

DIMENSÃO Hábitos de Vida	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE ANÁLISE
	CUIDADO COM A SAÚDE	(E2): cuidar da saúde diariamente (...) para prevenir algumas doenças (...) (E4): também em questão do sexo também (...) Tem que se preservar pra não poder vir prejudicar-se se não usar camisinha (...) ter algum tipo de doença como aids (...) (E9): Sempre tá dedicado a você (...) (E10): então eu já me cuido porque eu já ouvi falar que pode ser genético (...) (E18): é difícil achar pessoas que se cuide (...) (E11): porque se a gente cuidar da nossa saúde a gente vai ficar sempre bem. (...) (E19): porque sempre no começo é mais fácil de se tratar (...) (E23): Evitando doenças (...).

QUADRO 8. Extrato das unidades temáticas sobre cuidado com a saúde, segundo sujeitos da pesquisa, Vitória da Conquista, Bahia, 2011.

Em razão do jovem na idade escolar raramente apresentar disfunções em termos de doenças degenerativas, tem-se investido muito pouco em sua formação quanto à adoção de hábitos de vida que possam inibir o aparecimento futuro dos fatores de risco relacionados a essas doenças. O fato de os sintomas provenientes das doenças degenerativas ainda não terem se manifestado nessa fase não significa que o jovem está imune aos fatores de risco que na sequência possam provocar um estado de morbidez e/ou mortalidade.

A questão da prevenção de doenças sobressai-se como um dos quesitos apontados para obtenção da saúde. Entendendo a ação da prevenção enquanto um dos processos que devem estar pautados todas as ações de saúde, em nível individual e coletivo, é perceptível que as representações sobre esta subcategoria apontem para a compreensão e ação individual de cada sujeito perante sua condição de saúde-doença. As unidades de análise traduzem tal concepção, na medida em que apontam que é necessário

cuidar da saúde diariamente (...) para prevenir algumas doenças (...)
Sempre tá dedicado a você (...) então eu já me cuido porque eu já ouvi falar que pode ser genético (...) é difícil achar pessoas que se cuida (...) porque se a gente cuidar da nossa saúde a gente vai ficar sempre bem (...) porque sempre no começo é mais fácil de se tratar (...) Evitando doenças (...)

A temática sexualidade aparece nessa subcategoria, atrelada à prevenção e cuidado a saúde, justamente devido às campanhas de conscientização veiculadas pelo serviço de saúde, nas unidades escolares, pela mídia e nas relações intrafamiliares. As unidades de análise vinculam o ser saudável “*em questão do sexo também (...)*”, “*tem que se preservar pra não poder vir prejudicar-se se não usar camisinha*”, “*(...) ter algum tipo de doença como aids (...)*”.

Em estudo com adolescentes portadores e não portadores do HIV foi observado que a representação social sobre a aids estrutura-se em torno das cognições ligadas à prevenção. Entretanto, revelou também uma contradição entre os conteúdos do conhecimento e das práticas relatadas pelo grupo. Sugere ainda a necessidade de adoção, por parte das práticas de enfermagem, de uma compreensão dessas representações e, concomitantemente, uma diminuição entre prática e conhecimento científico (THIENGO; OLIVEIRA; RODRIGUES, 2005).

A quarta subcategoria, **Não usar Drogas**, com 09 unidades de análise representando 5,4% do conjunto desta categoria, apoia-se na possibilidade de

alcançar o estado de ser saudável vinculado ao não uso de substâncias lícitas e ilícitas, de forma a manter a integridade orgânica. O quadro 9 apresenta as unidades de análise referentes a esta subcategoria: *“não viver nas drogas, no caminho das drogas [2] (...)”, “eu sei que usar drogas (...)”, “a bebida alcoólica é muito comum [2] (...)” e “não usar drogas, não beber tanto (...)”*.

Outro ponto importante nessa perspectiva está ligado ao uso indiscriminado deste recurso por parte dos adolescentes, como fuga ou como forma de engajamento em grupos de pertença que fazem uso, proporcionando um estilo de vida inapropriado. Os sujeitos apontam que *“os adolescentes bebem (...)”, “seja por briga com a família ou tá dando errado, e muitos correm a esses recursos, né? Vai pra droga ou pra bebida alcoólica. (...)”, “aí usa drogas, bebe bebida alcoólica (...)”*.

DIMENSÃO Hábitos de Vida	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE ANÁLISE
	NÃO USAR DROGAS	<i>(E4): não viver nas drogas, no caminho das drogas [2] (...) (E11): eu sei que usar drogas (...) a bebida alcoólica é muito comum [2] (...) os adolescentes bebem (...) briga com a família ou tá dando errado, e muitos correm a esses recursos, né? Vai pra droga ou pra bebida alcoólica. (...) (E14): aí usa drogas, bebe bebida alcoólica (...) (E17): não usar drogas, não beber tanto (...).</i>

QUADRO 9. Extrato das unidades temáticas sobre não usar drogas, segundo sujeitos da pesquisa, Vitória da Conquista, Bahia, 2011.

No campo da disseminação de informações, a mídia desempenha um papel de acessibilidade rápida a informações, contribuindo para o desenvolvimento de aspectos positivos perante o indivíduo. Entretanto, os meios de comunicação exploram o conteúdo do uso de drogas lícitas, principalmente o cigarro e a bebida alcoólica, no meio publicitário. As drogas ilícitas também são apresentadas, não em propagandas, mas telejornais, em filmes, novelas, dentre outros programas. Para Santos *et al.* (2005), esse fenômeno constitui numa violência expressa pela mídia.

3ª CATEGORIA – DIMENSÃO BEM-ESTAR

A terceira categoria compreende a dimensão bem-estar, composta pelas subcategorias Bem-estar, Corpo, Felicidade e Sem estresse, constituindo-se por 103 unidades de análise temáticas. A tabela 3 apresenta a distribuição das

subcategorias componentes desta categoria, com valores relativos e percentuais das unidades de análise do conteúdo representacional.

TABELA 3. Distribuição das unidades temáticas e percentuais das subcategorias da categoria Bem-estar, segundo população de estudo, Vitória da Conquista, Bahia, 2011.

SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE ANÁLISE	
	F	%
Bem-estar	35	34,0
Corpo	34	33,0
Felicidade	16	15,5
Sem estresse	18	17,5
TOTAL	103	100

A subcategoria **bem-estar** responde por 35 unidades de análise (34%), englobando os significados do ser saudável, numa concepção ampliada de saúde, partindo da definição da Organização Mundial de Saúde de 1948. Esta subcategoria, que permite uma compreensão naturalística do processo saúde numa visão estritamente cartesiana, foi desenvolvida no final da década de 70 do século XX, que caracterizava saúde enquanto a simples ausência de doença.

O quadro 10 apresenta o extrato das unidades temáticas sobre saúde, segundo sujeitos da pesquisa.

DIMENSÃO Bem-estar	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE ANÁLISE
	BEM-ESTAR	<p>(E2): ser saudável me lembra ausência de doença [2] (...) (E5): Manter o corpo e a mente em equilíbrio (...) (E7): não precisa necessariamente só ter uma boa saúde, ela precisa ter uma mente saudável também, um físico saudável e tudo aquilo em conjunto que ela se sinta bem. [3] (...) com sua saúde (...) (E11): ter um cuidado na mente e no corpo (...) (E12): como o próprio conceito já diz, ser saudável é viver livre de enfermidades e de doenças (...) (E13): ser são sem doenças ou sem nenhuma enfermidade (...) (E14): não ter doenças (...) bem-estar tanto físico e emocional e psicológico [4] (...) (E15): é a pessoa estar no estado físico perfeito (...) (E16): não tenho assim nenhum problema de saúde [2] (...) nenhum problema que possa me prejudicar na vida (...) (E18): principalmente não está saudável mentalmente (...) (E19): melhorar a sua saúde (...) tá vendo como tá a sua saúde [2] (...) (E20): Ser saudável é... Ser e ter, uma mente e um corpo em condições boas, porque não adianta ter uma saúde boa física, e a mental não tá boa, ela também prejudica a saúde física, então se uma pessoa tem uma mente equilibrada (...) na parte psicológica, se você tem um lugar que você se sente bem [4] (...) a pessoa tem que se preocupar principalmente com a saúde física, mas essa saúde física ela não vem sozinha (...) para ter a saúde física e a psicológica (...) tem uma saúde condizente (...) (E21): o nosso estado emocional também interfere na nossa saúde (...) (E22): não ter assim, doenças, esse tipo de coisa (...)</p>

QUADRO 10. Extrato das unidades temáticas sobre saúde, segundo sujeitos da pesquisa, Vitória da Conquista, Bahia, 2011.

No discurso dos entrevistados é possível identificar a conformação dessa representação de saúde, corroborando com as hipóteses iniciais do estudo, de que, para muitos adolescentes, a ideia de saúde como ausência de doença ainda é marcante, fornecendo subsídios sobre sua conduta e apreensão sobre o processo saúde-doença, conforme explicitado nas unidades de análise abaixo.

Ser saudável me lembra ausência de doença [2] (...) como o próprio conceito já diz, ser saudável é viver livre de enfermidades e de doenças (...) ser são sem doenças ou sem nenhuma enfermidade (...) não ter doenças (...) não tenho assim nenhum problema de saúde [2] (...) nenhum problema que possa me prejudicar na vida (...) não ter assim, doenças, esse tipo de coisa (...).

Destarte, não se deve perder de vista que a consolidação da ideia de saúde como ausência de doença está pautada no modelo de atenção médico-assistencial-privatista, ponto chave para o entendimento das representações e implementações de políticas voltadas para a assistência à saúde (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998).

A questão do bem-estar surge de forma contundente, englobando a definição clássica de saúde, promulgada na carta de princípios de 7 de abril de 1948, entendendo a saúde como *“o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”*.

Dessa forma, envolve uma noção subjetiva de bem-estar que abarca desde as necessidades biológicas (bem-estar físico), psicológicas (bem-estar mental) e sociais (bem-estar social). Neste sentido, a representação da saúde traz em seu bojo uma condição de satisfação destas necessidades, de forma abrangente, perfeita.

Manter o corpo e a mente em equilíbrio (...) não precisa necessariamente só ter uma boa saúde, ela precisa ter uma mente saudável também, um físico saudável e tudo aquilo em conjunto que ela se sinta bem [3] (...), ter um cuidado na mente e no corpo (...) bem-estar tanto físico e emocional e psicológico [4] (...) é a pessoa estar no estado físico perfeito (...). Ser saudável é... Ser e ter, uma mente e um corpo em condições boas, porque não adianta ter uma saúde boa física, e a mental não tá boa, ela também prejudica a saúde física, então se uma pessoa tem uma mente equilibrada (...) na parte psicológica, se você tem um lugar que você se sente bem [4] (...) a pessoa tem que se preocupar principalmente com a saúde física, mas essa saúde física ela não vem sozinha (...) para ter a saúde física e a psicológica (...) principalmente não está saudável mentalmente (...)

Em 1974, a partir da contribuição de alguns teóricos sobre a concepção de saúde e sua operacionalização, inicia-se um processo de reformulação do conceito. Esta compreensão foi descaracterizada e contraposta com os preceitos da saúde enquanto completo bem-estar físico, mental e social, enfocando-a em multiaspectos da vida humana e não numa forma singular e pontual.

Para seu real entendimento, devemos analisá-la de forma ampla e multidimensional, abordando suas dimensões de ordem perceptiva, cognitiva, comportamental e afetiva. Compreende uma representação hegemônica, na medida em que designam um conhecimento largamente estruturado e partilhado no meio social, considerados indiscutíveis, exercendo uma relação de coerção.

Nota-se que a noção de bem-estar apresenta-se num sentido de plenitude, completude, conferindo um sentido primaz ao objeto. Consensualmente, esta definição encontra-se disseminada de forma global, mesmo sendo passível de críticas desde as últimas décadas do século XX. Uma dessas críticas diz respeito ao destaque entre o físico, o mental e o social, característica da noção cartesiana da divisão mente-corpo, do social, considerado como interagente.

Vale ressaltar que a população de adolescentes constitui-se como sujeitos de riscos, e que os aspectos relacionados ao estilo de vida adquirem um importante atributo em relação a outros aspectos não menos pertinentes. A alimentação inadequada, o sedentarismo, sexualidade e dst's, aids, gravidez e violência os remetem a um padrão epidemiológico de risco e agravos na saúde (CROMACK, BURSZTYN, TURA, 2009).

Os ideais consolidados da saúde enquanto bem-estar e como ausência de doenças, vinculados ao modelo médico-centrado, assistencial-privatista por natureza, tornam-se um núcleo da representação que estes indivíduos assimilam, de forma contundente, nas interrelações comunitárias, servindo de base estruturante para sua compreensão de mundo, ações e aspirações.

Assim, o pressuposto de que a saúde estaria focada nessa conjuntura é demonstrado nas unidades de análise, com ênfase em aspectos inerentes a vida cotidiana, suas necessidades e problemas (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998).

Com a contribuição de Marc Lalonde, o conceito de saúde começa a ampliar-se, apontando os fatores que intervêm sobre a saúde, e sobre os quais a saúde pública deve, por sua vez, intervir. O campo da saúde vai abranger a parte biológica, a parte ambiental, o estilo de vida e a organização da assistência à saúde (SCLIAR,

2007). Passa, sobremaneira, a envolver o reconhecimento do direito à saúde e da obrigação do Estado quanto à promoção e prevenção da saúde.

O paradigma contemporâneo do processo saúde-doença extrapola a concepção estrita por domínios, conferindo saúde, enquanto estados de um mesmo processo, composto por fatores biológicos, econômicos, culturais e sociais.

Tais aspectos estão relacionados às necessidades cotidianas que os indivíduos defrontam-se, como moradia, transporte, segurança, assistência médica, condições de trabalho e remuneração, educação, opções de lazer, meio-ambiente dentre outros. Para Almeida *et al.*(1998), tal processo deve compreender todos os condicionantes e variáveis que estão inter-relacionados historicamente às questões da doença e saúde, denotando a produção cultural do contexto em particular.

A Constituição Federal de 1988, no artigo 196, evidencia saúde, pautada nos princípios da promoção da saúde, como uma diretriz que deve nortear e organizar o SUS, como *“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”*. Este é o princípio que norteia o Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil (BRASIL, 1990; SCLiar, 2007).

Os multifatores e condicionantes que determinam saúde estão vinculados à alimentação, à moradia, ao saneamento básico, ao meio ambiente, ao trabalho, à renda, à educação, ao transporte, ao lazer e ao acesso aos bens e serviços essenciais. Esta subcategoria também traz o conceito e a necessidade de avaliação da autoestima, e apresenta apenas uma unidade de análise, sustentando que o ser saudável é aquele que consegue viver *“com sua autoestima boa (...)”*.

Inclui-se nesse entendimento a avaliação subjetiva de si própria, com polos antagônicos, com crenças, emoções e definição de comportamento, característica de personalidade ou como uma condição psicológica temporária, denominada de estado de autoestima. Mantém uma expressiva presença na categoria sobre imagem do ser saudável, expressada pelas evocações da TEP.

Conforme explicitada no esquema figurativo provindo do EVOC, autoestima migrou do esquema figurativo da composto pela ordem de evocação, apresentando ordem média de evocação de 3,400 para inserir-se na zona de contraste, quando levado em conta a ordem de importância atribuída pelos sujeitos, com média de ordem de importância de 2,400. Os elementos inseridos na zona de contraste

apresentam a característica de serem enunciados com número pequeno de evocações, embora sejam referidos como muito importantes por um pequeno grupo de sujeitos.

A subcategoria **Corpo** congrega aspectos relacionados ao próprio corpo, condicionamento físico e a questão do peso adequado, conforme apontado pelas 34 unidades de análise, dentre as 103 da categoria bem-estar, representando 33% destas.

Sobre este corpo que se refere os sujeitos, as unidades de análise traduzem um significado pautado no aspecto físico, tendo por base associação entre o condicionamento físico e a ideia de obtenção de um corpo fisicamente saudável, possibilitando a profilaxia e prevenção de doenças, pautado num paradigma de aptidão física relacionada à saúde. O quadro 11 evidencia o extrato de suas unidades de análise.

DIMENSÃO Bem-estar	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE ANÁLISE
	CORPO	<p>(E2): Ótimo peso e enfim (...) (E3): É você ter disposição pra fazer as coisas [3] (...) (E5): buscando melhoramento físico (...) corpo está em bom estado (...) manter o corpo em equilíbrio (...) (E6): melhorar o condicionamento físico (...) (E8): É ter uma rotina onde o seu corpo seja beneficiado (...) (E9): tá sempre cuidando do corpo (...) (E10): estar no peso adequado (...) (E11): o corpo fica mais leve (...) aí seria algo prejudicial ao corpo [2] (...) hoje as pessoas têm maltratado muito o corpo (...) nós nunca devemos contaminar o nosso corpo com essas coisas impuras (...) O corpo é um templo! (...) o médico fala que o corpo conversa conosco (...) Então a gente tem que cuidar do nosso corpo [4] (...) (E12): o que mais compensa no corpo da pessoa (...) (E13): manter o corpo saudável (...) (E14): O físico? O físico é o corpo (...) geralmente a maioria das jovens de hoje querem estar magras, querem estar com um físico bom! (...) Quer se aparecer porque a mídia pede isso (...) (E15): manter o corpo (...) o seu corpo não está permitindo aquilo (...) (E19): nosso corpo vai acabar sentindo falta (...) (E22): é ter uma boa forma (...) Boa forma assim o físico (...) preparo físico da pessoa, a pessoa ter preparo físico bom (...) (E24): Manter sempre o corpo no peso ideal (...).</p>

QUADRO 11. Extrato das unidades temáticas sobre corpo, segundo sujeitos da pesquisa, Vitória da Conquista, BAHIA, 2011.

A aptidão física enquanto manifestação de saúde está vinculada aos pressupostos da capacidade de realizar atividades cotidianas com vigor e energia, bem como demonstrar capacidades associadas a um baixo risco de desenvolvimento prematuro de distúrbios orgânicos provocados pela inatividade física.

A aptidão física é definida como um estado dinâmico de energia e vitalidade que permita a cada um, funcionando no pico de sua capacidade intelectual, realizar as tarefas do cotidiano, ocupar ativamente as horas de lazer, enfrentar emergências imprevistas sem fadiga excessiva, sentir uma alegria de viver e evitar o aparecimento das disfunções hipocinéticas.

O condicionamento físico entra enquanto um atributo que deve ser perseguido para manutenção desse corpo, em boa forma. Isto será possível, “*buscando melhoramento físico (...), melhorar o condicionamento físico (...), preparo físico da pessoa, a pessoa ter preparo físico bom (...), é ter uma boa forma (...), Boa forma assim o físico (...)*”. Esses recortes reforçam a ideia de que o corpo deve ser treinado, com vistas à obtenção do corpo-padrão, sendo muitas vezes pressionado a concretizar tal preceito.

Em um estudo realizado por Nery *et al.* (2009), a concepção de saúde por parte de adolescentes está focada na noção de funcionamento adequado do organismo como um estado de equilíbrio, de ajustamento dinâmico e satisfatório do organismo, uma resposta ativa dos organismos no sentido do reajustamento frente a processos disfuncionais. Afirma ainda que, nessa perspectiva, tanto a saúde quanto a doença pode ser pensada em uma escala graduada.

O corpo deve ser beneficiado em todos os aspectos e qualquer situação que coloque o corpo em risco deve ser abolida. Se o corpo é um templo ou se fala conosco, ele traduz em síntese a concepção de um corpo concreto, constituído em meio à construção sociohistórica.

Corpo está em bom estado (...), manter o corpo em equilíbrio (...), É ter uma rotina onde o seu corpo seja beneficiado (...), tá sempre cuidando do corpo (...), o corpo fica mais leve (...), aí seria algo prejudicial ao corpo [2] (...), É você ter disposição pra fazer as coisas (...) [3], hoje as pessoas têm maltratado muito o corpo (...), nós nunca devemos contaminar o nosso corpo com essas coisas impuras (...), O corpo é um templo! (...), o médico fala que o corpo conversa conosco (...) Então a gente tem que cuidar do nosso corpo [4] (...), o que mais compensa no corpo da pessoa (...), manter o corpo saudável (...), O físico? O físico é o corpo (...), manter o corpo (...), o seu corpo não está permitindo aquilo (...), nosso corpo vai acabar sentindo falta (...).

A imagem corporal também é apontada nas unidades de análise. Atualmente a definição de imagem corporal mais aceita na literatura foi a idealizada por Schilder, em 1999, que a define enquanto construção cognitiva e também como reflexão dos desejos, atitudes emocionais e interação com os outros.

A imagem corporal é um processo em constante transformação, que integra múltiplas dimensões, vulnerável aos processos dinâmicos internos e externos que se encontram em relação a cada instante, reconhecendo, no entanto, seu caráter singular e indivisível. Ela reflete a história de uma vida, o percurso de um corpo, cujas percepções integram sua unidade e marcam sua existência no mundo a cada instante. A imagem corporal é vivência humana, individual e dinâmica (TAVARES, 2003, p. 45).

A representação psíquica que o adolescente tem de si mesmo deve ser uma preocupação constante dos profissionais de saúde, pois, se esta for definida enquanto insatisfeita, poderá encaminhá-los a busca por idealizações veiculadas enquanto imagem-padrão, fazendo-os recorrer, invariavelmente, a dietas restritivas, prática esportiva demasiada, musculações inadequadas e o uso de anabolizantes.

Sobre essa influência direta e hegemônica dos meios de comunicação de massa que se impõe sobre a vida do adolescente, Reato (2008, p. 271) assinala que

estão vinculadas a condutas, consumo, estímulos, conhecimento, favorecendo uma forma de socialização. Socialização como processo por meio do qual o ser humano interioriza valores, crenças, atitudes e normas de conduta próprios de seu grupo social, incorporando-os a sua personalidade.

Compreende uma representação hegemônica, na medida em que designam um conhecimento largamente estruturado e partilhado no meio social, considerados indiscutíveis. Exercem uma relação de coerção, e para seu real entendimento, devemos analisá-la de forma ampla e multidimensional, abordando suas dimensões de ordem perceptiva, cognitiva, comportamental e afetiva.

Em duas unidades de análise percebe-se essa vinculação do corpo enquanto construção cognitiva, relacionada ao padrão estabelecido por influências hegemônicas disseminadas no seio social. A influência ideológica do aparelho midiático pela busca por beleza e um corpo padrão prevalece enquanto pensamento hegemônico: *geralmente a maioria das jovens de hoje querem estar magras, querem estar com um físico bom! (...), Quer se aparecer porque a mídia pede isso (...)*.

Em estudo sobre avaliação da imagem corporal, hábitos de vida e alimentares entre crianças e adolescentes escolares, Fernandes (2007) aponta que 62,6% dos alunos estavam insatisfeitos com seu corpo, sendo que 33,7% queriam ser mais magros e 28,9% desejavam ser mais gordos. Essa insatisfação corporal inicia-se cada vez mais precocemente e apresenta riscos pela possível associação com

transtornos alimentares, baixa autoestima, limitações no desenvolvimento psicossocial, depressão, manutenção de obesidade e outros riscos.

Para o autor, a percepção da imagem corporal é um aperfeiçoamento do julgamento do próprio indivíduo sobre seu tamanho, forma e peso relativo à sua atual proporção. O culto ao corpo, entendido enquanto consumo cultural, vem se estruturando na sociedade contemporânea como uma necessidade geral, que perpassa todos os setores, classes sociais, gênero e faixas etárias, tendo como base discursos pautados, ora com a preocupação com a saúde, ora para a questão estética.

A maneira como esse culto se dissemina nos variados segmentos sociais é diversificada a partir da dinâmica interna de cada segmento, intensamente influenciada pelo mercado de bens (CASTRO, 1998; PALMA DE OLIVEIRA *et al.*, 2010; RIBEIRO, OLIVEIRA, 2011).

De igual forma, a questão do peso também está vinculada à imagem corporal veiculada midiaticamente, em que se buscam condutas imediatas, impensadas e emergentes, para a manutenção de um peso ideal. As unidades de análise corroboram com tal representação: “*Ótimo peso e, enfim (...), estar no peso adequado (...), Manter sempre o corpo no peso ideal (...)*”.

Os meios de comunicação têm veiculado representações, desejos e expectativas para os indivíduos através de notícias, informações e propagandas, impactantes, essencialmente voltados à ética de mercado. A publicidade não cessa de anunciar e estimular o uso de produtos dietéticos, práticas alimentares, *fitness*, cosméticos e cirurgias plásticas como soluções para o corpo perfeito, o emagrecimento ou prevenção de doenças.

A velocidade da informação disseminada no mundo globalizado, em consonância com as novas exigências do mercado de trabalho e a inclusão digital, vem ditando novas formas de relacionamentos interpessoais e novos posicionamentos pessoais e coletivos frente à sociedade (OLIVEIRA, 2006).

Cada vez mais a mídia tem estado presente na vida do adolescente. O impacto da publicidade midiática exerce um grande impacto na vida deste grupo em particular, boicotando, induzindo e persuadindo positiva ou negativamente, gerando alterações no comportamento e modulando atitudes, costumes, valores éticos e morais.

A questão do peso toma uma dimensão primaz nessa representação, tendo em vista que advém repleta de experiências estigmatizantes, refletidas negativamente nas relações sociais. Em estudo realizado por Ferriani *et al.* (2005) entre adolescentes obesos entre 10 a 13 anos, foi possível identificar as relações estabelecidas entre corpo obeso e espelho, bem como as influências deste processo na vida social dos mesmos, os sentimentos conflituosos, a insatisfação corporal e a rejeição ao próprio corpo.

O corpo, nessa perspectiva, é entendido enquanto objeto social, que retrata a interação entre experiência individual e relações sociais. Assim, traduz a construção histórico-social de um grupo de pertença, corroborando para a formação de sua representação no meio social. *“Por um lado, o corpo humano é o ponto de referência para estados individuais de sentimentos. Por outro lado, normas sociais e exigências culturais regulam limites individuais e a qualidade das experiências com o corpo, mesmo em espaços privados”* (WAGNER, 2000, p. 7)

A subcategoria **Sem Estresse** remete o entendimento às dificuldades da contemporaneidade, em que as necessidades, estudo e trabalho comprometem a vida, deixando-a acarretada de afazeres e preocupações. O ser humano, na busca desenfreada pela melhoria dos padrões de vida, se submete a contextos de estresse contínuos. O quadro 12 apresenta as 18 unidades de análise desta subcategoria, representando 17,5% do bojo do estudo.

DIMENSÃO Bem-estar	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE ANÁLISE
	SEM ESTRESSE	(E5) : sempre buscar a paz interior (...) (E10) : sem estresse (...) (E11) : hoje, as pessoas estão muito estressadas no trabalho e muitas vezes o estresse gera doenças como a gastrite, o refluxo, doenças assim. Então hoje, as pessoas não param pra ter um descanso, isso seria... a mente fica muito sobrecarregada [3] (...) por causa que distrai a mente e também a pessoa descansa e também tem o ânimo (...) Também o tempo reservado, seria uma boa opção (...) (E12) : é não ter preocupações (...) (E13) : sem sentimentos, aqueles sentimentos depressivos (...) (E14) : (...) falta paciência (...) (E18) : pois com trabalhos, estudos, rotinas muito apertadas (...) pois está sobrecarregado de problemas e preocupações (...) que não tenha muitas coisas que faça você ficar bastante preocupada, essas coisas assim, porque preocupação é uma das coisas que prejudica bastante na saúde das pessoas. (...) (E20) : uma pessoa calma, paciente (...) (E21) : toda a minha família é estressada, nervosa, impaciente (...) Eu tento às vezes falar menos, porque eu falo demais, aí isso me deixa ainda mais estressada, eu tento falar menos e escutar mais. (...) Além de ser paciente, calmo (...) sou uma pessoa calma e paciente (...).

QUADRO 12. Extrato das unidades temáticas sobre estar sem estresse, segundo sujeitos da pesquisa, Vitória da Conquista, Bahia, 2011.

O termo estresse pode ser definido como o conjunto das reações orgânicas em cadeia frente a pressões excessivas, de ordem interna ou externa, que ameacem seu equilíbrio (ADAM; HERLIZCH, 2001). As situações fonte de estresse, como os fatores psicossociais, os tipos de personalidade e a capacidade do indivíduo de enfrentar situações estressantes, aliados ao contexto em que o indivíduo está inserido, sejam de ordem social, econômica e cultural, intervêm diretamente sobre a percepção de saúde dos indivíduos, maximizando o aparecimento de doenças cardiovasculares e processos de morbimortalidade.

As unidades de análise desta subcategoria apontam para a prevalência de contextos que envolvem situações estressantes do dia-a-dia, causadas pelo trabalho, pela falta de paciência, pela ansiedade e preocupações constantes e pela falta de tempo disponíveis para o lazer.

Sobre os sentimentos expressivos de situações de estresse em longo prazo, como os quadros de depressão e angústia, o entrevistado 13 evidencia uma unidade de análise no qual afirma que para ser saudável deve-se viver “*sem sentimentos, aqueles sentimentos depressivos (...)*”, que, invariavelmente, leva à somatização e introspecção, favorecendo o comprometimento orgânico.

A representação do estresse relacionado ao ser saudável é apontada com base na sua ausência, pela busca de momentos em que o estresse seja minimizado e colabore para a manutenção de uma vida mais saudável. Emblematicamente, esta subcategoria reforça os preceitos da necessidade de manutenção e busca por momentos de paz/tranquilidade, como estratégias para construção de um estado de serenidade e calma, pela busca de momentos resolutos, possibilitando um bem-estar contínuo.

sempre buscar a paz interior (...) sem estresse (...) por causa que distrai a mente e também a pessoa descansa e também tem o ânimo (...) Também o tempo reservado, seria uma boa opção (...) é não ter preocupações (...) uma pessoa calma, paciente [3].

Esta noção de não se estressar e buscar a tranquilidade, expressa por 08 unidades de análise, enfoca a necessidade de reservar tempo para si próprio, contribuindo com a reflexão sobre a vida e sua dinâmica.

A subcategoria **Felicidade** traduz a necessidade de manutenção de um estado de bem-estar espiritual, pautado na alegria, nas relações saudáveis de

convivência e na manutenção de estilo saudável. O quadro 13 apresenta as 16 unidades de análise (15,5%) representativas desta perspectiva, vinculando o ser saudável à adoção de atitudes individuais positivas.

DIMENSÃO Bem-estar	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE ANÁLISE
	FELICIDADE	(E1) : sou feliz (...) (E7) : especialmente ser feliz (...) (E10) : bem humorado (...) ser alegre (...) Ser saudável é ter bom animo, é isso! (...) (E12) : viver sempre alegre [2] (...) Fazendo o que gosta [3] (...) tô sempre na boa (...) é preciso que ter alegria pra enfrentar o dia a dia, apesar das dificuldades (...) (E16) : viver uma vida cheia de alegria (...) (E20) : uma pessoa alegre (...) (E21) : feliz (...) buscar assim, estar em um estado feliz (...).

QUADRO 13. Extrato das unidades temáticas sobre felicidade, segundo sujeitos da pesquisa, Vitória da Conquista, Bahia, 2011.

Vale salientar a questão de poder fazer o que gosta como umas das acepções que se aproximam da conquista do ser saudável, conforme unidade de análise que se segue: *“Fazendo o que gosta [3] (...)”*.

As unidades de análise evidenciam a necessidade de incorporação destes preceitos para manutenção de um estilo de vida que favoreça a saúde, ratificando a importância de se buscar a paz interior, através da incorporação e manutenção de atividades que distraíam a mente, enfatizando a necessidade de dispor de tempo reservado para si.

4ª CATEGORIA – SOCIOCULTURAL

A quarta categoria enfoca aspectos relacionados à dimensão sociocultural, em que imperam situações e relações estabelecidas nos aspectos socioculturais, contextos que estão enraizados na cultura individual e/ou popular de grupos específicos, bem como políticas setoriais específicas, corroborando para a consecução do ser saudável. É composta por 41 unidades de análise, e subdividida em 03 subcategorias: Relacionamentos, Lazer e Segurança. A tabela 4 apresenta a distribuição de subcategorias e valores percentis vinculados ao conteúdo representacional destas.

TABELA 4. Distribuição das unidades temáticas e percentuais das subcategorias da categoria sociocultural, segundo população de estudo, Vitória da Conquista, Bahia, 2011.

SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE ANÁLISE	
	F	%
Relacionamentos	27	65,9
Lazer	10	24,4
Segurança	4	9,8
TOTAL	41	100

A subcategoria **Relacionamentos** é a mais preponderante, destacando-se com 27 unidades de análise (65,9%). O quadro 14 traduz seu extrato temático.

DIMENSÃO Sociocultural	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE ANÁLISE
	RELACIONAMENTO	<p>(E1): ter amigos (...) tenho bastantes amigos (...) E4): respeitar as pessoas também (...) (E6): ter uma vida social agradável [2] (...) ter amigos [2] (...) saber escolher os amigos bons dos ruins (...) (E10): quando eu acho um amigo assim pra me ajudar (...) ter bons relacionamentos (...) (E11): Também ter uma boa amizade também influencia na nossa saúde [2] (...) com má influência a gente poderia prejudicar o nosso corpo (...) ter amizade com uma pessoa que usa drogas, talvez ela possa impressionar a gente a usar (...) eu prezo assim muito a amizade de minha família, então eles falam o que é certo e o que é errado [2] (...) por causa da boa amizade com os meus pais, com meus avós (...) Fazer a escolha certa: o que a gente vai fazer, com quem a gente vai andar (...) (E12): eu tô sempre com os amigos [2] (...) (E14): é sempre estar bem com amigos e com a família (...) os jovens não estão bem dentro de casa [2] (...) estar bem com os amigos, com a família e com os relacionamentos (...) (E18): ter uma relação com as pessoas que você convive bem (...) (E20): ter um ciclo familiar que te beneficie (...) o ciclo é na parte psicológica, se você tem um lugar que você se sente bem, onde você vive bem, aquilo vai acarretar que você não vai ter problemas mais sérios, e os problemas que forem vindo, aquele ambiente vai fazer com que ajude a solucioná-lo.</p>

QUADRO 14. Extrato das unidades temáticas sobre relacionamento, segundo sujeitos da pesquisa, Vitória da Conquista, Bahia, 2011.

O relacionamento envolve relações afetivas proximais, em que o contato, a confiança, o estar ao lado, envolvido, favorecem a formação de um pensamento positivo sobre a temática ser saudável. “*Ter uma boa amizade também influencia na nossa saúde [2]*”, realçando a representação desta conjuntura, aliado a:

ter amigos (...) tenho bastante amigos (...) ter uma vida social agradável [2] (...) ter amigos [2] (...) saber escolher os amigos bons dos ruins (...) quando eu acho um amigo assim pra me ajudar (...) ter bons relacionamentos (...) Também ter uma boa amizade também influencia na nossa saúde [2] (...) com má influência a gente poderia prejudicar o nosso corpo (...) ter amizade

com uma pessoa que usa drogas, talvez ela possa impressionar a gente a usar (...) Fazer a escolha certa: o que a gente vai fazer, com quem a gente vai andar (...) eu tô sempre com os amigos [2] (...) ter uma relação com as pessoas que você convive bem (...)

Bons relacionamentos proporcionam bons momentos e boas escolhas, pois “Fazer a escolha certa: o que a gente vai fazer, com quem a gente vai andar” favorece boas relações, em que predominam amizades e em que as relações interpessoais são positivas. O respeito também é apontado nesse íterim, pois “respeitar as pessoas também (...)” favorece esse sentimento de pertencimento, de formação de grupo de pertença, tão peculiar nas representações sociais.

Outra questão muito importante no tocante a relacionamento, além da formação de grupos afins, está pautada na relação familiar, tomada como núcleo *máter* e das relações estabelecidas dentro desse contexto. As unidades de análise dessa categoria salientam:

Eu prezo assim muito a amizade de minha família, então eles falam o que é certo e o que é errado [2] (...) por causa da boa amizade com os meus pais, com meus avós (...) é sempre estar bem com amigos e com a família (...) estar bem com os amigos, com a família e com os relacionamentos (...) ter um ciclo familiar que te beneficie (...) o ciclo é na parte psicológica, se você tem um lugar que você se sente bem, onde você vive bem, aquilo vai acarretar que você não vai ter problemas mais sérios, e os problemas que forem vindo, aquele ambiente vai fazer com que ajude a solucioná-lo.

A relação que é estabelecida dentro de uma unidade familiar, complexa, permeada de dinamicidade, assimilação e transmissão intergeracional, constitui-se como a base das relações e redes sociais que estabelecem indiscutivelmente a supremacia do grupo de pertença, pois a família exerce um papel primordial no desenvolvimento humano (SILVA *et al.*, 2008).

Segundo Pratta; Santos (2007), o apoio e a compreensão dos familiares é um requisito fundamental para o bem-estar psicológico do indivíduo que atravessa a adolescência. Ademais, a comunicação, os vínculos sólidos e seguros, a confiança e a proximidade afetiva auxiliam as relações entre os entes, tornando-as mais satisfatórias e saudáveis, corroborando para a adoção de atitudes mais preventivas quanto aos comportamentos de risco.

Incluir a família no plano de cuidados tem sido apontado como uma das maiores possibilidades de intervenção na área da saúde, corroborando para um

maior entendimento dos processos referenciais que traduzem a relação familiar, e sua correlação com o processo saúde-doença.

As próximas subcategorias enfocam a adoção de políticas públicas e de parcerias com setores afins na implementação de projetos e ações no campo social, na medida em que alguns sujeitos vincularam a questão do ser saudável com lazer e segurança. A tabela 18 apresenta os valores das subcategorias desta categoria, ao passo que o quadro 18 explicita as unidades temáticas sobre as subcategorias lazer e segurança.

A subcategoria **Lazer** apresentou 10 unidades de análise, representando 24,4% das unidades elencadas. As situações que envolvem o tempo e atitude para o lazer são enfocadas como conteúdos marcantes na busca do ser saudável. Tais unidades de análise nos remetem às possibilidades de atividades de lazer entre os sujeitos da pesquisa, como cantar, dançar, ler, compor músicas e poemas, se divertir e brincar. O quadro 15 traz as unidades de análise desta subcategoria.

O lazer, segundo Marcellino (2000), é classificado por categorias: em relação ao gênero, distribui-se em praticar, assistir, conhecer, e, em relação aos conteúdos, podem ser artísticos, físico-esportivos, sociais, manuais, intelectuais e turísticos. Verifica-se, diante das unidades de análise, que os sujeitos apontam atividades de lazer enquanto objeto de consumo, enquadrando-se mais nos conteúdos sociais, intelectuais e artísticos.

Em estudo realizado por Silva (2006) sobre representações sociais do Lazer por Estudantes do Ensino Médio do estado do Rio de Janeiro, a autora aponta que o conteúdo do lazer vivenciado e representado pelos mesmos remete às atividades de cunho artístico, num sentido de bens produzido para o consumo.

DIMENSÃO Sociocultural	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE ANÁLISE
	LAZER	(E1): e lazer (...) canto, danço, componho músicas, poemas também (...) (E6): ler e se divertir [2] (...) se divertir, brincar, sair, passear (...) (E8): área de lazer. (...) ter praças bem arborizadas pra que sua família se sinta em casa (...) (E11): e esquece do divertimento, apesar que o lazer também faz parte da vida, no qual assim, a pessoa se sente mais aliviada (...) (E20): não é sempre que eu tenho tempo (...) então é praticamente uma hora pra eu fazer isso tudo, não é sempre que dá (...).

QUADRO 15. Extrato das unidades temáticas sobre lazer, segundo sujeitos da pesquisa, Vitória da Conquista, Bahia, 2011.

As unidades de análise deste estudo corroboram com as representações apreendidas por Silva (2006), na medida em que apresentam uma estreita ligação entre os conteúdos explicitados da representação do lazer enquanto uma simples prática desinteressada, realizada no tempo livre, em detrimento ao paradigma de entendimento do lazer enquanto oportunidade de desenvolvimento pessoal e cultural, numa perspectiva mais crítica.

Outras unidades, porém, apresentam a dificuldade para conciliar o tempo de ocupação, o tempo livre e as atividades de lazer, com seus conteúdos específicos: *não é sempre que eu tenho tempo (...) então é praticamente uma hora pra eu fazer isso tudo, não é sempre que dá (...).*

A necessidade de espaços de lazer também fora apontada, na medida em que evidencia a urgência por estes espaços no meio social, possibilitando o acesso e a prática. As unidades de análise traduzem tal aspiração, na medida em que apontam que se precisa de *área de lazer (...)*, torna-se necessário *ter praças bem arborizadas pra que sua família se sinta em casa (...)*, em suma, um ambiente favorável à interação social.

No tocante à subcategoria **Segurança**, representada por 04 unidades de análise (9,8%), vê-se de forma concreta a preocupação com a garantia da proteção, ao direito de ir e vir, sem ser molestado ou roubado. Tal questão se torna imprescindível na contemporaneidade, em que a violência ascendente gera medo, ansiedade, fuga. O quadro 16 traz as unidades em bojo desta subcategoria

DIMENSÃO Sociocultural	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE ANÁLISE
	SEGURANÇA	(E8): Pois hoje em dia não tem muita segurança (...) não me sinto seguro, já fui até assaltado, onde levaram minha bicicleta (...) Ter mais segurança [2] (...).

QUADRO 16. Extrato das unidades temáticas sobre segurança, segundo sujeitos da pesquisa, Vitória da Conquista, Bahia, 2011.

O sujeito aponta sua indignação por ter um objeto roubado, e vincula essa questão à busca pelo ser saudável, na medida em que concebe que tal necessidade social se faz urgente no seio da sociedade, pois *hoje em dia não tem muita segurança (...) não me sinto seguro, já fui até assaltado, onde levaram minha bicicleta (...) Ter mais segurança [2] (...).*

A violência, que ocorre fora dos muros da escola, afeta a vida dos adolescentes. Aproximadamente 6% dos alunos investigados pela Pesquisa Nacional sobre Saúde do Escolar, realizado pelo IBGE em 2009, declararam não terem comparecido à escola, nos últimos 30 dias, por falta de segurança no trajeto casa-escola (IBGE, 2009).

5ª CATEGORIA – DIMENSÃO BIOMÉDICA

A quinta categoria compõe a dimensão biomédica, que congrega aspectos referentes ao entendimento sobre o acesso e serviços de saúde, perfazendo a parte estrutural deste contexto. Apresenta unidades de análise referenciando o profissional, a regularização de exames de rotina e os medicamentos como cerne da questão da saúde, relacionando a qualidade do acesso, de forma integral, conforme evidenciado na tabela 5.

TABELA 5. Distribuição das unidades temáticas e percentual da subcategoria acompanhamento médico da categoria biomédica, segundo população de estudo, Vitória da Conquista, Bahia, 2011.

CATEGORIA	UNIDADES DE ANÁLISE	
	F	%
Acompanhamento médico	24	100,0
T O T A L	24	100

A subcategoria denominada **Acompanhamento Médico** engloba as nuances dessa dimensão, que apresenta 24 unidades de análise, conforme explicitado na tabela 5, enfatizando a compreensão sobre o ser saudável, vinculando-o ao trabalho em saúde voltado para os procedimentos, exames e medicações adequados a cada patologia.

A Constituição Brasileira evidencia o acesso aos bens e serviços essenciais de saúde como um dos fatores que está relacionado à saúde, enfatizados através de um acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1989b). O quadro 17 traz a síntese de suas unidades de análise.

DIMENSÃO Biomédica	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE ANÁLISE
	ACOMPANHAMENTO MÉDICO	<p>(E2): Não faço exames, tipo assim, periódicos, sabe? (...) (E5): sempre fazendo exames rotinários (...) (E7): consultar regularmente os médicos (...) (E10): o médico que já tinha me proibido (...) Eu vou no médico (...) a pessoa deve, no mínimo, fazer exames de rotina (...) (E11): e também fazer exames rotineiros (...) (E12): Não é remédio... você pode tomar um remédio e tal (...) Você tomando remédio não significa que você está saudável, totalmente saudável. (...) (E13): que nem diz os médicos (...) eu ainda não fiz o <i>check-up</i> (...) (E15): comparecer ao médico assim, o que eu quero dizer é você fazer exames de sangue, e vários outros tipos de exames [4]. (...) Eu vou tentar e eu também vou tomar vergonha e ir ao posto de saúde porque eu não faço exame, que eu não sei de quando eu fui num posto de saúde fazer um exame. (...) (E18): você ir ao médico (...) não vou frequentemente ao médico [2] (...) (E19): Pelo menos uma vez ao ano tá fazendo exames de sangue, fezes, urina [3] (...) (E21): E também de visitar o médico periodicamente (...) (E24): fazer consulta médica regularmente (...).</p>

QUADRO 17. Extrato das unidades temáticas sobre acompanhamento médico, segundo sujeitos da pesquisa, Vitória da Conquista, Bahia, 2011.

A assistência médica, os serviços ambulatoriais e hospitalares e os medicamentos constituem-se enquanto primeiras acepções quando se fala em saúde. No entanto, esse é apenas um componente do campo da saúde, e não necessariamente o mais importante.

Apontar que as questões pertinentes ao processo saúde-doença e sua representação estão atreladas às condições e estrutura do serviço de saúde significa pensar que o indivíduo projeta sobre os fenômenos diários presentes em seu contexto particular, suas necessidades, angústias e perspectivas.

As unidades de análise fazem conexões dessa natureza quando assinalam que para ser saudável deve-se “*consultar regularmente os médicos (...) o médico que já tinha me proibido (...) Eu vou no médico (...) que nem diz os médicos (...) comparecer ao médico assim (...) você ir ao médico (...) não vou frequentemente ao médico [2] (...) E também de visitar o médico periodicamente (...) fazer consulta médica regularmente (...)*”.

Torna-se necessário salientar, nessa subcategoria, a figura central do médico enquanto profissional com conhecimento técnico capaz de sanar as dificuldades existentes com contexto proposto. Esta representação ainda está ligada ao modelo de atenção hegemônica médico-assistencial-privatista.

Contudo, dentro dos auspícios de uma nova conjuntura da saúde pública brasileira, configura-se como ponto central de reflexão, na medida em que a ideia contemporânea de assistência no SUS foi remodelada e pauta-se em um

atendimento interdisciplinar, num enfoque multiprofissional, com referência e contrarreferência, de forma a garantir a integralidade da atenção com resolutividade (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998).

Sobre a medicalização, esta subcategoria vem apoiar-se nos pressupostos de disponibilização de medicamentos como estratégia de obtenção de saúde da população, a partir das necessidades específicas de cada contexto, possibilitando um olhar mais abrangente sobre a questão das ações e serviço de saúde disponibilizada e garantida a população.

Entretanto, nas unidades de análise a questão dos medicamentos entra como um insumo que pode estar diretamente relacionado à saúde, não sendo necessariamente o imprescindível, pois quando o sujeito aponta que *“não é remédio... você pode tomar um remédio e tal (...) e mais “você tomando remédio não significa que você está saudável, totalmente saudável.”* Extrapola o entendimento sobre saúde e o vincula a outros aspectos da vida cotidiana, fugindo do parâmetro estritamente medicamentoso.

O fato de não ter direito a medicação e partir para compra espontânea ou referenciada de medicamentos é uma situação distinta dentro desse processo. Apesar de não aparecer de forma contundente, à questão da automedicação configura-se como um problema ascendente em saúde pública, e o adolescente está inserido nesse contexto.

A garantia para se ter saúde está intrinsecamente relacionada/vinculada à oferta de serviço e ao acesso e acessibilidade das ações e serviços de cada população. Entretanto Travassos; Martins (2004) ressaltam a importância da distinção entre os modelos explicativos da saúde e do uso de serviços de saúde. Para os autores, saúde deve ser entendida como um fenômeno bem mais amplo que a doença e não se explica unicamente pelo uso de serviços de saúde.

Desta forma, a saúde da população não resulta diretamente da ação dos sistemas de saúde, e sim, de múltiplos fatores associados e inter-relacionados.

A interação complementar entre a oferta e o acesso ao serviço de saúde básico designa a garantia que o adolescente vai ser atendido, de forma integral, em suas necessidades de saúde, específicas e não menos importantes que em outros grupos vulneráveis, tais como crianças, idosos e gestantes, a partir do ajuste entre a oferta e a população.

O adolescente constitui-se também como um sujeito de prioridades, em consonância com a portaria do Ministério da Saúde nº 980/GM, de 21 de dezembro de 1989, em que reconhece que “os adolescentes têm direito à saúde, sendo dever do Estado possibilitar este acesso, de forma universalizada, hierarquizada e regionalizada, dentro dos preceitos do SUS” (BRASIL, 1989b).

Contudo, o que se observa nos serviços de saúde é a ausência de implantação de programas voltados para o atendimento dessa clientela, e quando acontece o mesmo não trabalha o indivíduo na sua dimensão total, essa atenção ainda está voltada para a atenção estritamente biológica e curativa, não priorizando a dimensão individual e coletiva, a qual é fundamental na assistência do adolescente.

6ª CATEGORIA – DIMENSÃO ESPIRITUALIDADE

A subcategoria **De Bem com a Vida** reúne os preceitos da adoção de um estilo de vida apoiada em pensamentos positivos e otimistas em relação à vida, convivendo em harmonia com múltiplos fatores da vida, pois, conforme unidade de análise, “*Viver bem é um conjunto de várias coisas (...)*”. A tabela 6 apresenta a distribuição percentual e o quadro 18 traz as unidades de análise desta subcategoria.

TABELA 6. Distribuição das unidades temáticas e percentuais da subcategoria de bem com a vida, da categoria espiritualidade, segundo população de estudo, Vitória da Conquista, Bahia, 2011.

SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE ANÁLISE	
	F	%
De bem com a vida	5	100,0
TOTAL	5	100

As unidades de análise se referem ao estado de viver bem como uma filosofia de vida, porque “*o ser saudável é aquele que está de bem com a vida (...)*”, e que procura incessantemente “*estar de bem com a vida e com o mundo ao seu redor (...)*”. Em suma, “*Estar de bem com a vida (...)*” e “*Ser saudável é viver bem (...)*”.

DIMENSÃO Espiritualidade	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE ANÁLISE
	DE BEM COM A VIDA	(E7): O ser saudável é aquele que está de bem com a vida (...) estar de bem com a vida e com o mundo ao seu redor (...) (E10): Estar de bem com a vida (...) (E18): Ser saudável é viver bem (...) Viver bem é um conjunto de várias coisas (...).

QUADRO 18. Extrato das unidades temáticas sobre estar de bem com a vida, segundo sujeitos da pesquisa, Vitória da Conquista, Bahia, 2011.

A partir do processo de análise exposto, pode-se inferir que os sujeitos descrevem o ser saudável segundo seus conhecimentos e práticas socialmente apreendidos, ancorados e objetivados a partir de suas interações sociais e culturais.

As categorias anteriormente discutidas emergiram das falas dos sujeitos sociais, investigadas por meio da análise de conteúdo das entrevistas e das evocações de palavras que emergiram através da técnica de associação livre de palavras, servindo de subsídio ao conhecimento do conteúdo e da estrutura da representação do ser saudável.

4.3 RECONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO DO SENSO COMUM SOBRE SER SAUDÁVEL

A reconstrução do senso comum sobre ser saudável advém da triangulação dos achados referentes ao conteúdo das representações e a estrutura da representação obtida através da técnica de associação livre de palavras. Por meio da análise conjunta dos métodos, delineou-se como o senso comum apreende, difunde e comunica a sua compreensão sobre o fenômeno ser saudável.

A função central das Representações Sociais é ancorar os sujeitos no mundo, permitindo que se possa dar sentido à realidade, transformando o que não é familiar em algo que se possa lidar (VALLA, 2000). Assim, a reconstrução do conhecimento do senso comum está pautada na análise da representação do objeto social ser saudável entre adolescentes escolares. Estes sujeitos dão significados multidimensionais para o objeto.

O entrelaçamento entre os conteúdos das representações sociais sobre ser saudável e os dados da análise estrutural, possibilitam a reconstrução do

conhecimento sobre as representações sociais deste objeto social. A figura 4 apresenta a síntese dos conteúdos das representações sociais do ser saudável elaboradas pelos adolescentes sujeitos do estudo.

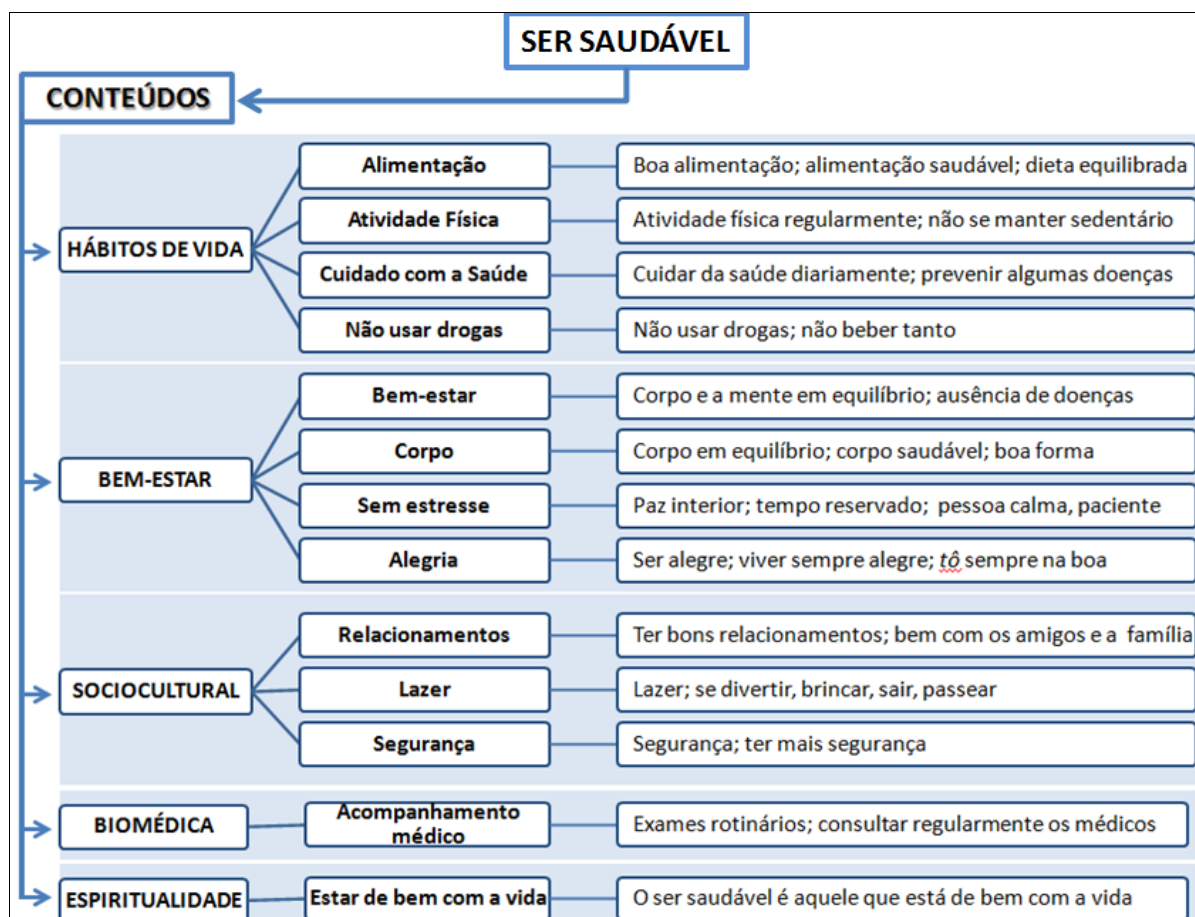


FIGURA 4. Sinopse dos conteúdos das representações sociais do ser saudável entre adolescentes. Vitória da Conquista, Bahia, 2011. (Adaptado de SALES, 2003; SANTOS, 2010).

Os elementos constitutivos da 2ª periferia englobam dimensões diversas: relacionamentos (família, amizade, amar), condições socioeconômicas e dinâmica da vida social (viver a vida, qualidade de vida, estilo de vida, diversão), assistência e ações de saúde (acompanhamento médico, remédio), informação veiculada e apropriada nas relações sociais (conhecimento, educação), prevenção da saúde (cuidado, não usar drogas) e a própria autoestima.

A análise de categorias permite distinguir, de forma mais flexível, um conjunto de elementos centrais do conjunto de elementos periféricos. A classificação se dá

mediante ideias prévias que temos em nossa memória, na qual inserimos o novo objeto, comparamos com protótipos ou paradigmas preexistentes, incluindo-a ou não na classe em questão, e, por conseguinte, denominá-la por palavra conhecidas ou construídas, localizadas dentro de nossa cultura (SÁ, 1998; NÓBREGA, 2001).

As dimensões alimentação e atividade física, elementos do núcleo central da casa de quatro quadrantes, foram expressas de forma significativa, também nos conteúdos representacionais, na medida em que estas cognições enquadraram-se na dimensão hábitos de vida, categoria com maior número de associações ao objeto investigado, apresentando os maiores unidades de análise apontadas. O terceiro termo mais apontado no núcleo central, bem-estar, perfaz-se enquanto elemento constitutivo mais elencado na subcategoria bem-estar, proveniente do conteúdo representacional.

Nessa perspectiva, torna-se perceptível que há uma consonância entre as representações conteudinais e estruturais, ratificando estes elementos como prováveis cognições relacionadas núcleo central das representações sociais sobre ser saudável entre adolescentes. Envolvem, sobremaneira, aceções sobre as dimensões hábitos de vida e bem-estar, evidenciando aspectos vinculados à necessidade de buscar conhecimento, comportamentos e práticas voltados para o cuidado de forma mais abrangente.

Os elementos presentes na primeira periferia, alegria e corpo, considerados menos importantes pelos sujeitos sociais, aparecem de forma contundente na segunda categoria mais enfatizada pelos mesmos, a categoria bem-estar, na qual traz a felicidade enquanto sinonímia do elemento constitutivo na casa de quatro quadrantes.

A cognição peso, referida na zona de contraste da casa dos quadrantes, está contida na subcategoria corpo da dimensão bem-estar, enquanto quarto elemento mais apontado dentre as subcategorias do *corpus* do conteúdo representacional, que congrega sentidos de cuidado com o próprio corpo, condicionamento físico e a questão do peso adequado.

Dentre os quatorze elementos constituintes da segunda periferia, dez destes mantêm estreita relação com preceitos subcategóricos das cinco dimensões provenientes do conteúdo representacional definido. Algumas cognições apresentaram relação direta entre as representações estruturais e as representações conteudinais (expressas nos parênteses), tais como: viver a vida (de

bem com a vida – dimensão espiritual), cuidado (cuidado com a saúde – dimensão hábitos de vida), acompanhamento médico e remédio (acompanhamento médico – dimensão biomédica), autoestima (bem-estar – dimensão bem-estar), amizade, amar e família (relacionamentos – dimensão sociocultural), diversão (lazer – dimensão sociocultural) e não utilizar drogas (não utilizar drogas – dimensão hábitos de vida).

Os termos qualidade de vida e estilo de vida, embora não apresentem cognições diretas provindas da análise de conteúdo, de forma mais abrangente, perfazem-se enquanto termos genéricos relacionados ao viver humano enfatizado através das necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais. Para Boery e Gutiérrez (2008), essas necessidades humanas fundamentais são influenciadas por crenças, expectativas, percepções e, sobretudo, experiências pessoais, algo intrínseco, que só pode ser avaliado pelo próprio sujeito, mas que se reveste de da construção sociocultural em que o sujeito está inserido.

Pode-se afirmar então que essas duas cognições permeiam todas as demais elaborações discutidas, envolvendo o viver humano nas suas necessidades básicas, como educação, cultura, segurança, condições socioeconômicas, aspectos psicológicos, biológicos, comportamentais e qualidade de vida. Nessa perspectiva, a subcategoria segurança da dimensão sociocultural emerge como uma noção que começa a ser entrelaçada à concepção do ser saudável, mesmo de forma discreta.

As cognições estruturais educação e conhecimento não obtiveram palavras correlatas no bojo do conteúdo representacional relatado, embora perpassem muitas das representações expressas, na medida em que envolvem noção, ciência e informação elaboradas e apropriadas social e historicamente.

Nota-se que, como os elementos periféricos se caracterizam por serem mais tolerantes e flexíveis às contradições e incorporação de novos valores, muitas ideias expressas através dos conteúdos obtidos por meio das entrevistas estão contidas na organização estrutural das representações, evidenciando a apreensão pelo método utilizado para estudo das representações sociais do ser saudável.

Os elementos constituintes do duplo sistema são expressos pela Figura 5, que apresentam os conteúdos e os entrelaçamentos que evidenciam a apreensão da representação social do objeto de estudo. A estrutura normativa e organizadora da representação do ser saudável está pautada em três componentes já referidos da análise dos conteúdos da representação.

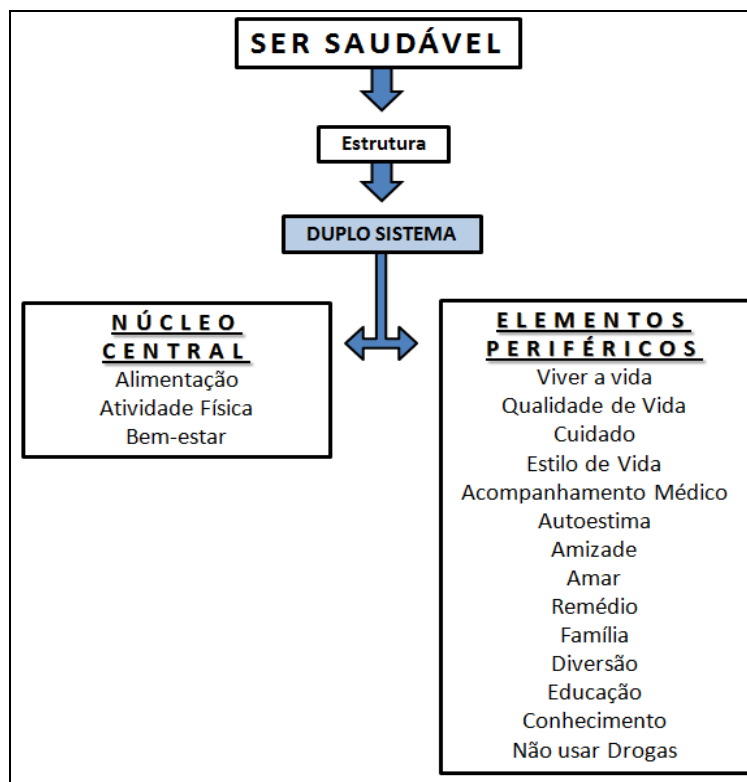


FIGURA 5. Sinopse da estrutura das representações sociais do ser saudável entre adolescentes, Vitória da Conquista, Bahia, 2011. (Adaptado de SALES, 2003; SANTOS, 2010b).

A representação social constitui-se como processo de construção e partilha conjunta entre indivíduos em contínua interação social, que possibilita uma análise do processo e dinâmica da construção da teoria sobre objetos sociais, viabilizando a comunicação e a organização dos comportamentos.

Enfatiza o conjunto de conceitos, proposições e explicações produzidas na vida quotidiana e sedimentadas no transcurso da comunicação entre os indivíduos, isto é, o conhecimento do conjunto de opiniões e atitudes coletivamente compartilhado, em grupo, comunidade, sociedade ou cultura (WAGNER, 1988; NÓBREGA, 2001).

As representações sociais apresentam funções que estão intrinsecamente relacionadas à dinâmica das relações sociais e às práticas construídas e perpassadas culturalmente. No desenvolver deste estudo, pode-se compreender uma aproximação desta temática nas funções de saber e orientação das condutas, expressada pela forma como o adolescente compreende o universo em que o fenômeno ser saudável se apresenta e, conseqüentemente, como estas representações se colocam na prática e na adoção de condutas e comportamentos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos dados possibilitou apreender a representação social sobre ser saudável entre os adolescentes escolares no contexto proposto. Utilizando o aporte da Teoria das Representações Sociais e Teoria do Núcleo Central, foi possível delinear o estudo, respondendo as inquietudes traçadas, através da identificação dos conteúdos e estrutura do objeto psicossocial em questão.

Através das cognições emergentes na técnica de associação livre de palavras e do *corpus* proveniente da entrevista, foi possível compreender a estrutura e o conteúdo, respectivamente, compondo 06 categorias mutuamente exclusivas, mas que apresentam dimensões em íntima correlação: *Imagens sobre o Ser Saudável, Hábitos de Vida, Bem-estar, Sociocultural, Biomédica e Espiritualidade*, sendo estas subdivididas em 13 subcategorias, cada uma com um número relativo de unidades temáticas correspondentes.

Os elementos alimentação, atividade física e bem-estar perfazem-se como prováveis elementos estruturais das representações sociais entre os sujeitos do estudo. Esta estrutura nuclear representacional sobre ser saudável reveste-se de uma dimensão ampliada de saúde, na medida em que se apresenta envolta por dimensões relacionadas à adoção de hábitos de vida saudáveis, como alimentação e atividade física, bem como envolve a dimensão do bem-estar, como manifestação subjetiva do processo de bem-estar e ausência de doença.

A estrutura periférica também mantém relação com estes pressupostos, evidenciando a efetividade da apreensão das representações propostas. Envolve aspectos voltados à necessidade humana, significativas e correlatas ao conceito ampliado de saúde, expresso pela representação de qualidade de vida e estilo de vida, relacionamentos saudáveis, lazer, segurança, em suma, o viver bem. Em consonância com estes preceitos, o adolescente, sujeito em formação, classifica e denomina essas significações, incorporando a sua conduta e vivência.

A representação social permite uma construção mental sobre a realidade, permitindo a compreensão e organização do mundo, funcionando como orientador de comportamentos. A interação entre os elementos conceituais, teóricos e as práticas cotidianas é reconstituída a partir de informações advindas de contextos

variados e da própria bagagem histórica do indivíduo, favorecendo uma melhor compreensão dos processos e fenômenos.

Partindo desse pressuposto, o ser saudável torna-se um objeto social passível de representações sociais pelos indivíduos, na medida em que se constitui como um objeto elaborado socialmente. Os dados obtidos mantêm estreita relação com outros estudos, apresentando variações dos elementos constitutivos das representações nos sistemas central e periférico.

A aproximação ao objeto ser saudável através da representação social permitiu compreender e apreender como as informações sobre esta temática vêm sendo incorporadas pelos adolescentes, de forma a integrá-las no seu repertório cultural, tornando-se objeto significativo, influenciando, sobremaneira, no comportamento individual e coletivo.

Relacionar os processos de formação das representações sobre ser saudável a partir da elaboração destes atores sociais é de suma importância para a compreensão deste conhecimento socialmente elaborado e significado pelos sujeitos, com vistas a colaborar na reflexão destas representações. A concepção sobre saúde e seus condicionantes por parte dos adolescentes é de fundamental importância para o desenvolvimento de ações conjuntas para prevenção de doenças e promoção da saúde, em níveis individual e coletivo.

Para que seja possível outro enfoque sobre o adolescente, é preciso que a sociedade valorize seu potencial de contribuição e o apoie, permitindo que seus pensamentos, desejos, ideias e críticas sejam ouvidos. É imprescindível a abertura de um espaço para o adolescente exercer sua liberdade e participar mais ativamente de seu processo de amadurecimento e da construção de atenção às suas necessidades.

O profissional de saúde, ao planejar e desenvolver ações junto à população adolescente deve estabelecer uma interação dialogada, com vistas ao entendimento das necessidades desse grupo, considerando o meio social, a família e a escola enquanto espaços de adolescer, bem como as representações e significados postulados no interior da dinâmica social. Essa apropriação permite uma integração de saberes e uma ampliação do potencial de elaboração de ações mais consistentes.

Como o ser saudável envolve uma subjetividade individual e coletiva, permeada por multidimensões, esse mesmo referencial subjetivo deve ser

considerado enquanto conhecimento relevante na elaboração e avaliação de políticas voltadas para este grupo populacional, na tentativa de contextualizá-los às reais necessidades destes clientes em contextos específicos, envolvidas em sua vivência e participação ativa.

Como o pensamento social é produzido e perpassado coletivamente, no processo de elaboração da representação há predominância do social sobre o individual, orientando a conduta e a comunicação social, estabelecendo uma realidade sociocultural comum. Como o ser saudável inclui a satisfação das necessidades humanas, de viver bem, de desejo e de direito, reflete acesso a objetos e realidades sociais, contribuindo assim para a instrumentalização de diferentes campos de saber.

Ademais, torna-se necessário o desenvolvimento de estudos que aprofundem o conhecimento sobre a temática, de forma a contribuir tanto com o constructo como com a reflexão sobre a atenção a saúde do adolescente no mundo contemporâneo, atendendo as suas aspirações, de forma contextualizada e integrada.

Na construção do ser saudável se integram multidimensões da vida humana, relacionadas e condicionadas por determinantes de ordem político-social, cultural e econômica, explicitadas por necessidade de saúde que envolve alimentação, prática de atividade física, opções de lazer, segurança, atenção à saúde, habitação, educação, condições de trabalho, oportunidades, dentre outros. Intervir nessa realidade a partir do conhecimento socialmente elaborado pelos atores sociais possibilita uma (re) construção do conhecimento acadêmico e gerencial dos serviços de atenção ao adolescente.

REFERÊNCIAS

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

ABERASTURY; Arminda; KNOBEL, Maurício. **Adolescência Normal**. Porto Alegre: Artmed, 1981.

ADAM, Philippe; HERZLICH, Claudine. **Sociologia da doença e da medicina**. Tradução de Laureano Pelegrin. Bauru, SP: EDUSC, 2001.

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

ARIÈS, P. **História Social da Criança e da Família**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1986.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. ed. revista e atualizada. Lisboa: Edições 70 LDA, 2009.

BITTENCOURT, I. S. **Educação em saúde: conhecimento socialmente elaborado por enfermeiras e usuários**. Jequié, UESB, 2010. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2010.

BOCK, Ana Mercês Bahia. A perspectiva sócio-histórica de Leontiev e a crítica à naturalização da formação do ser humano: a adolescência em questão. **Cad. CEDES**, Campinas, v. 24, n. 62, 2004.

BRASIL. COORDENAÇÃO DA SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. **Programa de Saúde do Adolescente: Bases Programáticas**. Brasília, 1989a.

_____. Da Seguridade Social, da Saúde, da Previdência Social. In: **Constituição da República Federativa da Brasil**. Brasília, 1989b.

_____. 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. Acesso em 14 Ago 2009.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Resolução 196/96. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos**. Conselho Nacional de Saúde: Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. 1996.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa Nacional de Promoção da Atividade Física “Agita Brasil”: Atividade física e sua contribuição para a qualidade de vida. **Rev. Saúde Pública** 2002; 36(2): 254-256.

_____. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Marco legal: saúde, um direito de adolescentes**. Brasília, 2005a. Disponível em: www.saude.gov.br/adolescente. Acesso em 14 Ago 2009.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005b.

_____. **Diretrizes para implantação do projeto Saúde e prevenção nas escolas**. Brasília, 2005c.

_____. **Decreto Nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007**. Institui o Programa Saúde na Escola -PSE. 2007. Disponível no site: <<http://portal.mec.gov.br/programa-saude-nas-escolas/secad-educacao-continuada=7>>. Acesso em 23 Jul, 2011.

_____. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde do adolescente: competências e habilidades. **Saúde do Adolescente e do Jovem**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <www.saude.gov.br/adolescente > Acesso em 14/08/2009.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS 20 anos**. Brasília: CONASS, 2009.

BOERY, E. N.; GUTIÉRREZ, M. G. R. **Qualidade de Vida de pacientes com câncer de pulmão submetidos à quimioterapia**. Salvador: Assembléia Legislativa do Estado da Bahia, 2008.

BURSZTYN, I. Estratégias de mudança na atenção básica: avaliação da implantação piloto do Projeto Homens Jovens e Saúde no Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(10):2227-2238, 2008.

CASOTTI, Letícia. **À mesa com a família: um estudo do comportamento do consumidor de alimentos**. Editora Mauad, Rio de Janeiro, 2002.

CASTRO, A. L. Culto ao corpo, modernidade e mídia. **Lecturas: Educación Física y Deportes**. Ano 3, Nº 9. Buenos Aires. Mar, 1998. Disponível em <<http://www.efdeportes.com/efd9/anap.htm>>. Acesso em: 23 Mar 2011.

CASTRO, D. M. F. **A saúde mental do adolescente entre duas políticas públicas: o Programa Saúde do Adolescente (PROSAD) e a política de saúde mental**. 2009. (Dissertação de mestrado - Universidade do Estado do Rio de Janeiro)

CLARO, L. B. L.; *et al.* Adolescentes e suas relações com serviços de saúde: estudo transversal em escolares de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(8):1565-1574, 2006.

CORRÊA, J. S.; BURSZTYN, I. Representações e práticas referentes à gravidez e contracepção entre jovens. **Adolesc. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 6-14, jan/mar 2011.

CROMACK, L. M. F.; BURSZTYN, I; TURA, L. F. R. O olhar do adolescente sobre saúde: um estudo de representações sociais. **Ciênc. saúde coletiva**, vol.14, n. 2, p.627-634. Abr, 2009.

ERDMANN, A. I.; BACKES, M. T. S.; BACKES, D. S.; KOERICH, M. S; BAGGIO, M. A.; CARVALHO, J. N.; MEIRELLES, B. H. S. 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.

FERNANDES, A. E. R. **Avaliação da imagem corporal, hábitos de vida e alimentares em crianças e adolescentes de escolas públicas e particulares de Belo Horizonte**. [Dissertação de mestrado]. Faculdade de Medicina - Universidade Federal de Minas Gerais, 2007.

FERRARI, R. A. P.; THOMSON, Z.; MELCHIOR, R. Atenção à saúde dos adolescentes: percepção dos médicos e enfermeiros das equipes da saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(11):2491-2495, nov., 2006.

_____. Adolescência: ações e percepção dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.12, n.25, p.387-400, abr./jun. 2008.

FERRIANI, M. G. C; *et al.* Auto-imagem corporal de adolescentes atendidos em um programa multidisciplinar de assistência ao adolescente obeso. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 5 (1): 27-33, jan. / mar., 2005.

GARCIA, R. W. D. Representações sociais da alimentação e saúde e suas repercussões no comportamento alimentar. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, vol.7 no.2 Rio de Janeiro Jul/Dec, 1997.

HASKELL, W.; *et al.* Physical Activity and Public Health: Updated Recommendation for Adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. **Circulation - American Heart Association**, 116:1081-1093: Aug, 2007. Disponível no site: <<http://circ.ahajournals.org/content/116/9/1081.short>>. Acesso em: 13 Set 2011.

HEIDMANN, I. T. S. B. *et al.* Promoção à Saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 15 (2): 352-8, Abr - Jun, 2006.

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. **PENSE. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar.** Rio de Janeiro. 2009. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/default.shtm>>. Acesso em: 24 Ago 2010.

_____.Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Síntese de Indicadores Sociais: Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira 2010.** Rio de Janeiro, 2010. Disponível no site: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2010/SIS_2010.pdf>. Acesso em: 23 Jun 2011.

JODELET, D. (Org.) **As representações sociais.** Rio de Janeiro: EDUERJ, 2001.

KANTORSKI, L. P; *et al.* Integralidade da atenção à saúde na perspectiva da gestão no município. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, Jul - Set; 15(3): 434-41, 2006.

LEÃO, L. M. S. **Saúde do adolescente:** atenção integral no plano da utopia. Recife, 2005 (Dissertação de Mestrado - Fundação Oswaldo Cruz).

LEMOS, M. C. M.; DALLACOSTA, M. C. Hábitos alimentares de adolescentes: conceitos e práticas. **Arq. Ciênc. Saúde Unipar,** Umuarama, v.9(1), jan./mar., 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.

LIMA, P. C. *et al.* Determinantes do processo saúde-doença: identificação e registro na consulta de enfermagem. **Intellectus.** Ano 04 [nº 05] Jul./Dez. 2008.

LOUCH, J. A.; CLOLET, J.; GOLDIM, J. R. Privacidade e confidencialidade na assistência à saúde do adolescente: Percepções e comportamentos de um grupo de 711 universitários. **Rev. Assoc Med Brás.** 53(3): 240-6, 2007.

MARCELLINO, N. C. **Estudos do lazer uma introdução.** Campinas, SP: Autores Associados, 2000.

MARTINS P. O.; TRINDADE Z. A.; ALMEIDA A. M. O. O ter e o ser: representações sociais da adolescência entre adolescentes de inserção urbana e rural. **Psicologia: Reflexão e Crítica.** 16(3), pp. 555-568, 2003.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo - Rio de Janeiro. HUCITEC-ABRASCO, 2010.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. 6ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

NERY, A. A. *et al.* Concepção de saúde: visão de adolescentes do ensino Fundamental de um município da Bahia. **Rev. Saúde.Com.** 5(1):17-30, 2009.

NERY, I. S. *et al.* **Gravidez na adolescência**: fatores preditores da reincidência. Anais do 16ª SENPE 2011. Campo Grande-MS, 2011. Disponível no site: <<http://www.abeneventos.com.br/16senpe/senpe-trabalhos/files/0454.pdf>>. Acesso em: 13 out. 2011.

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, 2001, p 55-87.

NÓBREGA, S. M.; COUTINHO, M. P. L.; O Teste de Associação Livre de Palavras. In: COUTINHO, M. P. L.; LIMA, A. S.; OLIVEIRA, F. B.; FORTUNATO, M. L. (orgs). **Representações Sociais**: abordagem interdisciplinar. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB, 2003. p. 67-77.

OLIVEIRA, M. A. C.; EGRY, E. Y. A adolescência como um constructo social. **Rev. Brasileira do Crescimento e Desenvolvimento Humano**, 7(2), 12-21, 1997.

OLIVEIRA, D. C.; *et al.* Análise das Evocações Livres: uma Técnica de Análise Estrutural das Representações Sociais. In: MOREIRA, A. S. P. (org.) **Perspectivas Teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB, 2005.

OLIVEIRA, D. C.; *et al.* Cotidiano e adolescência: Representações e práticas de trabalho, escola, relacionamentos Interpessoais e futuro. **Rev. Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 14(2):182-90, abr/jun; 2006.

OLIVEIRA, D. C.; COSTA, T. L. A zona muda das representações sociais sobre o portador de HIV/AIDS: elementos normativos e contranormativos do pensamento social. **Psicologia, Teoria e Prática**. v. 9(2): p. 73-91, 2007.

PALMA DE OLIVEIRA; *et al.* Culto ao corpo e exposição de produtos na mídia especializada em estética e saúde. **Movimento** [online] vol. 16, 2010. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=115312527003>>. Acesso em 12 Jun 2011.

PEREIRA, F. J. C. Análise dos dados qualitativos aplicados às Representações Sociais. In: MOREIRA, A. S. P. (org.) **Perspectivas Teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB, 2005.

PERES, F.; ROSENBERG, C. P. Desvelando a concepção de adolescência/adolescente presente no discurso da saúde pública. **Saúde e Sociedade**. 7(1): 53-86, 1998.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R.; CAMARGO JR., K. R. (orgs.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. UERJ-IMS-Abrasco, Rio de Janeiro, 2003.

PITANGA, F. J. G. **Epidemiologia da Atividade Física, Exercício Físico e Saúde**. Salvador: Editora do Autor, 2001.

POLLOCK, M. L.; WILMORE, J. H. **Exercícios na Saúde e na Doença: Avaliação e Prescrição para Prevenção e Reabilitação**. 2 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1993.

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. Opiniões dos adolescentes do ensino médio sobre o relacionamento familiar e seus planos para o futuro. **Paidéia**, 17(36), 103-114, 2007. Disponível em <<http://www.scielo.br/paideia>>. Acesso em 17 Out. 2011.

RAMOS, F. R. S. **Adolescer. Compreender, atuar, acolher**. Ministério da Saúde – ABEN, Brasília-DF, 2001.

REATO, L.F.N. Meios de comunicação In: SAITO, M. I.; SILVA, L. E. V.; LEAL, M. M. (Orgs.) **Adolescência: Prevenção e risco**. 2ª Ed. São Paulo: Atheneu, 2008. p. 207-220.

REIS, A. T.; OLIVEIRA, D. C.; GOMES, A. M. T. Representações sociais sobre saúde entre adolescentes de escolas públicas do município do Rio de Janeiro. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 17(4):473-78, out/dez, 2009.

RIBEIRO, P. C. P.; OLIVEIRA, P. B. R. Culto ao Corpo: beleza ou doença? **Adolesc. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 63-69, jul/set 2011.

RIOS, L. F.; *et al.* Rumo à adultez: oportunidades e barreiras para a saúde sexual dos jovens brasileiros. **Cad. CEDES** [online], vol.22, n.57, pp. 45-6, 2002.

RUZANY, M. H. Atenção à Saúde do Adolescente: Mudança de Paradigma. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde do adolescente: competências e habilidades**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

SÁ, C. P. Representações Sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, M. J. (org). **O conhecimento no cotidiano**. As Representações Sociais na perspectiva da Psicologia Social. São Paulo: Brasiliense, 1993.

_____. **Núcleo Central das Representações Sociais**. Petrópolis: Vozes, 1996.

SAITO, M. I.; QUEIROZ, L. B. Medicina de Adolescentes: visão histórica e perspectiva atual. *In*: SAITO, M. I.; SILVA, L. E. V.; LEAL, M. M. (Orgs.) **Adolescência: Prevenção e risco**. 2ª Ed. São Paulo: Atheneu, 2008.

SALES, Z. N. **Representações Sociais do Cuidado no Diabetes Mellitus**. 2003. 160f. Tese (doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.

SANTOS, B. S. **Um discurso sobre as ciências**. 3ª Ed. São Paulo: Cortez, 2005a.

SANTOS, A. L.; *et al.* **A influência da mídia na adolescência**. ETIC - Encontro de Iniciação Científica. Vol. 1, Nº 1, 2005b. Disponível no site: <<http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/ETIC/article/view/940/911>>. Acesso em: 26 Out 2011.

SANTOS, A. G. B. **Saúde do Adolescente**: Limites e possibilidades de uma atenção integral. Trabalho de Conclusão de Curso (não publicado) - Faculdade de Tecnologia e Ciências. Vitória da Conquista, 2010a.

SANTOS, W. S. **Representações sociais da tuberculose pulmonar**. Jequié, UESB, 2010b. Dissertação (Mestrado)-Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2010.

SCLIAR, Moacyr. História do Conceito de Saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1): 29-41, 2007.

SCHUCH, D. S.; *et al.* **O uso de instrumentos teórico metodológicos da Representação social na pesquisa em educação ambiental**. 2008. Disponível em: <http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2008/anais/pdf/678_425.pdf>. Acesso em 10 Mar 2010.

SILVA, K. R. X. As Representações Sociais do Lazer Por Estudantes do Ensino Médio: **Contribuições Para a Construção de Novas Práticas em Educação Física Escolar**. Anais do X EnFEFE - Encontro Fluminense de Educação Física Escolar. Niterói-RJ. 2006. Disponível em: <<http://cev.org.br/eventos/x-enfefe-encontro-fluminense-educacao-fisica-escolar/>>. Acesso em: 10 Jun 2011.

SILVA, L. W. S. ; *et al.* Família uma unidade de cuidado para seus membros: inquietações reflexivas. **Servir**, vol. 56, nº 5 nov-dez, 2008.

TAQUETTE, S. R.; *et al.* Conflitos éticos no atendimento ao adolescente. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(6):1717-1725, nov-dez, 2005.

TAVARES, M.C.G.C. **Imagem corporal**: conceito e desenvolvimento. 1.ed. Barueri, SP: Manole, 2003.

TEIXEIRA, C. F., PAIM, J. S., VILASBÔAS, A. L. SUS: modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Inf. Epidemiol. SUS**. VII (2), Abr/Jun Brasília, 1998.

THIENGO, M. A.; OLIVEIRA, D. C.; RODRIGUES, B. M. R. D. **Representações sociais do HIV/AIDS entre adolescentes: implicações para os cuidados de enfermagem.** Rev. Esc Enferm USP: 39(1):68-76, 2005.

TOMAIM, V. R. R.; RODRIGUES, L. F. R.; LIMA, R. C. P. **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. Disponível no site: <http://www.gosites.com.br/vjirs/adm_trabalhos_ver2.asp?arq=vjirs_0481_0012.pdf> Acesso em 12 Out. 2009.

TRAVASSOS, C; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, 20 Sup 2: 190-198, 2004.

TRAVERSO-YÉPEZ, M. A.; PINHEIRO, V. S. Adolescência, saúde e contexto social: esclarecendo práticas. **Psicol. Soc;** 14 (2): 133-147; Jul./Dez. 2002.

VALA, J.; MONTENEGRO, M. B. **Psicologia social.** 4ª edição. Lisboa Fundação. Calouste Gueben-Kiam, 2000.

VERGÈS, P. **Ensemble de programmes permettant l'abalyse des evocatiois – Manuel.** Version de 5 de abril de 2002.

VIEIRA, S. R.; ROSENBURG, C. P. Integralidade numa rede de proteção social ao adolescente: uma reflexão a partir do pensamento de Giles Lipovetsky. **Saúde Soc.** São Paulo, v.19, n.1, p.127-134, 2010.

VITÓRIA DA CONQUISTA (Cidade). Prefeitura Municipal de Vitória da Conquista. **A cidade: cenário econômico.** 2011. Disponível em: <<http://www.pmvc.com.br/v1/conteudo/14/economia.html>>. Acesso em: 05 Jul 2001.

WAGNER, W. Sócio-Gênese e Características das Representações Sociais. In: MOREIRA A. S. P.; OLIVEIRA. D. C. (Orgs.). **Estudos interdisciplinares de representação social.** Goiânia: AB Editora. 2000. p. 3-25.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA

Campus de Jequié – Departamento de Saúde
Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde

O Ser Saudável nas Representações Sociais entre Adolescentes

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 196, de 10 de Outubro de 1996, sendo o Conselho Nacional de Saúde.

O presente termo atende à Resolução 196/96, destinando-se a esclarecer ao participante da pesquisa intitulada “**Ser Saudável: Representações Sociais de Adolescentes**”, sob responsabilidade do pesquisador **Antônio Carlos Santos Silva**, tendo como orientador o Prof. DSc Eduardo Nagib Boery e co-orientadora a Prof^a. DSc. Zenilda Nogueira Sales, do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde do Departamento de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – Campus de Jequié.

O objetivo deste estudo está relacionado a apreender as representações sociais sobre ser saudável entre adolescentes de 15 a 19 anos residentes no município de Vitória da Conquista-BA, identificando e analisando a estrutura das representações sociais, de forma a contribuir para a apreensão e construção sobre a referida temática entre este grupo populacional.

A vossa participação é voluntária. O adolescente será, inicialmente, convidado a expressar em forma escrita 04 palavras que lhe venham à cabeça quando pergunto sobre “ser saudável”. Logo após, responderá a um questionário com dados pessoais, dados do estilo de vida e sobre comportamento e cuidado a saúde. A entrevista será gravada e disponibilizada para posterior avaliação. Ele terá a liberdade de não responder as perguntas que julgar difíceis ou àquelas que preferi não responder. O procedimento usado não oferece riscos à dignidade e integridade física e psíquica dos adolescentes entrevistados, bem como não trará complicações legais. Caso haja algum desconforto ou risco ao entrevistado (a) será concedido todas as condições necessárias para atendimento de suas necessidades.

Todas as informações coletadas nesse estudo são estritamente confidenciais. Somente os pesquisadores terão conhecimento dos dados, que serão utilizadas para produção e divulgação dos resultados em meios científicos e para a comunidade da UESB. A identificação será mantida em absoluto sigilo, de forma a garantir a sua privacidade. O Sr.(a) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como qualquer forma de remuneração não será destinada por sua participação. A qualquer momento fica garantida a desistência do seu (sua) filho (a) do presente estudo.

Esperamos que esse estudo possa fornecer informações e subsídios importantes sobre o entendimento das representações sociais sobre o processo ser saudável elaboradas por adolescentes, possibilitando uma reflexão oportuna sobre a temática, no qual o pesquisador se compromete a divulgar os resultados obtidos. Em

qualquer momento da pesquisa ou posteriormente a realização da mesma, é garantida ao Senhor (a) qualquer esclarecimento adicional sobre a referida pesquisa.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar dessa pesquisa. Desde já, agradecemos sua atenção e colaboração por participar deste estudo.

Consentimento para participação: Eu estou de acordo com a participação no estudo descrito acima. Eu fui devidamente esclarecido quanto os objetivos da pesquisa, aos procedimentos aos quais serei submetido e os pesquisadores me garantiram disponibilizar qualquer esclarecimento adicional a que eu venha solicitar durante o curso da pesquisa e o direito de desistir da participação em qualquer momento, sem que a minha desistência implique em qualquer prejuízo à minha pessoa ou à minha família, sendo garantido anonimato e o sigilo dos dados referentes à minha identificação, bem como de que a minha participação neste estudo não me trará nenhum benefício econômico.

Eu, _____, aceito livremente participar do estudo intitulado “**O Ser Saudável nas Representações Sociais entre Adolescentes**”, desenvolvido pelo pós-graduando Antônio Carlos Santos Silva, sob a orientação do Prof. DSc. Eduardo Nagib Boery e co-orientação da Prof^a. DSc. Zenilda Nogueira Sales, do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde do Departamento de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) - Campus de Jequié.

Nome do (a) Participante _____

Nome do responsável legal _____

Polegar direito

COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Eu discuti as questões acima apresentadas com cada participante do estudo. É minha opinião que cada indivíduo entenda os riscos, benefícios e obrigações relacionadas a esta pesquisa.

Vitória da Conquista, ____/____/____

Assinatura do Pesquisador responsável

Para maiores informações, pode entrar em contato com:
Antonio Carlos Santos Silva: Fone: (0xx77)8818-4060
Eduardo Nagib Boery: Fone: (0xx73)3528-9600

APÊNDICE B – Técnica de Evocações de Palavras e Questionário biosociodemográfico

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
Campus de Jequié – Departamento de Saúde
Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde

O Ser Saudável nas Representações Sociais entre Adolescentes

RESPOSTA DAS EVOCAÇÕES LIVRES

Quais as 04 (quatro) primeiras palavras que lhe vêm à mente quando você ouviu falar em SER SAUDÁVEL?	
	()
	()
	()
	()
Enumere por ordem de importância decrescente as 04 palavras apontadas acima.	

QUESTIONÁRIO BIOSOCIODEMOGRÁFICO

Este questionário destina-se ao processo de elaboração da dissertação do mestrado em enfermagem e Saúde da UESB, tendo como responsável o Sr. Antônio Carlos Santos Silva. As informações obtidas por meio deste questionário são confidenciais e serão utilizadas para fins acadêmicos.

INFORMAÇÕES GERAIS

1. Qual o seu sexo? () Masculino () Feminino

2. Bairro em que reside? _____

3. Meio de transporte para vir à escola: _____

4. Qual sua cor ou raça?

- () Branca
() Preta
() Parda
() Amarela
() Indígena

5. Qual a sua idade?

- () 15 anos
() 16 anos
() 17 anos
() 18 anos
() Outro _____

6. Qual é a sua religião ou culto?

7. Contando com você, quantas pessoas residem em sua casa/apartamento? Quem são?

8. Quantos cômodos têm sua casa?

9. Contando com você, quantas pessoas dormem no mesmo quarto ou cômodo com você?
Quem são?

10. Você trabalha? () NÃO () SIM (Se SIM, em quê? ___Quantas horas por dia?___)

11. Você tem celular? () SIM () NÃO

12. Na sua casa tem computador? () SIM () NÃO

13. Na sua casa tem algum computador ligado à internet? () SIM () NÃO

14. Qual a escolaridade da sua mãe?

- () Não estudou
- () Não terminou o Ensino Fundamental ou 1º grau
- () Terminou o Ensino Fundamental ou 1º grau
- () Não terminou o Ensino Médio ou 2º grau
- () Terminou o Ensino Médio ou 2º grau
- () Não terminou o Ensino Superior ou a faculdade
- () Terminou o Ensino Superior ou a faculdade
- () Pós-graduação
- () Não sei

15. Qual a escolaridade do seu pai?

- () Não estudou
- () Não terminou o Ensino Fundamental ou 1º grau
- () Terminou o Ensino Fundamental ou 1º grau
- () Não terminou o Ensino Médio ou 2º grau
- () Terminou o Ensino Médio ou 2º grau
- () Não terminou o Ensino Superior ou a faculdade
- () Terminou o Ensino Superior ou a faculdade
- () Pós-graduação
- () Não sei

ESTILO DE VIDA

16. O que faz nos momentos de lazer? _____

17. Alguma vez na vida, você já fumou cigarro, mesmo uma ou duas tragadas?
() SIM () NÃO

18. Alguma vez na vida, você já experimentou bebida alcoólica?
() NÃO () SIM (Se SIM, com que frequência? _____)

19. Já utilizou/utiliza algum outro tipo de droga?
() NÃO () SIM (Se SIM, qual(is)? _____)

20. Você já teve relação sexual (transou) alguma vez?
() SIM () NÃO

21. Que idade você tinha quando teve relação sexual (transou) pela primeira vez?
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nunca tive relação sexual | <input type="checkbox"/> 13 anos |
| <input type="checkbox"/> 10 anos ou menos | <input type="checkbox"/> 14 anos |
| <input type="checkbox"/> 11 anos | <input type="checkbox"/> 15 anos |
| <input type="checkbox"/> 12 anos | <input type="checkbox"/> 16 anos ou mais |
22. Nos últimos 12 meses, você teve relações sexuais (transou)?
 SIM NÃO
23. Na última vez que você teve relação sexual (transou), você ou seu(a) parceiro(a) usou algum método contraceptivo?
- Nunca tive relação sexual
 Sim
 Não
 Não sei
24. Na última vez que você teve relação sexual (transou), você ou seu(a) parceiro(a) usou camisinha (preservativo)?
- Nunca tive relação sexual
 Sim
 Não
 Não sei
25. Quem orientou ao uso? _____
26. Na escola, você já recebeu orientação sobre prevenção de gravidez, AIDS ou outras doenças sexualmente transmissíveis?
- Sim
 Não
 Não sei
27. Em relação a sua alimentação, quantas refeições você faz por dia? _____
28. Com que frequência você consome frutas ou suco de frutas natural?
- | | |
|---|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> Consumo diário | Quantas vezes por dia? |
| <input type="checkbox"/> Semanal | Quantas vezes por semana? |
| <input type="checkbox"/> Mensal | Quantas vezes por mês? |
| <input type="checkbox"/> Menos de uma vez por mês | |
| <input type="checkbox"/> Raramente | |
| <input type="checkbox"/> Nunca | |
29. Com que frequência você consome verduras e/ou legumes?
- | | |
|---|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> Consumo diário | Quantas vezes por dia? |
| <input type="checkbox"/> Semanal | Quantas vezes por semana? |
| <input type="checkbox"/> Mensal | Quantas vezes por mês? |
| <input type="checkbox"/> Menos de uma vez por mês | |
| <input type="checkbox"/> Raramente | |
| <input type="checkbox"/> Nunca | |

30. Na última semana, sem contar as aulas de educação física da escola, em quantos dias você praticou alguma atividade física (como esporte, dança, ginástica, musculação, lutas ou outra atividade com ou sem orientação de instrutor ou professor)?
- () Nenhum dia nos últimos sete dias () 03 dia nos últimos sete dias
 () 01 dia nos últimos sete dias () 04 dia nos últimos sete dias
 () 02 dia nos últimos sete dias () 05 a 07 dias nos últimos sete dias
31. Nos últimos dias, no seu tempo livre, em quantos dias você praticou atividade física ou esporte sem professor ou instrutor?
- () Nenhum dia nos últimos sete dias () 03 dia nos últimos sete dias
 () 01 dia nos últimos sete dias () 04 dia nos últimos sete dias
 () 02 dia nos últimos sete dias () 05 a 07 dias nos últimos sete dias
32. Se você tivesse oportunidade de fazer atividade física na maioria dos dias da semana, qual seria a sua atitude?
- () Não faria mesmo assim
 () Faria atividade física na maioria dos dias da semana
 () Já faço atividade física na maioria dos dias da semana
33. Quais os fatores que lhe motivam a praticar atividade física?
-

34. Quais os fatores que te levam a não praticar atividade física de forma regular?

SAÚDE DO ADOLESCENTE

35. Como você avalia o seu estado de saúde? Por quê?

36. Você já procurou o serviço de saúde do seu bairro? () SIM () NÃO
 Por quais motivo(s)?

37. Como foi o acolhimento?
 () PÉSSIMO () RUIM () REGULAR () BOM () ÓTIMO

38. Em sua opinião, quais os maiores problemas enfrentados pelos adolescentes em seu bairro?

39. Em sua opinião, quais as maiores dificuldades (limites) relacionadas à saúde do adolescente em seu bairro?

40. Você conhece algum trabalho desenvolvido pelo serviço de saúde do seu bairro voltado ao adolescente?
 () NÃO () SIM Qual (is)

41. Em sua opinião, o que poderia está sendo feito ou modificado para melhorar a saúde do adolescente em seu bairro?

APÊNDICE C - Roteiro da Entrevista Livre

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
Campus de Jequié – Departamento de Saúde
Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde

O Ser Saudável nas Representações Sociais entre Adolescentes

ROTEIRO DA ENTREVISTA LIVRE

1. Para você, o que significa ser saudável?

2. Para você, o que é necessário para viver saudável?

ANEXOS

ANEXO A – Ofício de Aprovação do CEP/UESB

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP / UESB

Jequié, 15 de março de 2011

Of. CEP/UESB 066/2011

Ilmo. Sr.

Antônio Carlos Santos Silva

Mestrado em Enfermagem e Saúde – PPGES/UESB

Prezado Senhor,

Comunicamos a V. S^a que o Projeto de Pesquisa abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UESB, estando os pesquisadores liberados para o início da coleta de dados.

Protocolo nº: **229/2010**

CAAE: **0063.0.454.000-10**


Projeto: **SER SAUDÁVEL: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ADOLESCENTES**

Pesquisadores: **Antônio Carlos Santos Silva (mestrando)**

Prof. Eduardo Nagib Boery e Profa. Zenilda Nogueira Sales (colaboradores)

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa (ver modelo no CEP), para acompanhamento pelo Comitê.

Atenciosamente,


Prof^a. Ana Angélica Leal Barbosa
Presidente do CEP/UESB

ANEXO B – Parecer Consubstanciado do CEP/UESB



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98

Comitê de Ética em Pesquisa - CEP / UESB

PARECER CONSUBSTANCIADO

Protocolo Nº 229/2010
CAAE: 0063.0.454.000-10

I – Identificação:

Projeto de Pesquisa: SER SAUDÁVEL: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ADOLESCENTES

Pesquisador Responsável: Antônio Carlos Santos Silva

Pesquisadores Colaboradores: Eduardo Nagib Boery e Zenilda Nogueira Sales

Instituição onde se realizará: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

Área de Conhecimento: Ciências da Saúde – 4.04. Enfermagem

II - Objetivos:

Geral: Apreender as representações sociais sobre "ser saudável" elaboradas por adolescentes..

Específicos: Identificar as representações sociais sobre ser saudável elaboradas por adolescentes no município de Vitória da Conquista; analisar a estrutura das representações sociais sobre ser saudável elaboradas por adolescentes no município de Vitória da Conquista.

III – Sumário do projeto:

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório de abordagem qualitativa, com enfoque na Teoria das Representações Sociais. Os sujeitos da pesquisa serão constituídos de dois grupos: "300 adolescentes compreendidos entre a faixa etária de 15 a 19 anos, no município de Vitória de Conquista - BA" A coleta de dados será realizada através da utilização de multitécnicas: a Técnica de Evocação ou Associação Livre de Palavras escritas, questionário sociodemográfico e Entrevista Livre com gravação digital, utilizando-se 02 questões norteadoras abordando a temática em questão. Para análise dos dados coletados por meio da entrevista livre, será utilizado o procedimento de análise de conteúdo, adotando o modelo de categorias de Bardin (2008), modalidade temática, com definição de categorias de sentido e ordenamento das informações coletadas, ao passo que para a análise dos dados coletados a partir técnica de evocação ou associação livre, será utilizado o software EVOC.

IV – Comentários do relator:

O projeto encontra-se bem estruturado e elaborado e apresenta todos os elementos necessários a submissão ao CEP-UESB. Além disso, possui relevância social para a área da saúde.

V - Adequação do TCLE e forma de obtê-lo:


O TCLE encontra-se de acordo com a Resolução 196/96.

VI – Parecer do relator:

Analisando o projeto "Ser Saudável: Representações Sociais de Adolescentes", reconhecemos o mérito do estudo e a relevância para a área de saúde. Assim, somos de parecer favorável a aprovação do mesmo.

Situação do projeto: Aprovado

Jequié, 15 de março de 2011


Prof^ª. Ana Angélica Leal Barbosa
Presidente do CEP/UESB

ANEXO C – Ofício solicitação de coleta de dados - Diretoria Regional de educação da Bahia – Vitória da Conquista



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Departamento de Saúde
Fone: (73) 3528-9623/9610 – dsuesb@yahoo.com.br/dsjq@uesb.br



Ofício 054/11– DS

Jequié, 13 de abril de 2011.

Á Ricardo Costa

Diretor da Diretoria Regional de Educação da Bahia- Vitória da Conquista

Assunto: **Solicitação de coleta de dados.**

Prezado (a) Senhor (a),

Solicitamos a Vossa Senhoria autorização para que o discente *Antonio Carlos Santos Silva* possa realizar coleta de dados nesta unidade, em continuidade ao projeto intitulado: “**SER SAUDÁVEL: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ADOLESCENTES**”.

Sendo assim, pedimos vossa colaboração no sentido de fazer os encaminhamentos necessários.

Atenciosamente,


Prof. DSc. Marcos Henrique Fernandes
Diretor do Departamento de Saúde
Matrícula 72411623-6

Av José Moreira Sobrinho, S/N - Jequezinho - CEP 45206-190
Fone: (73) 3526 8623 - Fax (73) 3525 6683
E-mail: dsjq@uesb.br

ANEXO D – Autorização para coleta de dados - Diretoria Regional de educação da Bahia – Vitória da Conquista

DIRETORIA REGIONAL DE EDUCAÇÃO/DIREC-20



SECRETARIA DA EDUCAÇÃO

AUTORIZAÇÃO

Autorizo o discente **Antonio Carlos Santos Silva**, à realizar coleta de dados nas Unidades de Ensino abaixo relacionadas, para o projeto de pesquisa: **Ser, saudável: representações sociais de adolescente.**

1. Colégio Estadual Padre Luiz Soares Palmeira
2. CPM – Eraldo Tinoco
3. Colégio Estadual Rafael Spínola Neto
4. Colégio Estadual José Sá Nunes
5. Colégio Estadual Anísio Teixeira
6. Colégio Estadual Nilton Gonçalves
7. Colégio Estadual Abdias Menezes
8. Colégio Estadual Adelmário Pinheiro
9. Escola Estadual Dr. Orlando Leite
10. Colégio Estadual Dom Climério de Almeida Andrade
11. Centro Territorial de Educação Profissional
12. Colégio Polivalente de Vitória da Conquista

Vitória da Conquista – BA, 13 de Maio de 2011

RICARDO COSTA DE MORAES
Diretor Regional de Educação
DIREC/20 - Vitória da Conquista – BA

Ricardo Costa de Moraes
Diretor Regional de Educação
DIREC 20 - Aut. 1071 2010-20
Cad. 11.255.884-7

DIREC – 20 - Pça. Tancredo Neves – Edif. Conquista Center – 7º andar, CEP: 45.015 - 210
Vitória da Conquista – Bahia - Brasil. Tel.: 77 3424-1281. Telefax: 77 3424-5239.