



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE – CAMPUS DE JEQUIÉ  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE PÚBLICA**

**RAMON MISSIAS MOREIRA**

**QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE DE ADOLESCENTES: UM ESTUDO  
DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS**

Jequié-BA  
2012

**RAMON MISSIAS MOREIRA**

**QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE DE ADOLESCENTES: UM ESTUDO  
DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Enfermagem e Saúde.

**ORIENTADOR: EDUARDO NAGIB BOERY**  
**LINHA DE PESQUISA: EDUCAÇÃO EM SAÚDE E SOCIEDADE**

Jequié-BA  
2012

## FOLHA DE APROVAÇÃO

MISSIAS MOREIRA, R. **Qualidade de Vida e Saúde de Adolescentes:** um estudo de Representações Sociais. 129p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde). Jequié: UESB, 2012.



---

Dsc. Rita Narriman S. de Oliveira Boery  
Doutora em Enfermagem – UNIFESP  
Programa de Pós Graduação em Enfermagem e Saúde  
Presidente (Suplente) da Banca Examinadora

---

Dsc. Ana Angélica Leal Barbosa  
Doutora em Genética – UFPR

Programa de Pós Graduação em Genética, Biodiversidade e Conversão  
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

---

Dsc. Ana Cristina Duarte

Doutora em Educação - UFBA

Programa de Pós Graduação em Educação Científica e Formação de Professores  
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

Jequié-BA, 23 de novembro de 2012.

M813q

MISSIAS MOREIRA, Ramon.

Qualidade de Vida e Saúde de Adolescentes: Um Estudo de Representações Sociais. / Ramon Missias Moreira. – Jequié, Bahia: UESB – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2012.

130p.; 30cm.

Trabalho de conclusão de curso (Mestrado) – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. – Mestrado em Enfermagem e Saúde, 2012.

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Nagib Boery.

1. Percepção Social. 2. Qualidade de Vida. 3. Adolescente. 4. Saúde. 5. Comportamento de Risco. I. Ramon Missias Moreira. II. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. III. Título.

CDD 613

Para realização dessa dissertação, houve auxílio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), através de bolsa de pesquisa.

Aos meus pais, que são minha base e minha  
estrutura, fonte de inspiração e de exemplos  
a seguir. Aos meus sobrinhos, que amo.

## APRESENTAÇÃO PESSOAL



### AGORA

Despertar no presente é estar vivo  
É sair das culpas e angústias de ontem  
Ou de sonhos e ansiedades do amanhã:  
É descobrir o agora  
Descobrir o agora é também “descobrir-se”  
Saber-se “quem é”  
“de onde veio”  
“para onde vai”  
Perceber a profundidade do momento presente  
É deixar que os “mortos enterrem seus mortos”  
É desvelar a fonte única da alegria do “mais dentro”  
É mergulhar no sentido lúdico da vida,  
Assim, conhecer-se profundamente,  
É saber-se um com a vida,  
É vislumbrar a realidade do Amor  
É mergulhar na eternidade do agora.

**Jorge Luis Borges**

Falando sobre o presente, posso compartilhar que foi um grande desafio desenvolver essa investigação científica, que com muito denodo resultou nesse trabalho de dissertação. Nesse momento de descobertas, limitações, indagações, incertezas, angústias, desejos, frustrações, sacrifícios, possibilidades e êxitos eu pude refletir intensamente sobre minha trajetória de vida, que neste momento apresento brevemente.

Meu desejo manifesto e incessante pelo conhecimento permanece, principalmente ao observar e apreender as ideias construídas e socializadas pelo grande educador brasileiro Paulo Freire, quando argumenta: "Ninguém sabe tudo. Todos nós sabemos alguma coisa. Todos nós ignoramos alguma coisa, por isso aprendemos sempre", e essa lacunosidade é que alimenta essa chama viva e ardente.

Sou um homem de 25 anos, negro, filho, irmão, tio, aluno, amigo, pesquisador, soteropolitano, nascido e criado em um bairro de classe social baixa, nordestino, candomblecista e professor, características essas, peculiares, são advindas de minha origem, meu percurso, de minhas andanças, da educação familiar recebida e de minha formação.

Entrei na Universidade Pública, ainda na adolescência, e tive a oportunidade de cursar a Licenciatura em Educação Física (2005-2009) na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Durante essa etapa inicial me envolvi com estágios, com o movimento estudantil e com diversos projetos de pesquisa e de extensão, dentre eles, a ação extensionista “Qualidade de Vida nas Quatro Estações” (2006) sob coordenação do Prof. Dsc. Valfredo Ribeiro Dórea, entendendo nesse envolvimento, a complementaridade necessária e indispensável à minha formação acadêmica, humanística e profissional.

A escolha por esse curso se deu por diferentes motivos, sendo alguns deles: a afinidade com a prática de esportes individuais e coletivos, que sempre me envolvi no contexto intra/extra-escolar; e para muito além desse fator imediatista, pelo meu compromisso social com a sociedade em que estamos inseridos, onde através de ações e intervenções de educação e de saúde acredito que podemos alavancar e fomentar a transformação social a partir desses dois fundamentais pilares que sustentam o nosso dia-a-dia.

Ao terminar a graduação, tive minha primeira atuação como professor de Educação Física no Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF, em Iramaia, uma pequena cidade da região da Chapada Diamantina, no estado da Bahia. Desenvolvi atividades com uma equipe multiprofissional, onde trabalhava juntamente com um psicólogo e uma fisioterapeuta, foi rico e relevante o contato com aquelas pessoas que muito mal tinham acesso a água para beber e satisfazer as necessidades triviais.

Posteriormente no ano de 2010, conclui a especialização *lato sensu* em Atividade Física, Educação e Saúde para Grupos Especiais pela Faculdade da Cidade do Salvador, onde desenvolvi um estudo monográfico voltado para a Educação em Saúde no Ensino Médio, com eixo temático ancorado na qualidade de vida, sob a orientação do Prof. Dsc. Cesar Pimentel Figueiredo Primo, líder de um dos Grupos de Pesquisa que participo e colaboro como Pesquisador, o Núcleo de Estudos e Pesquisas em Educação Física, Esportes e Lazer - NEPEEL/CNPq/UESB.

No mesmo ano, fui chamado pelo município de Ituaçu-BA para tomar posse do cargo de Professor de Educação Física, nível III, que eu tinha sido aprovado no ano de 2009, em 1º lugar, mediante concurso público. Fiz um trabalho significativo e de resultados positivos na educação municipal, e dentre os principais feitos numa perspectiva inter/transdisciplinar posso destacar o Projeto Capoeira na Escola, a I Caminhada Ecológica: ressignificando os saberes, e o I Desfile da Consciência Negra. Ainda, é válido ressaltar, que além de contribuir constantemente e potencialmente no processo de ensino-aprendizagem das crianças e adolescentes, em 115 anos de existência e história dessa cidade (fundada em 26 de agosto de 1897), eu fui o primeiro Professor de Educação Física com graduação específica do município, fato este que me encheu do bom orgulho e muito mais ainda de responsabilidades, pois a diferença tinha que ser notada e percebida senão não existiria sentido.

Fato mais marcante ainda na Educação desse município, foi o de termos fundado o SINPROI- Sindicato dos Professores da Rede Pública Municipal de Ituaçu-BA, no dia 05 de junho de 2010, que caracteriza-se como um importante instrumento de luta e que nos proporcionou muitas conquistas, direito ao direito, entraves políticos, perseguições (PAD- Processo Administrativo Disciplinar) e muitas vitórias, o qual tive a grande honra e oportunidade de compor a Diretoria, sendo eleito Presidente.

Quantas surpresas, tensões, desafios e maravilhas aconteceram no ano de 2010, culminando com a aprovação, concomitante, em duas seleções de Mestrado (NPGED- Núcleo de Pós Graduação em Educação da Universidade Federal de Sergipe (UFS) e PPGES- Programa de Pós Graduação em Enfermagem e Saúde, com área de concentração em Saúde Pública, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia- UESB). Esse momento foi o ápice



da minha felicidade, vez que estava a perceber o início da concretização de meu Projeto de Vida Profissional acontecer.

Portanto, no ano passado (2011), optei e iniciei o curso de Pós Graduação em Enfermagem e Saúde da UESB onde tive a honra de ser orientando do Prof. Dsc. Eduardo Nagib Boery, e de ser acolhido com muito afeto pela Professora Dsc. Rita Narriman Silva de Oliveira Boery e pela Prof. Dsc. Zenilda Nogueira Sales. Meu ilustre orientador, além de ser uma referência em estudos de qualidade de vida na Bahia, é o atual Diretor Científico da Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado da Bahia - FAPESB, o qual teve grande afinidade com o projeto que pretendia desenvolver sobre a relação da Qualidade de Vida e Saúde de adolescentes escolares ancorada na Teoria das Representações Sociais.

Durante o desenvolvimento dos estudos do Mestrado, fui contemplado com a Bolsa de Pesquisa da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), que muito colaborou para o desenvolvimento dessa atividade de pesquisa, tendo em vista que me encontrava de licença para cursar o Mestrado.

Ao concluir os créditos teóricos das disciplinas do Mestrado, fui ao mesmo tempo, aprovado na seleção para professor substituto, classe auxiliar, da disciplina Estágio Supervisionado II do curso de Educação Física da UESB. Onde estou exercendo a docência, pesquisa e extensão até o momento, aprendendo e (des)construindo o conhecimento sempre na perspectiva coletiva, como bem orienta o saudoso educador Paulo Freire.

Concluindo com reflexões, sei que todos nós somos seres inacabados, imersos em uma incompletude, o que nos move na direção, na busca constante por novos conhecimentos, tendo minha trajetória inter-relação direta com essa dissertação e com os aprendizados que ficaram a partir da construção desse trabalho, do estágio de docência, das interações com as disciplinas, com os colegas, com o sistema de valores e do contato com a leitura dos diversos títulos das múltiplas áreas de conhecimento os quais tive acesso.

Esse sou EU!

## AGRADECIMENTOS

É inevitável que o primeiro agradecimento seja feito a Deus e ao meu Orixá Xangô pela força suprema, divina, que alimenta as minhas forças físicas, psicológicas e espirituais, foi pela fé que não desisti desse processo que foi árduo, trabalhoso e ao mesmo tempo prazeroso.

A minha mãezinha Zenilda Missias Moreira, mulher de pulso firme e de muita garra, que me motivou muito nessa jornada e na trajetória da vida, dando-me bons exemplos de dedicação, perseverança e educação. Pelo seu amor incondicional e indescritível, sendo o elo de união de toda minha família.

Ao meu pai Rael Palma Moreira, que trabalhou arduamente para me sustentar desde pequeno, e ainda na adolescência quando iniciei a graduação (que é a base da formação acadêmica), além de seu carinho, incentivo, amor e atenção para comigo.

À minha irmã Riane Missias, cunhado José Félix e sobrinhos Irla Missias e Rael Neto pela compreensão, apoio e disposição contínua em me ajudar a crescer e caminhar nessa vida.

A minha madrinha da vida Enf. Msc. Jussara Maria Camilo dos Santos, que me ajudou muito desde o princípio, sempre esteve junto comigo, dando o suporte necessário na vida acadêmica e pessoal, onde além de ser uma mulher negra, linda, inteligente e poderosa, é válido ressaltar que nesses 30 anos de UESB foi a única mulher que conseguiu fazer parte da Reitoria dessa Universidade, colaborando assim com o desenvolvimento e progresso da pesquisa, ensino e extensão.

Aos familiares, em especial a tia Marilene, tia Nélia, prima Fernanda Daltro, tia Noeme, tia Carminha e madrinha de batismo Dila Freitas pelos gestos simples que significaram momentos importantes e de muito aprendizado em minha vida.

Aos colegas e amigos que compartilharam momentos únicos, de alegrias, risos, tristezas e sorrisos e que fizeram parte dessa caminhada, em especial a quatro pessoas que contribuíram muito para a concretização desse sonho, meu amigo Jules Ramon Brito Teixeira pela força, apoio, dedicação e por sempre estar disposto a ajudar e por ter influenciado-me positivamente a trabalhar com a Teoria das Representações Sociais; a colega e grande amiga Valéria Alves da Silva, compartilhamos muito conhecimento, estivemos sempre juntos, até mesmo no estágio em docência, pessoa que admiro e tenho muito carinho; ao amigo Ícaro Ribeiro, que por diversas vezes esteve pronto para contribuir; ao amigo Mestre Antonio Carlos (Cau), que foi parceiro presente durante os momentos iniciais e fundamentais do Mestrado; e também, não poderia deixar de mencionar o colega Cláudio Henrique Mascarenhas, que colaborou bastante na parte quantitativa da pesquisa.

Ao professor Eduardo Boery, por me acompanhar no decorrer desse estudo e por ter sido compreensivo, incentivador e acima de tudo paciente e acolhedor. Professor, com seu jeito singular de ser, eu aprendi muito e reconstruí diversos conhecimentos.

À professora Zenilda Nogueira Sales que contribuiu potencialmente com essa pesquisa, além de oferecer a disciplina Estudos Independentes com enfoque na Análise de Conteúdo, que colaborou na análise dos dados qualitativos.

À professora Rita Narriman Boery, pelo grande acolhimento e conversas informais que contribuíram no meu amadurecimento pessoal e profissional, e também por ter me recebido de braços abertos em sua casa na cidade de Porto-Portugal, mesmo em momento tênue devido ao seu curso de Pós-Doutorado.

Aos professores do Programa de Pós Graduação em Enfermagem e Saúde, que trocaram experiências, onde a partir das interações ocorridas contribuíram incessantemente no meu processo de formação.

Aos professores que participaram da qualificação desse estudo, Marcos Lopes de Souza e Ana Cristina Duarte, pois contribuíram com sugestões importantes e valiosas no direcionamento da dissertação.

À professora Ana Angélica Leal Barbosa, por ter aceitado o convite de participar na banca examinadora da defesa dessa pesquisa.

Aos diretores, professores e adolescentes do Colégio Estadual Luis Viana Filho, Colégio Estadual Luis Eduardo Magalhães e Instituto de Educação Régis Pacheco por participarem dessa pesquisa, contribuindo para a produção de conhecimentos sob a égide da promoção da saúde e da educação em saúde, visando dias melhores.

A Prefeitura Municipal de Ituaçu, na pessoa de Juvenal Wanderley Neto (prefeito) e Maria Sofia Wanderley (secretária de educação, cultura e lazer) pelo apoio oferecido e liberação para cursar o mestrado.

A funcionária do PPGES, Conça Silva, que sempre me serviu com muita disposição, carisma, carinho e com palavras de força, mesmo quando as situações eram adversas.

E por último gostaria de dedicar essa Vitória especialmente a todos aqueles que desejaram insucesso, aos que não acreditaram em mim, aos que tentaram dificultar minha caminhada. Esse agradecimento de fato é exclusivo, pois com todas as pedras lançadas no meio do caminho e através de vocês eu aprendi o que eu não quero ser, enquanto ser humano, enquanto pessoa que sempre lutou com muita honestidade e dignidade para alcançar os objetivos na vida. **ALCANCEI!!!**

A todos vocês, com os melhores pensamentos, o meu mais nobre agradecimento.

## RESUMO

Este estudo teve como objetivo geral apreender as representações sociais sobre a qualidade de vida de estudantes adolescentes; e objetivos específicos: identificar os fatores determinantes da qualidade de vida mais relevantes para esses adolescentes; avaliar sua qualidade de vida e a relação com as variáveis sócio-demográficas; analisar o conteúdo e comparar a estrutura representacional da qualidade de vida para esses adolescentes. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e analítico, de abordagem quantitativa e qualitativa, que teve como cenário as 3 maiores escolas públicas estaduais do município de Jequié, Bahia, Brasil. Os informantes foram os estudantes adolescentes regularmente matriculados e cursando o ensino médio. A população consistiu em 1.161 sujeitos, tendo sido utilizado o software Epi Info para o cálculo amostral. Foi considerada uma prevalência esperada de qualidade de vida boa global de 64%, precisão de erro de 5%, nível de confiança de 95%, reajustes de 20%, tendo sido determinada uma amostra de 327 informantes os quais foram selecionados após realização de sorteio, resultando em 316 entrevistados em decorrência das perdas. Como instrumentos de coleta de dados foram utilizados: entrevista semi-estruturada, Teste de Associação Livre de Palavras (TALP), e o questionário *WHOQOL-bref*. A entrevista foi realizada até ocorrer a saturação dos dados e alcance do objetivo, resultando em 33 entrevistados primeiramente sorteados, sendo que os outros instrumentos foram aplicados à amostra total. As técnicas de análise dos dados foram: os dados das entrevistas foram analisados com Técnica de Análise de Conteúdo Temática Categorial; os dados do TALP foram processados pelo software EVOC 2003 e analisados descritivamente através do Quadro de Quatro Casas; os dados advindos do *WHOQOL-bref* foram processados pelo software SPSS, versão 17.0, e analisados descritivamente. Como resultados das entrevistas foram encontradas quatro categorias (estilo de vida; comportamento de risco; sexo protegido; dimensão social, econômica e cultural) e doze subcategorias (alimentação saudável; cultura corporal de movimento; circunspecto com a saúde; bem-estar; uso de drogas lícitas; uso de drogas ilícitas; prática sexual; sensação de onipotência; sexo protegido; relações sociais; poder aquisitivo; trabalho; moradia) que expressam às concepções dos adolescentes sobre qualidade de vida. Como resultados do TALP: o núcleo central da representação (alimentação saudável, atividade física, dinheiro e sexo), a 1ª periferia (ausência de doença, camisinha, liberdade, maconha, moradia, trabalho e viver bem), os elementos de contraste (bem-estar e futebol) e a 2ª periferia (dificuldade, família, paz e poder). Os resultados do *WHOQOL-bref* evidenciaram que os níveis de satisfação com a qualidade de vida encontrados para o domínio físico e psicológico foram médios, o domínio meio ambiente apresentou-se com escore baixo, enquanto o domínio das relações sociais apresentou um alto índice de satisfação. Compreendeu-se que as representações sociais dos adolescentes associam sua qualidade de vida à prática de atividade física e outros hábitos de vida saudáveis, entretanto, encontram-se influenciados pelos desejos, curiosidades e prazeres da adolescência, muitas vezes se expondo a diversas situações de risco.

**Descritores:** Percepção Social; Qualidade de Vida; Adolescente; Saúde; Comportamento de Risco.

## ABSTRACT

The objective of this study was to apprehend the social representations about the quality of life of adolescent students; and specific objectives: to identify the determinants of quality of life more relevant for these adolescents evaluate their quality of life and the relationship with sociodemographic variables; to analyze the content and compare the structure representational of quality of life for these adolescents. This is a descriptive, exploratory and analytical, with quantitative and qualitative approaches, which had as scenario the 3 largest public state schools of Jequié, Bahia, Brazil. The informants were adolescent students regularly enrolled and studying in high school. The population consisted of 1161 subjects, having been used the software Epi Info for sample size calculation. It was considered an expected prevalence of good overall quality of life of 64%, accuracy of error of 5%, a confidence level of 95%, increases of 20% and was given a sample of 327 informants who were selected after conducting raffle, resulting in 316 interviewed as a result of the losses. As instruments of data collection were used: semi-structured interview, Free Word Association Test (FWAT) and the questionnaire WHOQOL-bref. The interview was conducted until data saturation occurs and reach the goal, resulting in 33 interviewed chosen by raffle, and the other instruments were applied to the total sample. The techniques of data analysis were: the data from the interviews were analyzed using content Thematic Categorical Content Analysis; the data from the FWAT were processed by software EVOC 2003 and analyzed descriptively through the Table of Four Houses; the data from the WHOQOL-bref were processed by SPSS software, version 17.0, and analyzed descriptively. As results of the interviews were found four categories (lifestyle; risk behavior protected sex; a social, economical and cultural dimension) and twelve subcategories (healthy eating corporal culture movement circumspect with health well being, use of licit drugs use of illicit drugs sexual practice feeling of omnipotence protected sex; social relations purchasing power work, housing) that express the conceptions of adolescents about their quality of life. As results of the FWAT: the central nucleus of representation (healthy eating, physical activity, money and sex), the 1st periphery (absence of disease, condoms, liberty, weed, housing, work and live well), the contrasting elements (well-being and football) and the 2nd periphery (difficulty, family, peace and power). The results of the WHOQOL-bref evidenced that the levels of satisfaction with the quality of life found for the physical and psychological domain were average, the environment domain presented with low scores, while the domain of social relations showed a high satisfaction rate. It was understood that the social representations of adolescents associate their quality of life to the practice of physical activity and other healthy lifestyle habits. Nevertheless, they are influenced by the desires, curiosities and pleasures of adolescence, often exposing themselves to various risk situations.

**Descriptors:** Social Perception; Quality of Life; Adolescent; Health; Risk-Taking.

## LISTA DE QUADROS

### MANUSCRITO 02

**Quadro 01** – Síntese dos resultados do Teste de Associação Livre de Palavras ao estímulo indutor “Qualidade de Vida” em adolescentes do município de Jequié, Bahia, Brasil, 2012.....82

**Quadro 02** – Esquema figurativo do Quadro de Quatro Casas ao estímulo indutor “Qualidade de Vida” em 316 adolescentes do município de Jequié, Bahia, Brasil, 2012.....84

## LISTA DE TABELAS

### MANUSCRITO 01

**Tabela 01.** Distribuição das variáveis sociodemográficas da dos adolescentes: sexo, idade, raça, escolaridade, turno de estudo e local de estudo. Jequié/BA, Brasil, 2012..... 49

**Tabela 02.** Distribuição das categorias e subcategorias analíticas das representações sociais sobre Qualidade de Vida de adolescentes, Jequié, Bahia, Brasil, 2012.....50

### MANUSCRITO 02

**Tabela 01.** Distribuição das variáveis sociodemográficas da dos adolescentes: sexo, idade, raça, escolaridade, turno de estudo e local de estudo. Jequié/BA, Brasil, 2012.....80

**Tabela 02.** Distribuição da amostra dos adolescentes por escolas, após a coleta dos dados. Jequié/BA, Brasil, 2012.....81

**Tabela 03.** Associação do estímulo indutor “Qualidade de Vida”, por ordem de evocação, em 316 adolescentes de Jequié, Bahia, Brasil, 2012.....83

### MANUSCRITO 03

**Tabela 01.** Distribuição das variáveis sociodemográficas da amostra estudada dos adolescentes: sexo, idade, raça, escolaridade e turno de estudo. Jequié/BA, 2012.....102

**Tabela 02** – Distribuição dos informantes por escolas após a coleta dos dados. Jequié/BA, 2012.....103

**Tabela 03.** Escores obtidos na aplicação do *WHOQOL-Bref* em adolescentes escolares (n=316): IC 95%, percentual mínimo e máximo, média, mediana e desvio padrão. Jequié/BA, Brasil, 2012.....104

## LISTA DE ABREVIATURAS

AC	Análise de Conteúdo
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CnPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EM	Ensino Médio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NC	Núcleo Central
OMS	Organização Mundial da Saúde
PROSAD	Programa Saúde do Adolescente
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TALP	Teste de Associação Livre de Palavras
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TNC	Teoria do Núcleo Central
TRS	Teoria das Representações Sociais
UERJ	Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UESB	Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
QV	Qualidade de Vida
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life Group



## SUMÁRIO

1 EDUCAÇÃO EM SAÚDE: A CAMINHO DE UMA REALIZAÇÃO .....	18
2 O ESTADO DA ARTE: UM OLHAR UTILIZANDO O SUPORTE TEÓRICO.....	21
2.1 COMPLEXIDADE SEMÂNTICA DO TERMO QUALIDADE DE VIDA: ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS .....	21
2.2 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MOSCOVICI.....	25
2.3 TEORIA DO NÚCLEO CENTRAL DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....	31
3 ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	34
4 REFERÊNCIAS.....	35
5 RESULTADOS.....	46
5.1 MANUSCRITO 01 – REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ADOLESCENTES SOBRE QUALIDADE DE VIDA.....	44
5.2 MANUSCRITO 02 – ESTRUTURA REPRESENTACIONAL DE ADOLESCENTES SOBRE QUALIDADE DE VIDA.....	76
5.3 MANUSCRITO 03 – AVALIAÇÃO PSICOMÉTRICA DA QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE DE ADOLESCENTES.....	97

### APÊNDICES

APÊNDICE A – TESTE DE ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS

APÊNDICE B – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### ANEXOS

ANEXO A – QUESTIONÁRIO WHOQOL-BREF

ANEXO B – RELATÓRIO RANGMOT EMITIDO PELO EVOC 2003

ANEXO C – RELATÓRIO TABRGFR EMITIDO PELO EVOC 2003

ANEXO D – PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP/UESB

ANEXO E – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP/UESB

## 1 EDUCAÇÃO EM SAÚDE: A CAMINHO DE UMA REALIZAÇÃO

Esta investigação científica inclina-se para as Representações Sociais de estudantes adolescentes sobre Qualidade de Vida e Saúde, sendo que esses sujeitos sociais estão submersos em um *continuum* de transformações e mudanças que possivelmente nortearão sua vida na fase adulta. Essa é uma etapa da vida caracterizada por várias alterações no organismo, na maneira de pensar, ser e agir, alterando tanto as características físicas quanto as psicológicas.

Pudemos observar durante as ações desenvolvidas nos estágios supervisionados I, II e III no curso de Educação Física da UESB, este último sendo executado no ensino médio, e também na escola da rede pública em que lecionamos, que grande parte dos objetivos de uma consecução de qualidade de vida entre adolescentes se dá através da atividade física, lazer, práticas corporais (futebol, vôlei, basquete, handebol, slacklining, natação, dança, etc), dentre outras.

No decorrer desta trajetória, acompanhamos diversas turmas do ensino fundamental e médio, e nesse espaço de tempo, intrigava-nos saber que um dos objetivos da Educação Física é contribuir para melhoria da saúde e da qualidade de vida, na medida em que se desenvolvem atividades corporais e trabalha-se a educação em saúde, com diversos eixos temáticos, caracterizando-se como uma intervenção no sentido da prevenção de doenças e promoção da saúde. Mas de que forma os adolescentes compreendem qualidade de vida? O que, na visão desses escolares, seria necessário para se atingir a qualidade de vida?

Durante as aulas de Educação Física realizava atividades planejadas, muitas vezes sem levar em consideração o que os alunos consideravam realmente importante para uma melhoria de sua qualidade de vida, o que resultou no despertar para esse objeto de estudo, a ser desenvolvido no curso de Mestrado.

Há uma exiguidade na produção científica em relação a estudos que objetivam analisar a qualidade de vida na infância e adolescência, percebendo-se uma ausência relevante de pesquisas sobre essa temática, e os títulos quando encontrados, não discutem a percepção púbere e infantil de qualidade de vida (SABEH; VERDUGO, 2002).

Dantas, Sawaba e Malerbo (2003) em seu estudo de revisão de literatura, constatou que dos 53 estudos envolvendo dissertações de mestrado, teses de doutorado e livre-docência de quatro universidades públicas de São Paulo que abordaram sobre qualidade de vida, somente um desses envolvia crianças. Ainda foi afirmado pelas autoras que dezesseis pesquisas investigaram qualidade de vida com indivíduos saudáveis. Baseando-se nesses dados pode-se argumentar que se tem pesquisado muito pouco no Brasil sobre qualidade de vida relacionada às pessoas saudáveis e, muito menos, ainda, com adolescentes que é o principal foco desse estudo.

De acordo com Soares *et al.* (2011) as primeiras publicações nacionais sobre qualidade de vida aconteceram em 1993 e se concentraram em aspectos relacionados à volta ao trabalho após intervenções cirúrgicas e à falta de oportunidades profissionais devido à doença crônica e nutrição infantil. Conforme Prebianchi (2003) as pesquisas sobre qualidade de vida com adultos têm progredido, porém os estudos com crianças e adolescentes ainda não são o suficiente.

Destarte, no período inicial de construção desta dissertação realizamos pesquisas e refinamentos científicos na base de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), que se trata de um centro de cooperação técnica e científica em saúde na região das Américas, visando a fazer o levantamento de estudos que relacionassem a qualidade de vida aos adolescentes.

Utilizando os descritores “qualidade de vida” and “adolescentes” observamos a disposição de 18.334 artigos. Ao selecionar o idioma português, apresentaram-se 723 artigos. Delimitando um pouco mais o refinamento, acrescentando o critério de texto completo obteve-se 439 artigos, o que representa uma quantidade considerável de estudos envolvendo o eixo temático qualidade de vida e adolescentes. Contudo, ao fazer uma leitura exaustiva dos resumos, não foi encontrado nenhum artigo que buscasse apreender as representações sociais sobre qualidade de vida de adolescentes, numa abordagem qualitativa e quantitativa, o que por sua vez justifica a necessidade impreterível deste estudo.

Defrontando com a dificuldade, e querendo de fato entender como os adolescentes de Jequié compreendem e percebem a qualidade de vida relacionando aos fatores associados, desenvolvemos este estudo com apoio na literatura e na pesquisa de

campo sobre a temática envolvida, em atendimento, também, à linha de pesquisa Educação em Saúde e Sociedade, do Grupo de Pesquisa Saúde e Qualidade de Vida/CnPq/UESB, vinculado ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

Nessa perspectiva, solidificamos e [des]construímos o conhecimento dentro da perspectiva da construção coletiva do saber. Este fato proporcionou diálogo com os diversos autores que discorrem sobre o tema, onde pudemos observar as ideias sobre qualidade de vida e saúde presentes nas diversas áreas de conhecimento, entre elas: Educação Física, Enfermagem, Antropologia, Saúde Pública, Medicina, Filosofia, Psicologia, dentre outras.

Assim, com a pretensão de contribuir na produção de novos conhecimentos acerca dessa temática, as questões que nortearam esta atividade investigativa foram: 1. Qual a representação social de estudantes adolescentes sobre a sua qualidade de vida e saúde? 2. Quais os fatores que determinam a qualidade de vida na adolescência? Como está avaliada a qualidade de vida desses adolescentes?

Diante do exposto, resolvemos empreender esta pesquisa com o objetivo geral de apreender as representações sociais de adolescentes sobre a qualidade de vida e saúde. Para tanto, traçamos os seguintes objetivos específicos: identificar os fatores determinantes da qualidade de vida mais relevantes para os adolescentes; analisar o conteúdo da estrutura representacional da qualidade de vida de adolescentes; comparar a estrutura das representações sociais da qualidade de vida de adolescentes; avaliar a qualidade de vida de estudantes adolescentes em sua relação com as variáveis sócio-demográficas.

## **2 O ESTADO DA ARTE: UM OLHAR UTILIZANDO O SUPORTE TEÓRICO**

Neste estudo, desenvolvemos uma revisão bibliográfica que permitiu a percepção das lacunas deixadas no conhecimento por alguns estudos anteriores sobre a temática aqui apresentada. A experiência de efetuar uma revisão de literatura sempre implica encontrar nela um impensado, uma lacuna onde o leitor pode se inserir criando algo novo (SENA, 2006). Essa experiência possibilitou-nos situar o “estado da arte”, na contemporaneidade, retomando e articulando sobre a complexidade semântica do termo qualidade de vida, ressaltando os aspectos históricos e conceituais, além de apresentar a fundamentação teórica desse estudo, discutindo sobre a Teoria das Representações Sociais e Teoria do Núcleo Central, que foram as abordagens escolhidas para realização desta pesquisa.

### **2.1 COMPLEXIDADE SEMÂNTICA DO TERMO QUALIDADE DE VIDA: ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS**

A partir da revisão de literatura pudemos perceber que existe um número grande e diferenciado de definições sobre qualidade de vida, desde conceitos antigos até os mais recentes que perpassam pelas diversas áreas do conhecimento, tornando-se cada vez mais um objeto de estudo complexo, pela sua característica multidimensional, referindo-se a aspectos biológicos, sociais, econômicos, culturais e ambientais, e por variar de acordo com o tempo, experiências, expectativas e as circunstâncias subjetivas e objetivas, quantitativas e qualitativas, diretas e indiretas (CHAVEZ; MIR; CANINO, 2012).

Para produzir conhecimento sobre os conceitos de qualidade de vida duas abordagens principais são comumente observadas. A primeira refere-se a uma imagem objetiva da situação da saúde e qualidade de vida com base em indicadores quantitativos e a segunda dimensão se enfatiza no direcionamento de uma avaliação subjetiva da situação, observando a satisfação dos cidadãos em relação ao seu ambiente (GORDIA et al, 2011).

A qualidade de vida tem uma longa tradição histórica. Existem indicativos de que a primeira vez que a expressão qualidade de vida apareceu na literatura médica foi em 1920, no livro intitulado “*The economics of welfare*” (A economia do bem-estar) do economista britânico Arthur Cecil Pigou, onde ele tratava a respeito da economia e bem-estar material, além do orçamento do Estado, onde por sua vez, não se obteve clareza e discernimento quanto a sua definição, na perspectiva dos conceitos e de sua mensuração, não obtendo repercussão e caindo logo no esquecimento (BOERY, 2003).

A partir da década de 50, nos Estados Unidos, houve um entendimento inicial de ser um bom padrão de vida na nova sociedade de consumo: a posse de aparelhos modernos, imóveis, carros; havendo uma complementação do bem-estar e atenção quanto às consequências da globalização e industrialização nos indivíduos (SEIDL; ZANNON, 2004).

Embora o primeiro livro que tratava sobre qualidade de vida tenha sido publicado na década de 20, houve repercussão no uso do termo, a partir de 1964, quando o então presidente dos Estados Unidos, Lyndon Jhonson, declarou que os objetivos não poderiam ser medidos através do balanço dos bancos, mas sim, pela qualidade de vida que pode ser proporcionada as pessoas (BOERY, 2003). Podemos inferir que o presidente estava preocupado com a alacridade das pessoas em relação ao atendimento das necessidades essenciais ao bem-estar humano, resultando assim, na melhoria da qualidade de vida dos indivíduos.

À luz de esclarecimentos, Ioana (2012) em seu estudo, afirma que os primeiros conceitos sobre qualidade de vida eram na verdade relacionados com os indicadores sociais, econômicos, educacionais e ambientais, tornando-se dessa forma limitados, pois ao considerar os números quantitativos, analisando apenas os aspectos objetivos da vida das pessoas, não se leva em conta os aspectos subjetivos dos seres humanos.

Pudemos perceber que dentre as várias revistas científicas que se debruçam exclusivamente sobre o objeto de estudo qualidade de vida, existem duas que iniciaram as primeiras pesquisas nos EUA, sendo a primeira delas a “*Social Indicators Research*”, em 1974, e “*Sociological Abstracts*”, em 1979, que colaboraram pertinentemente para uma expansão teórico-metodológica da literatura sobre qualidade de vida (LEVASSEUR; DESROSIERS; TRIBBLE, 2008).

No contexto brasileiro, de acordo com Soares et al (2011), as primeiras publicações nacionais sobre qualidade de vida aconteceram em 1993 e se concentraram em aspectos relacionados à volta ao trabalho após intervenções cirúrgicas e à falta de oportunidades profissionais devido à doença crônica e nutrição infantil.

Dentre os diversos conceitos existentes é válido ressaltarmos a descrição feita pelo *The Whoqol Group* que é o grupo de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde que descreve a qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores em que vive, em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”, esse conceito ampliado demonstra sua relação com os aspectos da saúde física das pessoas, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e sua interface com o meio ambiente (THE WHOQOL GROUP, 1995, p. 1403).

Esses aspectos são apreciados de forma única, ou seja, diferente por cada indivíduo, consoante as circunstâncias físicas, sociais, espirituais, psicológicas, culturais e econômicas em que este se encontra, o que talvez tenha levado a diversos estudiosos da qualidade de vida a criarem escalas de avaliação, gerais e específicas, da qualidade de vida.

No entanto, não podemos dizer que os conceitos de qualidade de vida e nível de renda são independentes, pois um indivíduo precisa de um padrão mínimo de vida, antes que ele comece a se preocupar com a qualidade de vida. De acordo com Ioana (2012) para a classe baixa, por exemplo, que está lutando por alimentação e por uma casa, falar sobre qualidade de vida pode ser um absurdo, para muitos o aumento da renda continua a ser um objetivo meio indispensável a uma vida digna.

Para promover ou melhorar a qualidade de vida, algumas preocupações devem ser levadas em conta: o ambiente (a proteção à diversidade biológica, desenvolvendo uma gestão integrada dos recursos), econômica (planejamento em longo prazo, priorizando as necessidades da pessoa), social (estabelecer uma equidade interpessoal e assegurar os meios para a autonomia) e manter a qualidade dos ambientes em que se habita, estuda, trabalha, exerce sua crença religiosa e se diverte (SILVA, 2011; CHAVEZ; MIR; CANINO, 2012; IOANA, 2012).

Essas preocupações podem ser expressas em muitos fatores diferentes, sobre os quais muitos autores estão tentando definir e classificar. Souza *et al.* (2012) também identificou vários fatores que podem influenciar o grau de satisfação com a vida: casamento, vida familiar, saúde, vizinhança, amigos, trabalho ou o não trabalho, viver em determinado país, na zona urbana ou rural, valores morais, educação e o padrão de vida.

Muitas vezes a qualidade de vida é frequentemente associada com conceitos relacionados ao bem-estar geral para satisfação com a vida, auto-estima e, também, é associado com mais elementos mensuráveis, tais como renda, capacidade de trabalho ou estado de saúde. Esses elementos englobam uma série de aspectos envolvendo o nível socioeconômico, a capacidade funcional, a interação social, o estado emocional, a atividade intelectual, o suporte familiar, o autocuidado e as atividades diárias da vida (IOANA, 2012; SOUZA *et al.*, 2012).

Fleck (2000) identificou cinco importantes atributos para o conceito de qualidade de vida: sensação de satisfação com a vida; um estado de completo desenvolvimento físico, mental, social e espiritual; o *status* de uma boa adaptação funcional, manifestado pela presença de comportamentos adequados; senso de controle sobre sua vida; sensação de desenvolver atividade laboral que lhe proporcione prazer.

Na área da saúde existem duas fortes tendências para definir o termo qualidade de vida, uma com um conceito expansivo e genérico, não se referindo a doenças crônicas específicas, ou a patologias de outra natureza e a outra é a qualidade de vida relacionada à saúde (*health-related quality of life*), que implica nos aspectos mais direcionados às disfunções, problemas e agravos ou intervenções em saúde (SEIDL; ZANNON, 2004).

Acreditamos que para melhor originar a qualidade de vida, não é necessário somente o empenho de profissionais da saúde, mas igualmente a prática da interdisciplinaridade como fundamento básico, além das responsabilidades que são inerentes ao Estado, como garantir condições mínimas de sobrevivência, que muitas vezes são negadas.

Portanto, a colaboração de todos os setores organizados da sociedade se caracteriza como de suma importância, haja vista a visão fragmentada e isolada de



saúde e de qualidade de vida, que precisa ao mesmo tempo, ser substituída pela perspectiva global, por incorporar o maior número possível de conhecimento sobre diversas áreas, como as políticas públicas de saúde e educação, meio ambiente, lazer, economia e outras.

## **2. 2 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MOSCOVICI**

Para refletirmos sobre a Teoria das Representações Sociais (TRS) é necessário, primeiramente, entendermos sua base embrionária, compreendendo suas origens, finalidades e conseqüente evolução. Nesse contexto, o conceito inicial sobre representações coletivas surge a partir dos estudos desenvolvidos por Émile Durkheim, que possuía um entendimento sobre representação coletiva (ALVES-MAZZOTTI, 2008), sob desígnio da Sociologia, indicando que qualquer crença, ideias, mitos, sentimentos, religião, dentre outras, estariam contidas nas representações sociais (MOSCOVICI, 2009).

A TRS surgiu no início da década de 60, na Europa, especificamente no ano de 1961, tendo sido criada por Serge Moscovici (1984) a partir do conceito de representações coletivas estabelecido por Durkheim, no contexto da Psicologia Social, posteriormente, sendo difundida por todo o mundo, mesmo tendo sido negada por muito tempo pela comunidade acadêmica e científica (SALES, 2003).

Destarte, a concepção sobre representações sociais que é elaborada por Moscovici busca uma singularidade, a partir da construção de uma cognição verdadeiramente psicossocial, ao tempo em que procura problematizar os nexos entre os sujeitos e a sociedade, distanciando-se da visão sociológica de Durkheim e da perspectiva da Psicologia Social que era evidente na época (ALVES-MAZZOTTI, 2008).

Apesar da visão diferente diante dos fatos, Durkheim definiu passos importantes para a construção do conhecimento científico à medida em que delimitou a percepção do coletivo como princípio de nossa vida e nossa história, a partir das produções mentais e sociais, caracterizando-se como representações sociais e coletivas (MOSCOVICI, 2009; AZEVEDO et al, 2012). Porém, observa-se que as percepções,

atitudes, opiniões e imagens não dão conta de ressaltar o papel das ligações, interações e relações entre os seres humanos, e nem consideram os contextos, intenções, propensões e critérios utilizados pelos atores sociais (MOSCOVICI, 2009).

De acordo com Castro (2002), as representações sociais são percebidas por Moscovici como decorrência da relação entre os sujeitos com o meio social, que se encontra em movimento. Podemos afirmar, em síntese, que se trata de representações presentes no interior dos indivíduos, mas com características sociais, que fazem parte do senso comum.

A partir desses pressupostos, a TRS foi selecionada para dar suporte e embasamento teórico a este estudo de dissertação, vez que se acredita que contribuirá para o entendimento e compreensão dos desafios, atos e situações que envolvem o objeto social dessa pesquisa, possibilitando, de acordo com Silva (2011), lidar com os fenômenos que são observáveis sob o prisma de diversas óticas, partindo de aspectos psicossociais, tais como: valores, crenças de vida e religiosas, informativos, ideologias, atitudes, opiniões, dentre outros.

As representações sociais são entendidas por Moscovici como entes quase tangíveis, que se cristalizam incessantemente através das falas, dos encontros, dos gestos, isto é, tranquilamente podemos conceituá-las e tipificá-las. Portanto, a TRS tem como objetivo maior compreender a variedade dos saberes do senso comum em sua interface com a comunicação, pensamento e gênese dessa percepção (MOSCOVICI, 1978).

Sobretudo, é a partir dos anos 80 que pesquisas científicas envolvendo a TRS ganham evidência e notoriedade, atingindo um patamar de destaque, a partir de um intenso crescimento no volume de estudos na língua inglesa, expandindo esse saber para além da demarcação geográfica da Europa, adquirindo e despertando o olhar dos pesquisadores e das revistas científicas (ALVES-MAZZOTTI, 2008).

Diversas pesquisas na área das ciências sociais e da saúde estão sendo desenvolvidas no cenário brasileiro, com estruturação, fundamentação epistemológica e teórico-metodológica baseada na TRS. É válido apontar nesse contexto, que diversos pesquisadores e autores têm se debruçado em investigações ancoradas na TRS, ressaltando-se os seguintes estudiosos, Antonia Silva Paredes Moreira (UFPB),

Antonio Marcos Tosoli Gomes (UERJ), Celso Pereira de Sá (UERJ), Denize Cristina de Oliveira (UERJ), Maria Adelaide Silva Paredes Moreira (UFPB), Sheva Maia da Nóbrega (UFPE) e Zenilda Nogueira Sales (UESB), denotando as importantes contribuições para o fortalecimento dessa área de conhecimento no Brasil.

Notamos que muitos desses estudos tratam de temas relacionados às condições de saúde, referindo-se constantemente ao processo saúde-doença e questões que envolvem a saúde pública (SALES, 2003; GOMES; OLIVEIRA; SÁ, 2008; CROMACK; BURSZTYN; TURA, 2009; REIS; OLIVEIRA; GOMES, 2009; SILVA, 2011; OLIVEIRA et al, 2011; GOMES; OLIVEIRA; SÁ, 2011; BOTÊLHO et al, 2012).

Nesse sentido, ao perceber que muitas das pesquisas encontradas não expressam claramente sobre a variação existente entre o fenômeno das representações sociais e a TRS, buscamos esclarecer, a partir do estudo de Silva, Camargo e Padilha (2011) onde a diferença consiste no seguinte sentido: no que diz respeito ao fenômeno, trata-se das informações advindas do senso comum, que são usadas para estabelecer as práticas sociais diárias, além da apreensão que as pessoas leigas possuem do contexto social que fazem parte. Em outro sentido, a TRS são as proposições sobre este fenômeno, baseando-se no conhecimento científico, ou seja, a TRS condiz com as significações e suposições para desenvolvimento de pesquisa científica das teorias conhecidas legais (JODELET, 2001; SILVA, 2011).

Observamos em pesquisa anterior, que nos trabalhos apresentados na Jornada Internacional de Representações Sociais, a TRS tem sido apresentada nos estudos como teoria, encarada como método ou ainda confundida como fenômeno (COELHO; SILVA; PADILHA, 2009; SILVA; CAMARGO; PADILHA, 2011). Nesse panorama, a representação social trata de uma forma sistematizada de interpretar a realidade e de possibilitar ao sujeito social, análise e compreensão desses fenômenos. Essa leitura é interiorizada e processada, reproduzindo comportamentos e atitudes entre as pessoas, sendo essas representações disseminadas, tornando-se representações sociais que dão sustentação ao saber comum do dia-a-dia (MOSCOVICI, 1978; LESCURA et al, 2012).

Encontramos na literatura, diversas definições e concepções acerca desse campo de estudo, sendo uma aceção que tem sido aceita por grande parte dos pesquisadores, o sentido proposto por Jodelet (2001), demarcando as representações sociais como uma maneira de apreender o conhecimento socialmente elaborado e partilhado, sob o olhar prático, voltado para a construção de uma realidade em comum a determinado conjunto social.

A TRS é esquematizada e estruturada enquanto teoria social, conceitual e descritiva, sendo focada nessa pesquisa como sobrevivida de intentos psicossociais, abarcando duas dimensões, a do objeto do estudo e do objeto social, e a compreensão da representação social dos adolescentes escolares sobre qualidade de vida e saúde. O item em comum nessas dimensões concerne ao conhecimento desse grupo de pertença, que é construído socialmente e partilhado coletivamente, em determinada sociedade, cultura, ou comunidade (NÓBREGA, 2001).

Nesse decurso, a representação não pode ser entendida a partir da individualidade, pois, é a partir da visão da coletividade que a representação social é entendida, levando-se em consideração o processo de laboração, concepção, disseminação e transformação do conhecimento partilhado em comum, no discurso trivial dos grupos sociais, onde para Moscovici (2009) a definição para representação social perpassa pela construção de um objeto social elaborado pela comunidade, servindo como bússola para a ação, orientando as relações sociais e as ações.

É salutar ponderar, sob a ótica essencial das representações sociais, que elas são decompostas por dois processos fundamentais que são interligados e denominados de objetivação e ancoragem (MOSCOVICI, 1978; JODELET, 2001; NÓBREGA, 2001; SALES, 2003; ALVES-MAZZOTTI, 2008; MOSCOVICI, 2009). A objetivação possui intrínseca relação entre o objeto representado e o sujeito, consistindo do ponto de vista constitucional, na materialização icônica da ideia no campo das abstrações, incorporando os pensamentos e modificando o que é representado em objeto, estando à objetivação relacionada à coordenação dos elementos da representação e o trajeto que este sofre até corporalizar-se, configurando-se em demonstração de uma realidade natural (JODELET, 2001; REIS; BELLINE, 2010).

Nesse processo de objetivação, três etapas ou fases podem ser observadas, sendo elas: a construção seletiva da realidade, a esquematização flutuante para formação de um núcleo figurativo e a naturalização (JODELET, 2001; VALA; MONTENEGRO, 2000; MOSCOVICI, 2009). Portanto, a primeira fase denominada construção seletiva da realidade, corresponde ao mecanismo onde o objeto de representação é escolhido e descontextualizado, consentindo a remoção apenas dos elementos idealizados, enquanto fatos próprios e inerentes ao senso comum. Essa reorganização das representações advém de fundamentação estabelecida nos critérios normativos e reguladores de valores culturais e grupais (VALA; MONTENEGRO, 2000; JODELET, 2001; NÓBREGA, 2001).

A segunda etapa, que incide na esquematização flutuante para formação de um núcleo figurativo, diz respeito à organização e sistematização das informações no contorno de um núcleo central da representação (VALA; MONTENEGRO, 2000; MOSCOVICI, 2009), possibilitando equilíbrio à estrutura representada, sendo considerada por Folle e Geibi (2004) como a concepção estruturada das imagens que reproduzem e apresentam uma formação conceitual ou figurativa.

A materialidade, bem como a estabilidade de um núcleo figurativo, delega a base referente para orientação das percepções, concepções e julgamentos acerca da realidade. Esse fator possui implicações decisivas nas pesquisas e intervenções sociais, na medida em que, toda ação ou intervenção que tenha pretensão de modificação de uma representação, só será bem sucedida se for direcionada com foco e prioridade ao núcleo figurativo, onde este além de ser o elemento mais sólido, importante e estável de uma representação, o significado da representação dependerá dele.

Sendo assim, a última e terceira fase intitulada naturalização, corresponde ao processo de materialização propriamente referido, evidenciando na realidade social e no território do senso comum, conferindo uma autonomia, modificando o abstrato, em algo palpável e definitivamente concreto (VALA; MONTENEGRO, 2000; JODELET, 2001; ALVES-MAZZOTTI, 2008).

Nada obstante, o segundo processo fundamental nas representações sociais, refere-se a ancoragem, que é interligada dialeticamente com a objetivação, consistindo na relação e integração entre um sistema pré-existente e a cognição do objeto

representado, implicando em transformações (JODELET, 2001). Nesse sentido, a ancoragem refere-se ao fato da aproximação do que é estranho, do que já existe e não é comunicado, isto quer dizer que, pode-se compreender como o momento de transformação do que não é familiar, em conhecido e familiar (VALA; MONTENEGRO, 2000; LESCURA et al, 2012).

Logo, a ancoragem é capaz de promover inserção no que é exterior, desconhecido, a partir da integração cognitiva, resultando em mudanças nos atores sociais da vida, classificando, constituindo pensamentos, acomodações e assimilações das informações (JODELET, 2001).

Destarte, a partir desses conhecimentos os pesquisadores podem exteriorizar suas teorias e concepções sobre os sujeitos, sobre o mundo e sobre a sociedade em que vivem, relacionando-os com o objeto social que está em processo de análise, construção e reconstrução. Ainda, em relação à ancoragem Jodelet (2001) chama a atenção quanto à utilidade que deve ser atribuída à mesma, argumentando que os elementos contidos na representação não apenas denotam as relações sociais, mas também, contribuem para constituição das mesmas.

Logo, pela TRS tratar-se de uma grande teoria que advém da ciência coletiva, sendo inclinada para interpretação da realidade, é válido ressaltar que percebemos as representações sociais fundamentando muitas pesquisas. Com esse desenvolvimento e crescimento constante, foi distendida em três correntes teóricas complementares, sendo a primeira, a mais semelhante à teoria matriz, que é a de Denise Jodelet, denominada abordagem dimensional e organiza-se observando as reações, avaliações ou proposições dos sujeitos, a partir de três dimensões, que correspondem à informação, ao campo de representação e a atitude (JODELET, 2001; MOSCOVICI, 2009).

A segunda corrente teórica é concebida numa abordagem sociológica articulada à teoria original do pensamento moscoviciano, sob o ponto de vista da Sociologia. Foi desenvolvida por Willen Doise, nas escolas de pesquisa em Genebra, sendo definida como abordagem relacional ou societal, vez que essa teoria dá ênfase ao processo de inserção social dos sujeitos como a nascente das variações das representações (DOISE, 1989; ABRIC, 2003).

A terceira e última teoria complementar, que baseia sua dimensão na abordagem cognitivo-estrutural das representações, foi apresentada por Jean-Claude Abric e é desenvolvida por outros autores, como por exemplo, Claude Flament tornando-se uma das mais importantes contribuições no que concerne ao refinamento da teoria, dos conceitos e das metodologias propostas pela TRS, nessa abordagem estrutural, denominada Teoria do Núcleo Central - TNC (ABRIC, 2000; SÁ, 2002; MOSCOVICI, 2009).

Ademais, fundamentar-se na abordagem complementar da TRS, conhecida como TNC, para construção e sustentação deste estudo, demonstra sua importância pelo fato de proporcionar uma compreensão ampliada do problema em questão, perpassando pelo sentido psicossocial. Sendo assim, essa teoria contribui sobremaneira no norteamento dessa pesquisa em sua totalidade, favorecendo a análise dos significados construídos e elaborados socialmente pelo grupo de pertença em questão, sobre os aspectos e fatores que estão relacionados à qualidade de vida e saúde na adolescência.

## **2.3 TEORIA DO NÚCLEO CENTRAL DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS**

Para além da compreensão e apreensão dos conteúdos, uma das intenções desse estudo se deu na intenção de identificar e descrever a estrutura das representações sociais de adolescentes inseridos no contexto escolar acerca da qualidade de vida e saúde, tendo assim a possibilidade de estabelecer a estrutura central e periférica das representações dos atores sociais dessa pesquisa.

A partir dessa realidade optamos por fundamentar esta pesquisa através da abordagem complementar estrutural (ABRIC, 2000), por compreender que uma representação é uma cognição estruturada, que possui uma função incisiva nos modos de vida dos sujeitos. De acordo com Jean-Claude Abric, a representação perpassa por um complexo de informações, atitudes, imagens, crenças e opiniões relacionadas a determinado objeto social. Essa determinação é entendida pela própria pessoa, através de sua vivência, história de vida, sistema político, social, econômico e ideológico em

que esteja inserida e, também, a partir dos vínculos estabelecidos com esse sistema social (ABRIC, 2000).

Devido às características contraditórias da vida, Jean-Claude Abric criou essa teoria, concebendo a representação social a partir de um conjunto estruturado e organizado em torno do núcleo central (NC), que estrutura a forma como a condição é representada, definindo o comportamento dos sujeitos, além dos sistemas periféricos. Dessa maneira, existe o núcleo estruturante, estável, coletivo, coerente e rígido ou NC, que somado ao núcleo periférico, torna-se flexível, passível de transformações, mutável, onde se instala, assegurando um diálogo com as situações e práticas concretas do grupo de pertença (ABRIC, 2000; SALES, 2003; SILVA, 2011).

A TNC fundamenta-se no princípio de que na esfera das informações presentes na dimensão de uma representação, determinados conhecimentos e cognições possuem papéis distintos dos demais (GONÇALVES, 2011), onde o NC é condicionado pela natureza do objeto representado, tendo em vista que o pensamento elaborado socialmente e coletivamente, a partir da apreensão da cultura produzida historicamente e das crenças, não podem ser interrogadas, visto que elas são a base dos estilos de vida, garantindo, assim, a permanência e identidade de um grupo social (ABRIC, 2003).

Assim, de acordo com Abric (2003), o sistema central apresenta três funções essenciais e fundamentais: geradora (sendo o elemento através do qual se cria e se transforma o significado dos outros elementos constitutivos, conferindo-lhes um valor e um sentido), organizadora (ele está voltado para determinar a natureza dos elos e ligações em meio aos elementos de uma representação) e estabilizadora (sendo esses elementos os mais resistivos às mudanças). Sendo assim, Abric acredita que seja o núcleo o elemento estabilizador e unificador da representação social (ABRIC, 2000).

Alguns estudos desenvolvidos colocaram em evidência que no NC existem dois grupos grandes de elementos, sendo eles os normativos e os funcionais (SÁ, 2002). Os normativos são concebidos a partir do sistema de valores, constituindo-se, pois, numa dimensão essencialmente social desse núcleo, porém os elementos funcionais relacionam-se com características descritivas do objeto social nas práticas diárias (ABRIC, 2003).



Abrie (2000) e Sá (2002) inferem que o sistema periférico possui grande flexibilidade, pois está relacionado às funções de concretização (permite que uma rerepresentação seja criada em termos concretos), regulação (favorece a adaptação as transformações e mudanças no contexto), prescrição de comportamentos (regula o funcionamento imediato da representação, favorecendo a orientação nas atitudes e tomadas de posição), modulações personalizadas (procede a elaboração de representações individuais de acordo as experiências vividas) e proteção do núcleo (submerge, reinterpretando as novas informações capazes de colocar em questão os elementos que compõem o NC).

Portanto, para proteção do NC com garantia da sua estabilidade e situação estável, as verbalizações que são mais subjetivas e frequentemente menos evocadas pelos sujeitos sociais, localizam-se marginalmente na periferia da representação social do objeto representacional (SARAIVA; COUTINHO, 2007). Dessa forma, as evocações são hauridas pelos sistemas periféricos, equilibrando os conflitos e confrontos entre a realidade subjetiva e os elementos consensuais que compõem o NC de determinada representação social.

### 3 ASPECTOS METODOLÓGICOS

O conhecimento científico pleiteia incessantemente uma articulação entre a teoria e a realidade empírica. O método é o percurso, o fio condutor para alcançar esse encontro. A metodologia assume na ciência a função primordial que extrapola o seu papel instrumental; é ser a essência que dá vida ao estudo (MINAYO; DELANDES; GOMES, 2012).

Para alcançar os objetivos propostos, optamos por um estudo descritivo, analítico e exploratório, de abordagem quantitativa e qualitativa, por entender que permitiria compreender o fenômeno em sua totalidade, vez que tanto nas ciências sociais, como nas ciências da saúde, tem se apresentado como um objeto histórico de análise. Todas as formas coletivas e individuais em sua realidade social são constituídas de valores, crenças, experiências, vivências, ação, significados e senso comum (MINAYO, 2012; MINAYO; DELANDES; GOMES, 2012).

Consideramos que, em ciência, não são apenas os instrumentos quantitativos, através de dados numéricos que devem ser considerados, mas também, os aspectos qualitativos, os quais se aprofundam no significado da questão investigada, pois estas se completam e complementam (MINAYO; DELANDES; GOMES, 2012).

De acordo com Matos e Vieira (2001), a quantificação deve ser qualificada, pois os números têm significado, expressam situações, valores, emoções, e precisam ser traduzidos dentro de contextos diferenciados. Os dados numéricos podem expressar valores, podem fornecer indicações sobre determinada situação e supera assim, o positivismo a que pertence. Ainda, se referindo a Matos e Vieira (2001), a melhor forma de se proceder é combinar metodologias qualitativas e quantitativas, pois desta forma será oferecido ao pesquisador maior flexibilidade no pensar e agir.

O estudo teve como cenário as três maiores escolas públicas estaduais (E1, E2, E3) do município de Jequié, Bahia, Brasil. Estas escolas foram selecionadas pelos critérios de inclusão previamente estabelecidos: ter localização centralizada e, também, escolas que fossem consideradas de grande porte, por entender que elas são o maior pólo educacional da cidade de Jequié-BA abrigando o maior número de alunos advindos de diversas localidades do município e também de outras cidades.

Os informantes foram os estudantes adolescentes, entre 13 e 19 anos, regularmente matriculados, cursando o ensino médio (EM), nos turnos matutino e vespertino das escolas. Para fins de entendimento metodológico, esta investigação optou pela definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), em que adolescentes são as pessoas que se enquadram na faixa etária entre 10 e 19 anos (WHO, 2004). Após consulta realizada na lista com a relação de alunos matriculados nessas instituições de ensino, identificou-se 1.161 estudantes adolescentes, configurando-se assim a população deste estudo. O cálculo amostral foi realizado com o auxílio do software Epi Info, versão 3.5.3.0.

Para a população encontrada, considerando uma prevalência esperada de qualidade de vida global total de 64% (SAUPE et al, 2004), estabelecendo uma precisão de erro de 5%, com um nível de confiança de 95%, foi determinada uma amostra de 272 informantes. Por conseguinte, considerou-se a adição de um reajuste amostral de 20% em decorrência da eventual perda amostral, totalizando a amostra em 327 informantes.

Trata-se de uma amostra sistemática, na qual foi estabelecido sorteio para a escolha dos atores sociais. Para tanto, os nomes dos informantes foram organizados por ordem alfabética e enumerados arabicamente do algarismo 1 ao 1161, e selecionados considerando um intervalo amostral igual a 4. Foram adotados como critérios de substituição, a escolha do informante anterior ao intervalo pré-estabelecido e como segundo critério o informante posterior. Foram realizadas 2 tentativas de busca para cada informante e aqueles que não foram encontrados na referida ordem enquadraram-se como perda amostral.

Neste estudo, obteve-se 3,4% de perda amostral, devido a 3 recusas de participação, e os outros 8 sujeitos sempre estiveram ausentes nos momentos da produção dos dados, totalizando 11 participantes. As causas que ocasionaram a perda da amostra, também aconteceram em estudo desenvolvido por pesquisadores da UERJ, no Rio de Janeiro, com 846 estudantes adolescentes onde objetivaram compreender as representações sociais sobre saúde de adolescentes (REIS; OLIVEIRA; GOMES, 2009).

Para a coleta de dados, utilizamos a combinação de alguns instrumentos de produção de dados, no entendimento que eles se completam e complementam, alcançando dessa forma os objetivos que foram propostos.

Os instrumentos utilizados foram três: o primeiro referiu-se a entrevista semi-estruturada, que foi aplicado a 33 informantes. Baseando-se na Teoria das Representações Sociais (MOSCOVICI, 2009), possibilitou-se a apreensão das representações sociais sobre qualidade de vida dos adolescentes, de maneira intrinsecamente subjetiva.

A entrevista semi-estruturada é tida como um importante instrumento de produção de informações, pelo fato dos depoimentos serem reveladores de situações estruturais, dentro do sistema de valores, símbolos e normas, ao mesmo tempo em que possibilita a compreensão das representações de determinados grupos que se encontram em condições culturais, socioeconômicas e históricas específicas de seu tempo, sobre determinado objeto de estudo (MINAYO; DELANDES; GOMES, 2012).

O roteiro da entrevista foi elaborado com perguntas de caracterização sócio-demográfica (sexo, idade, série, turno, escola e raça) e com uma questão norteadora sobre o eixo temático qualidade de vida, sendo ela: O que você entende por qualidade de vida?

Os resultados advindos desse instrumento foram tratados, organizados e analisados de acordo com a Técnica de Análise de Conteúdo (AC), segundo Bardin (2011), e obedecendo aos passos: 1ª FASE: pré-análise, 2ª FASE: exploração do material e 3ª FASE: tratamento dos dados, inferência e interpretação. Após a transcrição das entrevistas e análise, os dados foram apresentados em categorias.

Inicialmente, realizamos a leitura flutuante dos depoimentos definindo o *corpus* do trabalho constituído de 33 entrevistas. Em seguida, procedeu-se a leitura exaustiva dos depoimentos, para estabelecer os objetivos da análise. Foram selecionados elementos como palavras e frases dotadas de significados, sendo considerados como variáveis importantes ao processo de avaliação do sentido das opiniões, os quais se denominam unidade de registro. Em seguida codificação das unidades de registro de acordo com a analogia dos significados e abstração das categorias (BARDIN, 2011).

Quanto ao processamento das falas dos sujeitos e para facilitar a compreensão acerca dessas informações e do significado de cada eixo temático que emergiu das representações dos atores sociais que compuseram a amostra, os resultados serão apresentados por categorias de análise. As categorias são discutidas tomando-se como princípio de análise a interpretação das unidades de análises temáticas que emergiram do conteúdo das respostas dos adolescentes entrevistados. Ao final de cada recorte realizado nas falas dos sujeitos será indicado entre parênteses o número de vezes que foram citadas as unidades de análise temáticas (BARDIN, 2011).

O segundo instrumento de coleta utilizado foi o Teste de Evocação e de Palavras (VERGÈS, 2002; ABRIC, 2003), aplicado a 316 escolares adolescentes, a partir de questões sócio-demográficas (sexo, idade, série, turno, escola e raça) e do termo indutor: “O que lhe vem em mente quando eu digo qualidade de vida?”. Os informantes foram orientados a evocar as 5 primeiras palavras que lhes viessem imediatamente à mente, após dado o estímulo indutor (GOMES; OLIVEIRA; SÁ, 2008). Depois, eles foram solicitados a enumerar de 1 à 5 essas palavras, por ordem de maior para a de menor importância, que eles atribuem.

Antes da aplicação do Teste foi utilizado um estímulo indutor aleatório com os participantes com o intuito de esclarecer o procedimento a ser aplicado. Após a certeza de que os mesmos tinham entendido como funcionava o teste, deu-se prosseguimento com o termo referente ao objeto deste estudo (BOTELHO et al, 2012).

Os dados advindos dessa técnica foram processados pelo *software* EVOC (VERGÈS, 2002), versão 2003. Desses dados, foi construído um dicionário de vocábulos adjetivos para o estímulo indutor. Em seguida, procedeu-se a uma análise semântica de conteúdos para codificação e introdução dos dados no Evoc 2003.

O terceiro e último instrumento utilizado para concretização desta pesquisa, foi *World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-bref)*, que avalia a qualidade de vida e foi elaborado pelo grupo de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde, baseando-se nos pressupostos de que qualidade de vida é um construto subjetivo, multidimensional e composto por dimensões positivas e negativas, tendo sido validado no Brasil, a partir de estudo desenvolvido pelo médico e

pesquisador Marcelo Pio de Almeida Fleck e outros colaboradores (THE WHOQOL GROUP, 1998; FLECK et al, 2000).

Esse questionário surgiu da necessidade de um instrumento curto e fácil de ser preenchido, que evidenciasse características psicométricas satisfatórias. O mesmo possui 26 questões que obtiveram os melhores resultados psicométricos extraídos do WHOQOL 100, instrumento que avalia oito domínios da qualidade de vida em 100 questões (FLECK, 2000).

A primeira questão desse instrumento direciona-se à percepção geral sobre a qualidade de vida e a segunda do mesmo modo, refere-se à satisfação geral com a própria saúde (THE WHOQOL GROUP, 1995). As demais questões avaliam facetas que estão definidas dentro de quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (FLECK, 2000), sendo este um instrumento genérico que pode ser manuseado em estudos para populações saudáveis e para populações acometidas por patologias (BERLIM; FLECK, 2003; GONÇALVES; VILARTA, 2004).

Os dados encontrados foram analisados através do software *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 15.0, e processados na perspectiva da análise estatística descritiva, utilizando-se frequências absolutas e relativas, observando a média, a mediana, o desvio padrão, o intervalo de confiança e os valores mínimos e máximos.

O entrelaçamento entre os conteúdos das representações sociais sobre qualidade de vida e saúde, favoreceu a uma nova cognição sobre as representações sociais desse objeto social. Dessa forma, buscando atender à Resolução 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, que aborda a pesquisa em seres humanos, respaldados nos aspectos éticos e legais, a pesquisa ainda enquanto Projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UESB (CEP/UESB) para análise, obtendo parecer favorável, sendo aprovado sob o protocolo 146/2010.

Por sua vez, é válido ressaltar, que os participantes, no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE, foram assegurados do sigilo e anonimato, cedendo direitos de uso e divulgação da transcrição dos dados, bem como autorização para publicação dos resultados da pesquisa em revistas científicas. Ressalvamos ainda, que por se tratar de adolescentes obteve-se uma atenção maior, com os adolescentes de

idade inferior a 18 anos, onde esses puderam participar da pesquisa somente após o seu assentimento e TCLE ter sido preenchido e assinado por seus pais ou responsáveis.

#### **4 REFERÊNCIAS**

ABRIC, J. C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P; OLIVEIRA, D. C. (Orgs.). **Estudos interdisciplinares de Representação Social**. p. 27-38, Goiânia: AB, 2000

ABRIC, J. C. L'analyse structurale des représentations sociales. In.: MOSCOVICI, S.; BUSCHINI, F. **Les méthodes des sciences humaines**. Paris: PUF, 2003.

ALVES-MAZZOTTI, A. J. Representações: aspectos teóricos e aplicações à educação. **Revista Múltiplas Leituras**, v. 1, n. 1, 2008.

AZEVEDO, D. et al. Representações sociais de RH: um estudo exploratório com alunos de graduação. **Organizações & Sociedade**, v. 19, n. 60, 2012.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2011.

BERLIM, M. T.; FLECK, M. P. Quality of life: a brand new concept for research and practice in psychiatry. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 25, n. 4, 2003.

BOERY, E. N. **Qualidade de vida de paciente adultos com câncer de pulmão submetidos a quimioterapia ambulatorial**. 150p. Tese (Doutorado em Enfermagem). São Paulo: UNIFESP, 2003.

BOTÊLHO, S. M. et al. O cuidar materno diante do filho prematuro: um estudo das representações sociais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 4, 2012.

CASTRO, Paula. Notas para uma leitura da teoria das representações sociais em Serge Moscovici. **Análise social**. v. XXXVII n. 164, 2002.

CHAVEZ, L.; MIR, K.; CANINO, G. Starting from scratch: the development of the adolescent quality of life- mental health scale (AQOL-MHS). **Culture, Medicine and Psychiatry**, v. 36, n. 3, set, 2012.

COELHO, M. S.; SILVA, D. M G. V.; PADILHA, M. I. S. Representações sociais do pé diabético para pessoas com diabetes mellitus tipo 2. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 1, 2009.

CROMACK, L. M. F.; BURSZTYN, I.; TURA, L. F. R. O olhar do adolescente sobre saúde: um estudo de representações sociais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, 2009.

DANTAS, R. A. S., SAWADA, N. O. MALERBO, M.B., Pesquisa sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas de São Paulo. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, v. 11, n. 4, 2003.

DOISE, W. Attitudes et représentation sociales. In. JODELET, D. **Les représentations sociales: un domaine en expansion**. Paris: Presses Universitaire de France, 1989.

FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, Abr, 2000.

FOLLE, E.; GEIB, L. T. C. Representações sociais das primíparas adolescentes sobre o cuidado materno ao recém-nascido. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 2, 2004.

GOMES, A. M. T.; OLIVEIRA, D.C.; SÁ, C. P. O Sistema Único de Saúde na representação social de usuários: uma análise de sua estrutura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 4, 2011.

GOMES, A. M. T.; OLIVEIRA, D. C.; SÁ, C. P. Social representations of the Brazilian national health care system in the city of Rio de Janeiro, Brazil, according to the structural approach. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 16, n. 1, 2008.

GONÇALVES, A. M. Projeto político pedagógico: representações sociais elaboradas por docentes da escola pública. **Educação em Perspectiva**, v. 2, n. 1, 2011.

GONÇALVES, A.; VILARTA, R. Qualidade de vida: identidades e indicadores. In: GONÇALVES, A.; VILARTA, R. (Orgs.). **Qualidade de vida e atividade física: explorando teorias e práticas**. Barueri: Manole, 2004.

GORDIA, A. P. et al. Qualidade de vida: contexto histórico, definição, avaliação e fatores associados. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, v. 3, n. 1, 2011.

IOANA, S. **The quality of life and rural development in meses área**. 189p. Tese (Doutorado em Sociologia e Trabalho Social). Cluj Napoca: Babes-Bolay University, 2012.

JODELET, D. Representação sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D. **As representações sociais**. Tradução: Lilian Ulup. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2001.



LESCURA, C. et al. Representações sociais sobre as relações de parentesco: estudo de caso em um grupo empresarial familiar. **Revista Administração Contemporânea**, v. 16, n. 1, 2012.

LEVASSEUR, M.; DESROSIERS, J.; TRIBBLE, D. S-C. Do quality of life, participation and environment of older adults differ according to level of activity? **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 6, n. 30, 2008.

MATOS, K. S. L.; VIEIRA, S. L. **Pesquisa educacional**: o prazer de conhecer. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha, UECE, 2001.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, 2012.

MINAYO, M. C. S.; DELANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Editora Vozes, 2012.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. Traduzido do inglês por Pedronho A. Guareschi. 6ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

MOSCOVICI, S. The phenomenon of social representations. In FARR, M.; MOSCOVICI, S. (eds.) **Social representations**. Cambridge: Cambridge University Press, 1984.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

NÓBREGA, S. M. Sobre a Teoria das Representações Sociais. In: MOREIRA, A. S. P. (org) **Representações Sociais**: Teoria e Prática. João Pessoa: Editora Universitária/Autor Associado, p. 55-87, 2001.

OLIVEIRA, D. C. et al. Memórias e representações sociais dos usuários do SUS acerca dos sistemas públicos de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 13, n. 1, 2011.

PREBIANCHI, H. B. Medidas de qualidade de vida para crianças: aspectos conceituais e metodológicos. **Psicologia, Teoria e prática**, v. 5, n. 1, 2003.

REIS, S. L. A.; BELLINI, L. M. Representações sociais: teoria, procedimentos metodológicos e educação ambiental. **Revista Teoria e Prática da Educação**, v.12, n.1, 2010.

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. **Revista Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro: v. 17, n. 4, 2009.

- SÁ, C. P. **Núcleo central das representações sociais**. Petrópolis: vozes, 2002.
- SABEH, E. N.; VERDUGO, M. A. Evaluación de la percepción de calidad de vida en la infancia. **Salamanca: Psicothema**, v. 14, n. 1, 2002.
- SALES, Z. N. **Representações sociais do cuidado no diabetes mellitus**. Tese (Doutorado em Enfermagem). Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2003.
- SARAIVA, E. R. A.; COUTINHO, M. P. L. A estrutura das representações sociais de mães puérperas acerca da depressão pós-parto. **Psico-USF**, v.12, n. 2, 2007.
- SAUPE, R. S. et al. Qualidade de vida dos acadêmicos de enfermagem. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 4, 2004.
- SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: Aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 2, 2004.
- SENA, E. L. S. **A experiência do outro nas relações de cuidado**: uma visão Merleau-pontyana sobre as vivências de familiares cuidadores de pessoas com doença de Alzheimer. 284p. Tese (Doutorado em Enfermagem). UFSC: Florianópolis, 2006.
- SILVA, A. C. S. **O ser saudável nas representações sociais entre adolescentes**. 138 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde), Jequié: UESB, 2011.
- SILVA, S. E. D.; CAMARGO, B. V.; PADILHA, M. I. A Teoria das Representações Sociais nas pesquisas da Enfermagem brasileira. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 5, 2011.
- SOARES, A. H. R. et al. Qualidade de vida de crianças e adolescentes: uma revisão bibliográfica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.7, 2011.
- SOUZA, L. D. M. et al. Bem-estar psicológico de jovens de 18 a 24 anos: fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 6, 2012.
- THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. **Social Science and Medicine**, Burlington: v. 46, n. 12, p. 1569-85, 1998.
- THE WHOQOL GROUP. World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from World Health Organization. **Social Science and Medicine**, Burlington: v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995.
- VALA, J.; MONTENEGRO, M. B. **Psicologia social**. 4ª edição. Lisboa Fundação. Calouste Gueben-Kiam, 2000.

VERGÈS, P. **Ensemble de programmes permettant l'analyse des evocations:** manuel versoin 5. France: Laboratoire Méditerranée en Sociologie, Aix-en-Provence, 2002.

WHO. **Child and adolescent health and development.** World Health Organization, Geneva: 2004.

## 5 RESULTADOS

### 5.1 MANUSCRITO 01 – REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ADOLESCENTES SOBRE QUALIDADE DE VIDA<sup>1</sup>

Ramon Missias Moreira<sup>2</sup>  
Eduardo Nagib Boery<sup>3</sup>

#### RESUMO

Este estudo objetivou apreender as representações sociais sobre a qualidade de vida de estudantes adolescentes. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo descritivo-exploratória e analítica, realizada com 33 estudantes adolescentes das três maiores escolas públicas estaduais do município de Jequié, Bahia, Brasil. Foi utilizada a entrevista semi-estruturada para a coleta de dados, tendo como eixo temático a qualidade de vida. Como técnica de análise optou-se pela Análise de Conteúdo Temática Categórica. Os resultados evidenciaram quatro categorias (estilo de vida; comportamento de risco; sexo protegido; dimensão social, econômica e cultural) e doze subcategorias (alimentação saudável; cultura corporal de movimento; circunspeco com a saúde; bem-estar; uso de drogas lícitas; uso de drogas ilícitas; prática sexual; sensação de onipotência; sexo protegido; relações sociais; poder aquisitivo; trabalho; moradia) que expressam às concepções dos adolescentes sobre qualidade de vida. Assim, observou-se que os adolescentes compreendem sua qualidade de vida como sendo fruto de diversos fatores que agem nas dimensões inerentes ao ser humano, como a dimensão social, ecológica, biológica e econômica. Dessa maneira, suas representações sociais apontam para a necessidade de desenvolvimento de ações contínuas, objetivando a prevenção de doenças e promoção da saúde dessa população.

**Descritores:** Percepção Social; Qualidade de Vida; Comportamento do Adolescente.

#### ABSTRACT

The objective of this study is to apprehend the social representations about the quality of life of adolescent students. This is a qualitative, descriptive, exploratory and analytical study, realized with 33 adolescent students from the three largest state public schools of the city of Jequié, Bahia, Brazil. Was used a semi-structured interview for data collection, with its central theme their quality of life. As analysis technique was chosen the Thematic Categorical Content Analysis. The results showed four categories (lifestyle; risk behavior protected sex; a social, economical and cultural dimension) and twelve subcategories (healthy eating corporal culture movement circumspect with health well being, use of licit drugs use of illicit drugs sexual practice feeling of omnipotence protected sex; social relations purchasing power work, housing) that express the conceptions of adolescents about their quality of life. Thus, it was observed that adolescents understand their quality of life as a result of several factors that act in dimensions inherent to human beings, such as a social, ecological, biological and economical dimension. This manner, their social representations indicate the need for continuous development of actions aimed at preventing diseases and promoting health in this population.

**Descriptors:** Adolescent; Quality of Life; Social Perception; Adolescent Behavior;

<sup>1</sup> Extraído da dissertação "Qualidade de Vida e Saúde de Adolescentes: um Estudo de Representações Sociais", Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2012.

<sup>2</sup> Mestre pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem e Saúde da UESB. Bolsista de Pesquisa da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior-CAPES. Pesquisador colaborador do Grupo de Pesquisa Saúde e Qualidade de Vida/CNPq/UESB. E-mail: ramonefisica@hotmail.com

<sup>3</sup> Doutor em Enfermagem. Professor Titular do Departamento de Saúde da UESB. Diretor Científico da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia . Líder do Grupo de Pesquisa Saúde e Qualidade de Vida/UESB.

## 1 INTRODUÇÃO

Estudo de Representações Sociais de adolescentes sobre sua Qualidade de Vida (QV), onde esses atores sociais estão imersos em diversos processos de mudanças que condicionarão seu modo de pensar e agir, na relação dos mesmos com o sistema de valores e com as pessoas que os cercam, sendo que comportamentos e atitudes serão influenciados a partir da elaboração social das suas representações sobre Qualidade de vida.

A Organização Mundial de Saúde afirma que adolescentes são as pessoas que se enquadram na faixa etária entre 10 e 19 anos (WHO, 2004). Podemos argumentar a partir dessa definição, que a OMS leva em consideração apenas o aspecto cronológico da idade. É sabendo das mudanças que ocorrem nessa fase da vida, que alguns estudos se inclinam para avaliar a qualidade de vida de adolescentes (IZUTSU et al, 2006; GORDIA, 2008; GORDIA, 2009; LIMA, 2010; PEREIRA, 2012).

Os adolescentes compõem um grupo sociocultural, que historicamente se constrói a partir de critérios e elementos múltiplos e abarcam diversas mudanças nas dimensões do ser humano, numa perspectiva biopsicossocial. Essas mudanças com certeza refletem no corpo dos mesmos, onde haverá também o crescimento somático e o avanço nas habilidades motoras, intensificando a ação dos hormônios corporais, que contribuem veementemente na mudança da forma de pensar, de relacionar-se com o outro e sua maneira de expressar-se com o mundo que o cerca.

Existe a necessidade emergente de direcionar uma melhor atenção a saúde e QV dos adolescentes, pois no Brasil a faixa etária de pessoas entre 10 e 19 anos corresponde a 17,9% de nossa população (IBGE, 2011). Embora haja na literatura estudos que analisem a QV de crianças e adolescentes relacionando-a a saúde e a doenças específicas (GORELICK; BROUSSEAU; STEVENS, 2004), são escassos os que se propõem a apreender a percepção de maneira subjetiva a compreensão dos mesmos sobre qualidade de vida e saúde, percebendo os riscos e os fatores associados.

Analisar a percepção dos adolescentes em relação a esses aspectos faz-se necessário porque é a partir de suas crenças e representações que os adolescentes escolares terão atitudes positivas ou negativas frente a sua saúde e os elementos da

QV, além de contribuir para o planejamento, acompanhamento e práticas avaliativas das intervenções destinadas a essa população (NOGUEIRA, 2012).

Ainda, refletindo sobre o contexto brasileiro de políticas públicas socioeconômicas, duas importantes áreas estão aquém do que poderiam oferecer, que são os campos da educação e da saúde, não atingindo de maneira satisfatória a grande maioria da população. O que, provavelmente, acaba por influenciar diretamente na satisfação dos escolares adolescentes com a sua saúde e QV, tendo em vista a característica multidimensional das mesmas (GORDIA et al, 2011; PEREIRA, 2012).

Destarte, assim como a QV, a saúde perpassa por um conceito ampliado, abarcando múltiplas dimensões da vida social, produzido e elaborado socialmente, e que pode ser apreendida como o resultado de diversas condições reais e concretas da vida das pessoas, que dependem também de reformas estruturais e articulação entre as diversas políticas sociais (NERY et al, 2009).

A partir das premissas descritas anteriormente, podemos entender a QV como um constructo subjetivo, multidimensional, com dimensões positivas e negativas, incluindo uma auto-avaliação dos diversos aspectos que compõem a vida de um ser humano (BERLIM; FLECK, 2003; CHAVEZ; MIR; CANINO, 2012; MATTEVI et al, 2012; SILVA et al, 2012b), numa constante dinâmica que pode variar de acordo com o tempo (DELFINO et al, 2012). Nesta perspectiva, esse estudo teve como objetivo apreender as representações sociais sobre a qualidade de vida de estudantes adolescentes.

## **2 METODOLOGIA**

Trata-se de estudo com abordagem qualitativa, do tipo descritivo-exploratório e analítico (MINAYO; DELANDES; GOMES, 2012) que teve como base referencial a Abordagem Dimensional (JODELET, 2001), da Teoria das Representações Sociais (MOSCOVICI, 2009). Também conhecida como processual ou dinâmica, esta abordagem prioriza o conteúdo, apontando para a representação social em sua totalidade, a qual se organiza conforme as proposições, reações ou avaliações dos sujeitos (JODELET, 2001).

Delineamos o estudo como descritivo-analítico e exploratório, vez que tanto nas ciências sociais, como nas ciências da saúde, tem se apresentado como um objeto histórico de análise. Todas as formas coletivas e individuais em sua realidade social são constituídas de valores, crenças, experiências, vivências, ação, significados e senso comum (BOSI, 2012; MINAYO, 2012; MINAYO; DELANDES; GOMES, 2012).

A pesquisa foi realizada entre os meses de setembro de 2011 e julho de 2012, nas três maiores instituições públicas estaduais de educação básica do município de Jequié, Bahia, Brasil, sendo escolhidas por serem grandes pólos educacionais atendendo desta forma, o maior número de escolares oriundos de diversos bairros da cidade, de distritos e ainda os que se deslocam de cidades circunvizinhas.

Esse trabalho é parte da dissertação de mestrado, que foi uma pesquisa mais ampliada, intitulada: “Qualidade de Vida e Saúde de Adolescentes: um Estudo de Representações Sociais”. Para alcançar o objetivo proposto por esta pesquisa, a princípio foi pré-estabelecido uma amostra dos 40 primeiros atores sociais dessa amostra supracitada. Entretanto, obedecendo ao critério de saturação dos dados (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008), participaram da pesquisa 33 informantes.

A produção dos dados foi direcionada a partir da entrevista semi-estruturada, que é tida como um importante instrumento de produção de informações, pelo fato dos depoimentos serem reveladores de situações estruturais, dentro do sistema de valores, símbolos e normas, ao mesmo tempo em que possibilita a compreensão das representações de determinados grupos que se encontram em condições culturais, socioeconômicas e históricas específicas de seu tempo, sobre determinado objeto de estudo (MINAYO; DELANDES; GOMES, 2012). O roteiro da entrevista foi elaborado com perguntas de caracterização sócio-demográfica (sexo, idade, série, turno, escola e raça) e com uma questão norteadora sobre o eixo temático qualidade de vida, sendo ela: O que você entende por qualidade de vida?.

Os resultados foram tratados, organizados e analisados de acordo com a Técnica de Análise de Conteúdo (AC), segundo Bardin (2011), e obedecendo aos passos: 1ª FASE: pré-análise, 2ª FASE: exploração do material e 3ª FASE: tratamento dos dados, inferência e interpretação. Após transcrição das entrevistas, os dados foram apresentados em categorias.

Inicialmente, realizamos a leitura flutuante dos depoimentos definindo o *corpus* do trabalho constituído de 33 entrevistas. Em seguida, procedemos a leitura exaustiva dos depoimentos, para estabelecer os objetivos da análise. Foram selecionados elementos como palavras e frases dotadas de significados, sendo considerados como variáveis importantes ao processo de avaliação do sentido das opiniões, os quais se denominam unidades de registro. Em seguida, a codificação das unidades de registro de acordo com a analogia dos significados e abstração das categorias (BARDIN, 2011).

Quanto ao processamento das falas dos sujeitos e para facilitar a compreensão acerca dessas informações e do significado de cada eixo temático que emergiu das representações dos adolescentes que compusera a amostra, os resultados serão apresentados por categorias de análise. As categorias serão discutidas tomando-se como princípio de análise a interpretação das unidades de análises temáticas que emergiram do conteúdo das respostas dos adolescentes entrevistados. Ao final de cada recorte realizado nas falas dos atores sociais será indicado entre parênteses o número de vezes que foram citadas as unidades de análise temáticas (BARDIN, 2011).

Dessa forma, buscando atender à Resolução 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, que aborda a pesquisa com seres humanos, respaldada nos aspectos éticos e legais esse estudo respeitou todos os preceitos da ética em pesquisa, obtendo parecer de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UESB) sob protocolo nº 146/2010. Por sua vez, é válido ressaltar, que os adolescentes que possuíam idade inferior aos 18 anos, após o seu assentimento, tiveram seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE, assinados pelos seus pais ou responsáveis.

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS**

#### **3.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ATORES SOCIAIS**

Este estudo traz dados que apontam os olhares dos estudantes adolescentes sobre sua QV e saúde, direcionando também a percepção para os fatores associados. Além disso, as reflexões desta pesquisa assumem papel relevante para as intervenções e práticas de saúde e de educação destinadas a essa população, onde um dos maiores



desafios da atualidade é de promover a saúde e educação de qualidade, pautadas nos compromissos sociais, para o desenvolvimento integral dos adolescentes.

Embora não seja objetivo dessa investigação, consideramos importante apresentar algumas características sociodemográficas (Tabela 01) dos sujeitos sociais, vez que as mesmas poderão subsidiar em alguns momentos o entendimento das discussões, além de oportunizar um amplo conhecimento sobre o grupo de pertença que foi objeto desse estudo. A partir da sistematização, organização e tabulação dos dados, verificamos que participaram 33 estudantes adolescentes, onde observamos que a maioria dos participantes são do sexo masculino, correspondendo a 63,6% dos entrevistados.

**Tabela 01** – Distribuição das variáveis sociodemográficas dos adolescentes: sexo, idade, raça, escolaridade, turno de estudo e local de estudo. Jequié/BA, 2012.

VARIÁVEL	CONDIÇÃO	FREQUÊNCIA	
		Nº	%
<b>Sexo</b>	Masculino	21	63,6
	Feminino	12	36,4
<b>Idade</b>	14-15	9	27,3
	16-17	19	57,6
	18-19	5	15,1
<b>Raça</b>	Branca	15	45,5
	Negra	8	24,2
	Parda	10	30,3
<b>Escolaridade</b>	1º ano do ensino médio	14	42,4
	2º ano do ensino médio	11	33,4
	3º ano do ensino médio	8	24,2
<b>Turno de Estudo</b>	Matutino	19	57,6
	Vespertino	14	42,4
<b>Local de Estudo</b>	Escola 1	14	42,4
	Escola 2	10	30,3
	Escola 3	9	27,3

**FONTE:** Dados dessa pesquisa.

A idade dos púberes variou entre 14 e 19 anos, com a média registrada em 16,27 anos, sendo que, na amostra estudada, a maior incidência foi de adolescentes na faixa etária entre 16 e 17 anos. Quanto à raça, 45,5% dos sujeitos se auto-referiram brancos, onde no item escolaridade, a maior frequência é de estudantes do 1º ano do nível médio, correspondendo a 42,4% dos escolares adolescentes. No que concerne ao turno, a maioria dos informantes estuda pela parte da manhã, com percentual de 57,5%.

### 3.2 ANÁLISE DOS CONTEÚDOS MANIFESTOS

Os principais resultados da análise do conteúdo desse estudo estão representados em quatro categorias, e doze subcategorias, que estão dispostos na Tabela 02.

**Tabela 02** – Distribuição das categorias e subcategorias analíticas das representações sociais sobre Qualidade de Vida de adolescentes, Jequié, Bahia, Brasil, 2012.

<b>CATEGORIAS</b>	<b>SUBCATEGORIAS</b>	<b>Nº DE UNIDADES DE ANÁLISE</b>
<b><i>Categoria 1 – EV</i></b> <b>Estilo de Vida</b> n=91 <sup>2</sup>	Alimentação Saudável	26
	Cultura Corporal de Movimento	24
	Circunspecto com a Saúde	21
	Bem-Estar	20
<b><i>Categoria 2 – CR</i></b> <b>Comportamento de Risco</b> n=61	Uso de Drogas Lícitas	19
	Uso de Drogas Ilícitas	13
	Prática Sexual	18
<b><i>Categoria 3 – SP</i></b> <b>Sexo Protegido</b> n=7	Sensação de Onipotência	11
	-	12
<b><i>Categoria 4 – DSEC</i></b> <b>Dimensão Social, Econômica e Cultural</b> n=60	Relações Sociais	17
	Poder Aquisitivo	23
	Trabalho	11
	Moradia	9
<b>TOTAL</b>		<b>224</b>

#### 3.2.1 Categoria 1 – Estilo de Vida (EV)

A concepção sobre estilo de vida, neste estudo, refere-se à percepção dos adolescentes no que concerne ao seu modo de vida, considerando seus hábitos, que são influenciados por um conjunto de fatores a partir das escolhas dos mesmos, quanto ao seu lazer, educação, hábitos alimentares, práticas de atividades físicas, cuidado com a saúde e bem-estar.

<sup>2</sup> Número de unidades de análise que compõem a categoria.

Muitos autores definem estilo de vida, a partir de sua formação e dos interesses de pesquisa. De acordo com Flausino et al (2012), o estilo de vida diz respeito as ações diárias das pessoas, refletindo nas atitudes tomadas, oportunidades na vida e nos valores adquiridos, que estão intrinsecamente associados ao ambiente físico, familiar, social, econômico e cultural desses sujeitos.

Portanto, manter um estilo de vida saudável tem sido muito difícil, vez que os padrões da sociedade moderna incentivam o sedentarismo, inatividade física, alimentação desequilibrada, sem contar que se constitui uma árdua tarefa modificar o estilo de vida, pois sempre vem seguida de muita resistência, visto que grande parte das pessoas não consegue fazer modificações, ainda mais, por muito tempo (ANDRADE-BARBOSA et al, 2012). A mídia tem participação direta na vida das pessoas, tendo em vista que é um importante instrumento de veiculação de informações, sendo capaz de exercer influências positivas e negativas no estilo de vida da população (COLL; AMORIM; HALLAL, 2010).

Além disso, é constante a informação de que partindo da adoção de um estilo saudável de vida, é que se contribui para a QV e saúde (PEREIRA, 2012), mas essa questão torna-se uma poderosa estratégia de controle social por parte do Estado, na medida em que na maioria das vezes não são criadas e oferecidas às pessoas condições favoráveis de subsistência para adoção desses hábitos considerados saudáveis. Nesse percurso, os responsáveis pelas políticas públicas eximem-se de suas responsabilidades e obrigação de ofertar possibilidades de melhoramento da QV e saúde dos cidadãos, através de serviços básicos de educação, saúde, transporte público, acesso a nutrição alimentar e atividade física orientada, saneamento básico e habitação, não contribuindo nas condições de vida.

Destarte, a categoria EV foi composta por 91 unidades temáticas, onde emergiram núcleos de sentido que foram traduzidos em 4 subcategorias referentes à percepção dos adolescentes sobre seus estilos de vida e sua correlação com a saúde e qualidade de vida.

### **3.2.1.1 Subcategoria 1 – Alimentação Saudável (EVas)**

Conforme os recortes apresentados a seguir, observamos a sustentação para a subcategoria *alimentação saudável*, a qual foi composta por 26 unidades sentido.

[...] saúde é ter uma alimentação saudável (5) [...] evitar lanche, hambúrguer, frituras (3) [...] QV é ter uma boa alimentação (6) [...] não comer comidas gordurosas, fatada, sarapatel, buchada, essas coisas pesadas que prejudicam sua saúde (3) [...] comer bem (4) [...] alimentar com frutas, verduras, legumes e outras coisas (5)

Ao avaliar as unidades dispostas acima, observa-se que os sujeitos sociais possuem uma visão clara sobre esse fator importante que é a alimentação e sua influência na QV dos mesmos. A alimentação é um dos fatores passíveis de modificação mais salutar para amenizar o risco das doenças crônicas não transmissíveis, necessitando ser compreendida como uma ação de prioridade no contexto da saúde pública. Ainda, estudos apontam que a alimentação de muitas pessoas só passa a ser equilibrada e saudável a partir do momento em que surgem doenças (SILVA; TEIXEIRA; FERREIRA, 2012).

Sendo assim, são muitos os problemas nutricionais vividos pelos adolescentes, além de existir pouca disponibilidade de bons alimentos para as pessoas com pouco poder aquisitivo, além da considerável redução de alimentos saudáveis em detrimento dos produtos industrializados, a exemplo dos *fast foods*. O conhecimento sobre a ingestão de alimentos considerados saudáveis faz-se fundamental, uma vez que os hábitos de vida estabelecidos durante a adolescência podem predizer os costumes na fase adulta (COLL; AMORIM; HALLAL, 2010; COSTA; VASCONCELOS; CORSO, 2012).

Ressalvamos, que ao analisar as declarações dos informantes à luz dos costumes alimentares, o item alimentação demonstrou relações importantes com a saúde e QV na concepção da maioria dos adolescentes, com indicações de que uma boa alimentação contribui positivamente para o estilo de vida e previne doenças, fazendo uma alusão crítica acerca de seus hábitos alimentares. Dessa forma, percebe-se o nexo entre a educação alimentar com a promoção da saúde que são direcionados a partir da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, com a promoção de hábitos alimentares e estilos saudáveis de vida (BRASIL, 2003).

Neste contexto, sabemos que a educação em saúde tem função primordial na melhoria e incentivo de bons hábitos alimentares, tendo os profissionais da saúde e da educação o papel de orientá-los, promovendo importância fundamental na melhoria dos hábitos alimentares dos adolescentes, favorecendo situações que estimulem a autocrítica e a adesão de bons hábitos, reconhecendo os adolescentes como indivíduos ativos do cuidado tanto no ambiente familiar como no espaço escolar (SILVA; TEIXEIRA; FERREIRA, 2012).

### 3.2.1.2 Subcategoria 2 – Cultura Corporal de Movimento (EVccm)

No período da adolescência, existem muitas modificações nas características físicas, psicológicas e atitudinais, tornando-se uma fase crítica em relação a prática de atividade física sistematizada. A prevalência de adolescentes que se encontram inativos fisicamente tem aumentado significativamente (ROMAN et al, 2008), mesmo que esse grupo de pertença seja considerado como o mais saudável e fisicamente ativos (FARIAS JUNIOR et al, 2012).

Várias conceituações sobre o que vem a ser a cultura corporal de movimento surgiram em estudos apresentados na literatura, mas corroboramos com Lima e Lima (2012) quando argumentam que trata da representação corpórea de diversas manifestações humanas, onde a cultura do corpo em movimento é redimensionada, havendo uma nova significação do comportamento humano.

Logo, ao analisar os depoimentos à luz da análise de conteúdo temática categorial (BARDIN, 2011), observa-se depoimentos que amparam a subcategoria *cultura corporal de movimento*, sendo apresentadas as 24 unidades de análise dispostas a seguir.

[...] exercício e atividades físicas melhoram a qualidade de vida (3) [...] é praticar esportes (4) [...] fazer caminhadas e corridas (2) [...] faz bem manter o corpo em movimento (3) [...] a galera esquece que o sedentarismo prejudica, sempre estou envolvido na prática de esportes (2) fazer malhação (2) [...] ter lazer, mantendo-se saudável (4) [...] eu jogo bola todos os dias (3) eu faço exercícios sempre na academia, primeiro a ginástica e depois musculação, pra ficar com saúde e com o corpo bem lindo, que é o objetivo principal (1) [...]

Ao analisar os depoimentos, percebemos que os escolares adolescentes no que tange à sua movimentação corporal, prática de atividades físicas, indicam uma preocupação com essa questão. A maioria dos atores sociais referiu que pratica esportes, faz caminhadas, corridas e está envolvida com a musculação e ginástica, dentre outras práticas que envolvem jogar bola e aproveitar os momentos de lazer, entendendo nesse envolvimento que existe contribuição para sua QV e saúde. Os benefícios da prática de atividade física regular e os riscos às condições de saúde associados aos níveis de inatividade física são amplamente discutidos na literatura (HALLAL et al, 2006).

Pesquisas realizadas em diversos países com adolescentes demonstram que entre 13,7% e 56,0% seguem as recomendações atuais para prática da atividade física (FARIAS et al, 2012). Em estudo multicêntrico realizado pelo Ministério da saúde com colaboração do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE (2009), intitulado Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, com 62.910 escolares adolescentes, visando a determinar a prevalência de fatores de risco e proteção a saúde do adolescente, verificamos que 43,1% dos sujeitos encontravam-se ativos fisicamente, contribuindo favoravelmente no estilo de vida dessa população.

### **3.2.1.3 Subcategoria 3 – Circumspecto com a Saúde (EVcs)**

Mediante a análise dos resultados percebemos que os estudantes adolescentes deste estudo possuem uma atenção no que concerne ao cuidado com a saúde, o que se traduz em melhoria das condições de vida desses indivíduos. A subcategoria intitulada *Circumspecto com a saúde* possui 21 acepções que dizem respeito ao entendimento dos adolescentes sobre o cuidado com a própria saúde, expressando suas percepções no que refere-se a saúde e a QV, sendo dispostas a seguir.

[...] sempre se preocupar com a saúde (2) A minha percepção é o cuidado com a minha própria saúde (1) [...] o cuidado com a saúde é fundamental para vivermos bem (1) [...] temos que priorizar a saúde, sem ela não podemos fazer nada (3) [...] QV é ter uma vida no seu ritmo, cuidando do seu corpo, de sua saúde (1) [...] é ter tempo para desestressar (1) [...] saúde é cuidar do nosso corpo, evitando doenças (3) [...] ter uma vida saudável, com acompanhamento médico frequente (3) [...] uma boa qualidade de vida

começa na saúde (1) [...] devemos evitar doenças, procurando ajuda dos médicos (4) [...] ir sempre em hospitais e médicos (1) [...]

Em virtude do adolescente em etapa escolar apresentar bons níveis de saúde em geral, apresentando dificilmente problemas e disfunções que culminem em doenças crônico-degenerativas não transmissíveis (DCNT), poucos pesquisadores têm se inclinado para mergulhar nesse universo, onde existe a necessidade de incentivo à adoção de bons hábitos de vida, inibindo a aparição de fatores de risco relacionados a essas doenças. Pois, como argumenta Silva (2011), não é pelo fato da falta de indícios e sintomas relacionados às DCNT que os adolescentes estão livres de problemas que possam resultar em mortalidade ou morbidez.

Analisando cuidadosamente as unidades de análise podemos perceber que uma questão apontada pelos adolescentes, como fator de circunspecto com a saúde, é a prevenção de doenças, entendendo-a a partir de suas condições de saúde-doença. Nesse sentido, esse cuidado possui relação direta com os determinantes sociais de saúde, que sofrerá influência das suas condições socioeconômicas, ambientais e culturais, trabalho, condições de vida, moradia e também a ligação com as redes comunitárias e sociais (PEREIRA, 2012).

Nos depoimentos dos sujeitos sociais da pesquisa, verificamos uma grande preocupação com o cuidar do corpo, onde existe um corpo sonhado, idealizado, contudo ao se distanciarem do que é imaginado, maior é a incidência de conflitos, que podem comprometer a auto estima influenciando nos estilos de vida (MATIAS et al, 2012). Destacamos ainda, que a partir das falas dos estudantes adolescentes percebemos que existe uma cultura estabelecida comumente nessa sociedade que se encontra enraizada na perspectiva do cuidado à saúde, baseada no modelo médico-hospitalar-privatista, que se preocupa com a cura ao invés da ação e prática preventiva (COSTA et al, 2012).

Portanto, os mesmos percebem que para uma boa QV e saúde necessitam prevenir doenças, buscando constantemente auxílio médico-hospitalar. Em estudo realizado com 846 estudantes adolescentes do estado do Rio de Janeiro, utilizando outro procedimento metodológico, visando a compreender a representação sobre saúde dos escolares, observou-se, assim como nesse estudo, que existem evidências da

percepção ancorada no modelo hegemônico de atenção a saúde médico-hospitalocêntrico (REIS; OLIVEIRA; GOMES, 2009).

As ideias consolidadas de saúde e QV enquanto ausência de enfermidades associadas ao modelo referido como hegemônico, apresentam-se como a representação que os adolescentes apreendem, contundentemente, a partir das relações sociais e comunitárias, configurando-se como sua compreensão de sujeito, de mundo, de atitudes e anseios.

#### 3.2.1.4 Subcategoria 4 – Bem-Estar – (EVbe)

O estilo de vida também é influenciado por um fator importante, que é o bem-estar, onde a condição subjetiva exerce papel fundamental nesse processo de cognição sobre essa sensação. O bem-estar torna-se um componente cognitivo conhecido como a percepção sobre a satisfação com a vida, nesse mesmo sentido este estudo entende o bem-estar como uma área de estudo que procuram apreender as avaliações que as pessoas realizam sobre suas vidas (SOUZA et al, 2012a).

Apresentamos o extrato das 20 unidades de análise temática sobre QV e saúde, que fundamentam a quarta subcategoria intitulada *bem-estar*, englobando um dos sentidos da QV para os adolescentes.

[...] a saúde também tem que ser cuidada porque a gente precisa de bem-estar, muita felicidade e também alegria, paz e respeito com os próximos (1) [...] é tudo que lhe faz bem (4) [...] a saúde é fundamental para o bem-estar e a qualidade de vida (1) qualidade de vida é quando a pessoa se cuida, cuida do bem-estar (2) [...] é a pessoa se sentir bem consigo mesma, dormir bem (5) [...] quando o nosso corpo e mente estão bem (1) [...] não ter doenças e se sentir saudável (4) pra mim tem que ter um equilíbrio físico e mental (2) [...]

Avaliando os recortes acima, observa-se que a maioria dos adolescentes pesquisados expressou percepções concernentes ao bem-estar, evidenciando uma avaliação positiva sobre suas vidas, compreendendo que os elementos, dormir bem, não ter doenças para sentir-se saudável, equilíbrio físico e psicológico, respeitar o próximo e tudo que faz bem para proporcionar alegria, felicidade, paz e harmonia, indicam causas que influenciam o bem-estar. Da mesma forma, em estudo realizado na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, com 800 adolescentes objetivando



identificar fatores associados ao bem-estar psicológico, os autores encontraram a impressão de bem-estar presente em 89,6% dos adolescentes participantes (SILVA et al, 2007).

Essa noção subjetiva sobre o bem-estar surge de maneira incisiva, envolvendo a definição-chave de saúde, onde a Organização Mundial de Saúde define-a como “o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças” (OMS, 1976). Essas representações dos adolescentes englobam necessidades psicológicas, que dizem respeito ao bem-estar mental, as necessidades sociais (bem-estar social), e ainda às necessidades biológicas, referindo-se ao bem-estar físico (SILVA, 2011; SOUZA et al, 2012a), trazendo no seu interior satisfação, de maneira abrangente, com essas necessidades.

Percebemos ainda, nos depoimentos dos adolescentes estudados, que eles legitimam a percepção de que a QV depende também do bem-estar, que os mesmos acreditam que está relacionado à contemplação de necessidades que perpassam pelos aspectos biológicos, físicos, psicológicos e sociais do ser humano. Logo, para um melhor entendimento deve-se observar o bem-estar dos estudantes adolescentes numa perspectiva multifatorial e ampla, abordando todas as suas dimensões, que são de ordem cognitiva, atitudinal, perceptiva e afetiva.

### **3.2.2 Categoria 2 – Comportamento de Risco (CR)**

A adolescência é marcada pelo processo de desenvolvimento da maturação biológica, psicológica e social, constituindo-se como um período tênue, no que diz respeito aos aspectos concernentes as condições de saúde e QV. Nessa perspectiva, a percepção sobre comportamento de risco, nesse estudo, refere-se às atitudes tomadas pelos adolescentes que podem trazer danos para suas vidas, interferindo negativamente na situação da saúde física e psicológica dos mesmos.

Alguns comportamentos de risco são adquiridos nessa fase, entre eles o uso de substâncias psicoativas, como o álcool, tabaco, maconha, cocaína, benzina, crack e cola, baixo consumo de frutas, legumes e verduras, não utilização de camisinha com iniciação precoce das relações sexuais, gravidez, inatividade física, não uso de

capacete e cinto de segurança, a violência, sensação de que podem fazer tudo que tiverem vontade, entre outros diversos hábitos que podem trazer sérios agravos à saúde (SILVA, 2011).

Esses comportamentos podem ser considerados como causas externas, sendo que no Brasil essas causas (IBGE, 2009) geram um padrão epidemiológico de agravos e riscos na saúde, resultando em sequelas e mortes na população adolescente brasileira, que pode ser entendida devido à grande e constante exposição aos fatores de risco, onde esses sujeitos têm determinados costumes a depender do ambiente social em que estão inseridos (CROMACK; BURSZTYN; TURA, 2009). A categoria *Comportamento de Risco*- CR obteve 61 unidades temáticas, sendo discutidas e analisadas as percepções sobre QV em 4 subcategorias.

### **3.2.2.1 Subcategoria 1 – Uso de Drogas Lícitas (CRudl)**

Por se tratar de uma fase em que as descobertas na vida se fazem constantemente presentes, a adolescência, torna-se uma etapa em que alguns cuidados devem ser tomados com os adolescentes, pois os mesmos estão sendo expostos a riscos diariamente. Nesse contexto, é crescente o consumo de drogas lícitas entre adolescentes no Brasil e no mundo, e esse crescimento latente tem fortes influências do Estado vez que mesmo sabendo dos prejuízos causados a saúde são liberadas, legalizadas e aceitas moralmente pela sociedade (SILVA et al, 2012a).

A primeira subcategoria, *uso de drogas lícitas*, apresenta-se com 19 unidades de análise, apóia-se na possibilidade de conseguir QV a partir da utilização ou não de substâncias lícitas. Os relatos que fundamentam essa subcategoria estão dispostos logo abaixo.

[...] meus pais bebem muita cerveja, e não ligam se eu beber (4) [...] participar de reggaes com muita festa, cigarros e bebidas (6) [...] nesse calor infernal de Jequié, é sempre bom tomar uma cervejinha gelada com os brothers (2) [...] preservar a saúde, não usando drogas (3) [...] gosto muito de tomar vinho, fumando um L. A. cereja de vez em quando, isso com certeza deve prejudicar um pouco a minha saúde (1) [...] comer água (3) [...]

Os aspectos relacionados às drogas lícitas estão presentes no pensamento social da maioria dos adolescentes entrevistados, percebendo-se que para além da expectativa em relação à sensação proporcionada pelo uso do cigarro e da bebida, já foram experienciadas, onde se pode inferir que possuem relação com aspectos inerentes a QV dos escolares. Existem atualmente, estudos que afirmam ser o álcool a droga mais utilizada entre adolescentes, podendo haver embriaguez, brigas e sensação de que tudo podem, indicando o impacto negativo dessa atitude na vida dos sujeitos e no sistema público de saúde (PINSKY; PAVARINO FILHO, 2007).

Portanto, ao analisar as unidades de análise, evidenciamos um crescimento e desenvolvimento saudável ou mórbido depende também da relação familiar, vez que as atitudes e comportamentos dos irmãos ou pais servem de modelo importante para ser seguido pelos adolescentes, além de atuarem como fator de proteção ou estimulação da utilização de drogas (SILVA et al, 2012a).

Embora não tenha sido objetivo desse estudo, é válido ressaltar que dos 16 adolescentes que referiram ter feito uso de alguma substância lícita, 8 eram do sexo feminino correspondendo a 50% dos atores sociais, isso implica dizer que em níveis gerais esse consumo descontrolado de drogas tem sido impulsionado a todos os adolescentes, independente do sexo, esses achados também ocorreram em outros estudos (ANDRADE et al, 2012; MALBERGIER; CARDOSO; AMARAL, 2012).

Entre os diversos fatores que influenciam a o consumo de drogas, encontra-se a mídia desempenhando um importante papel no que concerne a disseminação de informações, onde por vezes influencia positivamente e outras negativamente, pois nesse caso específico das substâncias lícitas os meios de comunicação de massa exploram principalmente a bebida no sentido publicitário, favorecendo a um estilo de vida com hábitos inadequados, contrariando a interface da promoção da saúde e QV dos adolescentes brasileiros (SILVA, 2011).

### **3.2.2.2 Subcategoria 2 – Uso de Drogas Ilícitas (CRudi)**

A utilização de substâncias psicoativas acompanha o ser humano no decurso de sua história, onde no decorrer dos anos é dotada de significados diversos, com

profundas transformações das finalidades dessas substâncias na vida das pessoas que fazem o uso. Quando existe uma proibição na produção, consumo, divulgação e comercialização as drogas são consideradas ilícitas, entre elas pode-se destacar a maconha, haxixe, cocaína, crack, LSD, ecstasy e outras.

Ao analisarmos os depoimentos dos sujeitos desta pesquisa, observamos 13 unidades de análise que sustentam essa subcategoria *uso de drogas ilícitas*, sendo apresentadas na sequência:

[...] ter muita saúde e fumar muita erva (4) [...] drogas e rock in roll, porque se depender desse governo de hoje que não se importa com a gente e só faz roubar (1) [...] muita droga na mente e muito rock (3) [...] é cheirar uma farinha da boa e ficar doidão de quebrada com a nega (1) [...] fumar um baseado e ficar de boa vendo o pôr do sol no alto da prefeitura (1) quando sinto que estou estressado, fumo um fininho pra relaxar a mente e sentir a brisa (1) [...] é curtir a vida, dar um raio (1) [...] estar bem, cannabis e muita curtidão (1) [...]

Observamos nas unidades de análise apresentadas, que os estudantes adolescentes fazem uso de drogas ilícitas, sendo perceptível com maior evidência nos relatos, a utilização da maconha e da cocaína, satisfazendo suas necessidades pessoais, prazerosas, mas, no entanto contribuindo negativamente para sua QV.

A interface entre a droga e a adolescência também é multidimensional, complexa, que envolve aspectos culturais, biológicos, éticos e sociais fazendo-se necessária uma discussão sobre todos os possíveis fatores que levam ao uso de drogas ilícitas, tendo em vista que elas são classificadas de acordo com o tempo histórico e são determinadas geograficamente.

Dentre os diversos indicadores de risco existentes para utilização de drogas psicotrópicas, é apontado pela literatura que a falta de monitoramento e controle dos adolescentes pela família é fator de relevância nesse processo (TOBLER; KOMRO, 2010), onde os mesmos têm que estar em estado de vigília na intenção de proteção e cuidado com o ser adolescente.

Nessa perspectiva, a promoção da saúde, através de medidas educativas e preventivas, faz-se necessária, na medida em que deve induzir mudanças que tenham impacto positivo no comportamento dos adolescentes, sendo que a partir do momento em que é aumentada a capacidade de apreensão dos fenômenos que se relacionam com

sua saúde, torna-se um dos importantes aspectos para melhoria da QV (COLL; AMORIM; HALLAL, 2010).

É válido ressaltar, que o uso de drogas, mesmo que constante, é percebido pelos adolescentes como momentos de sensação de alegria, prazer, felicidade, certo relaxamento e bem-estar, onde se pode argumentar que contribui para uma percepção positiva de QV, embora o uso interfira negativamente na QV dos mesmos (BENINCASA, 2010).

### 3.2.2.3 Subcategoria 3 – Prática Sexual – (CRps)

A sexualidade, que é uma das necessidades básicas de todos os seres humanos, deve ser percebida em conjunto com os demais aspectos que compõem a vida, não sendo dissociado. No caso específico de estudantes adolescentes, espera-se que eles tenham atitudes positivas frente às práticas sociais, proporcionando a ocorrência de relações prazerosas.

Corroborar-se com Souza et al (2012b), fazendo parte do entendimento deste estudo, que a sexualidade não se restringe ao gozo, através do orgasmo, vai além do coito, augura-se que é o contato, é a energia que impulsiona o encontro para momentos de amor, é a intimidade, o que implica em saúde física e psicológica. Nesse sentido, a subcategoria *Prática Sexual* possui 18 sentidos que se relacionam com a percepção dos adolescentes sobre suas atitudes sexuais em co-relação com a QV, sendo apresentadas a seguir.

[...] Fazer muito sexo, ter muitas mulheres (3) [...] fazer sexo com meu namorado (5) [...] ter luxo, mulher boa e curtir muitas vibes (1) [...] é ser uma pessoa cheia de mulheres (5) [...] é pegar uma gostosa e fazer gostoso, eu nem uso camisinha porque incomoda muito e todo mundo tá ligado que não é a mesma coisa (2) [...] sentir prazer com os gatinhos, é certo! (1) [...] pra mim dar uma de manhã cedo também faz parte da minha QV e da minha mulher (1) [...]

Mesmo, em se tratando, de adolescentes com idade média de 16,20 anos percebemos através das unidades de análise dispostas que a prática sexual faz parte da realidade dos adolescentes entrevistados, onde a maioria dos adolescentes que auto-referiram ter algum tipo de relação sexual, era do sexo masculino. O que se aproxima dos resultados nacionais, onde a média de idade para iniciação sexual da população

brasileira é de 15 anos, afirmando a necessidade de serviços e ações de saúde destinadas aos adolescentes (BRASIL, 2008).

Podemos observar ainda, a partir dos relatos, que esses hábitos podem vir acompanhados de riscos à saúde, na medida em que, quando não se trata de uma relação protegida, existe um grande risco de se adquirir doenças sexualmente transmissíveis, além da possibilidade de gravidez precoce e não planejada. A gravidez, atualmente, é a primeira causa de internações (66%) em adolescentes na faixa etária entre 10 e 19 anos no Sistema Único de Saúde (BENINCASA; REZENDE; CONIARIC, 2008). A saúde sexual deve ser tratada como um direito básico dos homens, envolvendo a história de vida, o corpo, a cultura e as relações afetivas (SOUZA et al, 2012b), onde os adolescentes antes de optarem por exercer a relação sexual devem ser informados sobre as implicações do ato sexual sem responsabilidade.

Destarte, essa preocupação faz-se necessária, principalmente levando-se em consideração a análise de duas unidades de análise desta categoria, que se referem a não utilização da camisinha, onde os adolescentes atribuíram pouco ou nenhum sentido significativo de prevenção para o preservativo. Isto se deve a fatores diversos, como ingestão exacerbada de álcool e outras drogas psicoativas, namoro estável, falta de conhecimento, paixão, dentre outros motivos (IBGE, 2009).

Evidenciou-se ainda, diante dos recortes apresentados, que a prática de sexo está diretamente relacionada à QV dos adolescentes, onde essa ação é motivada por diversos fatores, como pela curiosidade, pelas mudanças hormonais específicas desse período, pelo prazer experienciado, pelo desafio, pela capacidade de experimentar o desconhecido, pela sensação de onipotência, como também pelas relações afetivas.

#### **3.2.2.4 Subcategoria 4 – Sensação de Onipotência (CRso)**

Seres que se consideram onipotentes, os adolescentes, sentem seu ego enaltecido e posicionam com relação, sem levar em consideração a falta de independência e os conselhos daqueles que possuem mais idade e experiências. Alhures, quando os mesmos encontram-se em situações desfavoráveis, como no caso de doenças fazem o possível para curá-las, adquirindo valores negativos e positivos

que são congregados à construção de sua identidade (ENSKÄR; BERTERO, 2010; LOMBARDO; POPIM; SUMAN, 2011).

A seguir é apresentado o extrato das 11 unidades de análise que fundamentam a quarta subcategoria intitulada *Sensação de Onipotência*, compreendendo um dos sentidos do estado de saúde e da QV.

[...] minha opção é correr muito de moto para cair e bater a cabeça e ficar bestalhado por dois dias e depois morrer (1) [...] é sair por aí tirando onda com o carro de meu pai, mesmo sendo de menor, porque a polícia aqui não faz nada mermo (2) [...] eu gosto é de farra, de poder vender o chá pros parceiros, comer meu churrasco com a mulé, pra mim isso é ter QV (1) [...] ninguém manda em mim, eu faço o que eu quero (1) [...] nem meu pai e nem minha mãe fala o que eu tenho que fazer, a vida é minha (1) [...] quem manda na minha vida sou eu (2) [...] eu faço tudo que eu quero pra viver bem (2) [...] eu gosto de fazer muito sexo, ter muitas mulheres, ter muita saúde e viajar em muitas coisas (1) [...]

Ao analisarmos essas unidades de análise, podemos inferir que os estudantes adolescentes possuem atitudes que dizem respeito à sensação de poder e onipotência, no sentido de que tudo podem. Mesmo que referidas em um sentido positivo, sabemos que essas práticas podem causar danos, prejuízos e levar até a morte. Os adolescentes gostam de correr riscos, como forma de reconhecerem o poder que exercem sobre esse corpo que se encontra em transformação, sendo seu novo e desconhecido corpo (CLEGERT, 2004).

Ressalvamos, que além do sentimento de onipotência presente, satisfaz as necessidades de ampliação da autonomia, individualização, aquisição de autoridade e do controle de si. Nesse decurso, a procura por atividades novas, embora seja referido como atributo positivo relacionado à saúde e QV, pode levar a resultados negativos, como egocentrismo demasiado, incrementando a sensação de poder e invulnerabilidade pessoal e social (SANTOS; PRATTA, 2012).

Evidenciamos, ainda, nas falas dos atores sociais, que algumas atitudes são tomadas por conta do machismo, que foi elaborado esta sociedade, tornando-se um preditor dos hábitos, principalmente, dos adolescentes do sexo masculino, que agem sem perceber que estão sob o viés sexista. Em estudo realizado por Ozella e Aguiar (2008) com 856 adolescentes e jovens do ensino médio da grande São Paulo, encontrou-se dados interessantes, onde os adolescentes afirmaram sentirem-se

pressionados a se sentirem fortes, violentos, rudes, onde fica explícito a influência machista na vida dos mesmos.

Destarte, a vulnerabilidade é uma particularidade da adolescência e pode ser potencializada pela própria sensação de ser onipotente que é característica marcante na adolescência, vez que o adolescente se sente imperecível e imune a qualquer tipo de problema que é experimentado por outras pessoas, o que influencia nos níveis de QV desse grupo de pertença. Isso se deve ao fato dos adolescentes sentirem-se seres saudáveis, livres e com evidente sensação de onipotência (LOMBARDO; POPIM; SUMAN, 2011), com a presença da suposta liberdade na condução do cuidado a sua saúde.

### 3.2.3 Categoria 3 – Sexo Protegido (SP)

Novamente aparece no entendimento dos estudantes adolescentes, o ato sexual, na perspectiva saudável e preventiva, onde é reforçada nas representações acerca da QV, a nítida intenção da proteção a saúde contra doenças sexualmente transmissíveis, gravidez precoce, entre outros motivos. Conforme o relato dos pesquisados podemos observar a sustentação para a categoria *Sexo Protegido*, onde as 12 unidades de análise temáticas que relatam fundamentação sobre essa temática são apresentadas abaixo.

Sei lá, fico com uma agonia quando uso camisinha, mas é sempre necessário para evitar doenças, já que eu pego muitas negas por aí (3) [...] o prazer é gostoso, mas tem que usar a borracha pra não pegar AIDS (2) [...] tem que fazer a onda, mas tem que ficar esperto, pra não ter que tomar remédio, injeção e mostrar a cara no posto depois (3) [...] nessa hora eu não gosto de me sentir presa, mas depois de ter tratado uma doença que peguei de meu ex, agora eu só faço sexo com camisinha, vou ficar de bobeira de novo é? Barril (1) [...] mas toda essa curtidão que eu tô te falando é com proteção (3)

Ao analisar as falas dos atores sociais desse estudo, percebe-se os adolescentes preocupados com a prevenção de doenças que podem ser adquiridas através da prática sexual, onde esse sentimento de cautela e precaução advém pelo sentimento do medo, pelo conhecimento da importância da camisinha no momento do coito e outros pelo fato de terem experienciado em relações anteriores a aquisição de algum tipo de infecção ou doença por meio do sexo, principalmente, pelo fato de que, fica evidente



em alguns depoimentos, que algumas dessas relações sexuais são eventuais e ocorrem em festas e encontros em que participam esses estudantes adolescentes.

No contexto da saúde, a prevenção pode ser entendida como uma atitude antecipada, ação com fins de prevenção de doenças e promoção da saúde, baseada na cognição da história natural com a finalidade de não deixar, por exemplo, a progressão de uma doença (NERY et al, 2009). Desta forma, essas atitudes caracterizam-se como ações de intervenção que visam evitar o aparecimento de qualquer tipo de doenças. Portanto, ao considerar as unidades de análise referentes à Categoria Sexo Protegido, podemos ponderar que para os adolescentes existe uma relação intrínseca entre saúde, QV e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.

Na perspectiva ampliada da promoção da saúde, sabe-se que a responsabilidade para auxiliar positivamente nesse item sexo protegido é de todos os cidadãos, onde os familiares, os próprios adolescentes, profissionais da saúde e da educação, e todos os outros profissionais que lidam com os adolescentes devem-se co-responsabilizar num processo contínuo de criação e reconstrução do cuidado à saúde através de intervenções preventivas, onde essas ações contribuirão para bons níveis de saúde e qualidade de vida (BENINCASA; REZENDE; CONIARIC, 2008; IBGE, 2009; NERY et al, 2009; SILVA, 2011; ANDRADE et al, 2012; SANTOS; PRATTA, 2012).

### **3.2.4 Categoria 4 – Dimensão Social, Econômica e Cultural (DSEC)**

Conforme o relato dos pesquisados pode-se observar a sustentação para a Categoria *Dimensão Social, Econômica e Cultural*, a qual é composta por quatro subcategorias, compreendendo um total de 60 unidades de análises, que dizem respeito à relação que os amigos, os colegas, o dinheiro, a família, a sociedade, o trabalho, a moradia, e os elementos ambientais exercem sobre a QV dos mesmos.

#### **3.2.4.1 Subcategoria 1 – Relações Sociais (DSECrS)**

Hodiernamente, a sociedade contemporânea cria e determina padrões de vida a serem seguidos com consciência sobre os mesmos ou de maneira inconsciente, que corresponde a maioria dos casos, justamente em decorrência da ideologia dominante, sendo que existe um processo de constantes de renovações, através da difusão cultural que se unem-se a expectativa e percepção dos adolescentes frente a própria vida.

Dessa forma, mediante a análise dos resultados, percebemos que os estudantes adolescentes deste estudo percebem um sentido entre a QV e as relações sociais, sustentando a subcategoria denominada *Relações Sociais*, que possui 17 acepções que referem-se a esta relação.

[...] ter amigos e colegas que esteja junto com você (2) [...] e amor e família. Sempre honrar a família porque sem elas eu não estaria aqui hoje, como todo dia recebo abraço de mãe e pai (1) [...] ter uma boa convivência com os amigos (3) [...] ter meus pais ao meu lado (1) [...] Ter uma boa família (2) [...] QV é viver em paz com os familiares e amigos (1) [...] a base familiar consistente também contribui para minha QV (1) [...] morar com meus avôs é muito bom, porque eu estabeleço uma forte relação com eles e ainda tenho tudo que eu quero (2) [...] ter apoio dos amigos e amor da família para pensar num futuro melhor, com mais saúde (1) [...] é estar perto de meu filho, dando amor e carinho (1) [...] preservar as amizades, pra ter boa relação social (1) [...] meus pais não ligam muito pra mim (1) [...]

Analisando criteriosamente as unidades de análise referentes a essa subcategoria, percebemos os conceitos expressos sobre QV, que sofrem influências socioculturais, inclusive através da relação que é instituída entre os adolescentes e os outros seres humanos que os rodeiam.

A relação familiar é evidenciada nos depoimentos de 10 estudantes adolescentes, nesse momento de concepção de QV. Acrescentar a família no plano dos circunspectos faz-se necessário, e essa inserção tem sido apontada na literatura como uma das melhores alternativas de intervenção na área da saúde, corroborando para um entendimento mais ampliado sobre os processos referenciais que traduzem a relação familiar, e sua correlação com o processo saúde-doença (SILVA, 2011).

É no contexto familiar que se aprende os primeiros conhecimentos, crenças, hábitos e valores, que podem exercer influência em práticas que resultem na promoção da saúde, da QV e de seus elementos, ou de forma contrária, que acrescentem a vulnerabilidade dos adolescentes para as enfermidades. Embora tenham ocorrido muitas mudanças nos arranjos familiares da sociedade moderna, funções básicas como

cuidados físicos e psicológicos dos adolescentes permanecem, acolhendo os mesmos nessa etapa de transição para a fase adulta (IBGE, 2009).

No que concerne às amizades, que é outra variável apontada dentro dessa dimensão, observamos ainda, nos relatos dos escolares adolescentes, que os amigos e colegas influenciam na QV dos mesmos, ressaltando com afeto esses relacionamentos.

Além disso, existe a preocupação com a QV dos adolescentes, que não refere-se apenas a uma demanda individual, mas ao contrário, diz respeito a toda a sociedade na medida em que potencializa as condições de sobrevivência e conforto dos mesmos. Por isso, é uma questão social que abarca ações de distintas esferas desde o Estado, com políticas públicas que promovam a prevenção de doenças, promoção da saúde e QV dos cidadãos até a adoção de hábitos saudáveis pelos próprios indivíduos (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012).

### 3.2.4.2 Subcategoria 2 – Poder Aquisitivo (DSECpa)

A segunda subcategoria, *Poder Aquisitivo*, apresenta-se com 23 unidades de análise, apoiando-se possibilidade de consecução de boa QV a partir da aquisição de bens e acesso ao dinheiro. Os relatos que fundamentam essa subcategoria estão dispostos a seguir.

Estar bem com dinheiro, dinheiro e mais dinheiro (1) [...] é ter muito dinheiro, para fazer o que quiser (6) [...] ter dinheiro sem precisar dos outros (2) [...] quando pensamos em QV, logo nos vem a mente dinheiro, e tudo que ele proporciona e é isso mesmo. Claro que não só isso (1) [...] ter dinheiro para se cuidar (5) [...] ter uma boa estabilidade financeira (1) [...] o dinheiro é fundamental para termos uma vida saudável e uma boa QV, não podemos negar (2) [...] hoje eu não tenho o dinheiro que gostaria de ter para me satisfazer, e ter as coisas que eu desejo (2) [...] uma pessoa que vive de boa, com seu carro, sua moto, seu dinheiro e sua mulher e suas filhas (1) [...] às vezes o dinheiro não traz felicidade (1) [...] ter dinheiro para vestir bem, queria ter para comprar roupas só de marca (1) [...]

Ao observar as unidades de análise dispostas acima, verificamos que esse grupo de pertença compreende que quanto maior a capacidade de captar recursos financeiros, melhor será sua QV, tornando-se o dinheiro fundamental para aquisição de hábitos de vida saudáveis, proporcionando-lhes um melhor estilo de vida, satisfazendo suas necessidades básicas e saudáveis. Tais percepções também podem ser explicadas pela

lógica dessa sociedade capitalista, seletiva, excludente, onde o consumismo faz parte da realidade da maioria dos brasileiros, principalmente com as políticas atuais de concessão de crédito das classes D e E, que compõem parte significativa da população.

O estilo de vida considerado como saudável, é um dos fatores determinantes frente à situação de vida e saúde dos adolescentes. No entanto, na maioria das vezes isso não ocorre, não por desinteresse ou falta de anseio dos escolares, mas sim, pela carência de condições socioeconômicas favoráveis.

Atitudes como alimentação equilibrada e balanceada (SILVA; TEIXEIRA; FERREIRA, 2012), consultas profiláticas com médicos (COSTA et al, 2012), acesso ao descanso e lazer, execução de práticas físicas sistematizadas (FARIAS JUNIOR et al, 2012), nem sempre são disponibilizados a maioria da população (COLL; AMORIM; HALLAL, 2010; ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012). Portanto, os adolescentes compreendem que quanto mais dinheiro melhor, pois maior é a possibilidade de ter uma qualidade de vida satisfatória, pelo menos no quesito contentamento pessoal com os bens materiais advindos das possíveis compras.

### 3.2.4.3 Subcategoria 3 – Trabalho (DSECT)

O extrato das 11 unidades de análise sobre QV apresentadas abaixo fundamentam a terceira subcategoria, intitulada *Trabalho*, englobando um dos sentidos do estado de saúde e da QV.

[...] um bom trabalho, para ter muitos momentos de curtidão (3) [...] mas também estar empregado, e com isso vem a auto-estima, vestir bem poder trabalhar para ajudar em casa e sair com as piriquetes (2) [...] é trabalhar para ter um futuro melhor, digna! (1) [...] eu quero é fazer uns bico pra ter a grana do chá (1) eu trabalho em casa de família, mas sou honesta, minha patroa sempre me dá algumas coisas e eu fico muito feliz com isso (1) Pra mim QV é ter meus pais para me dar o que eu quiser, e não precisar trabalhar (1) [...] eu quero é parar de vender droga e arranjar um trabalho decente, arranjar uma mulher e ter uns guri (1) [...] eu vou ter um trabalho que ganhe muito, para eu poder ter tudo que me dê prazer (1)

Marcante nas falas dos atores sociais desse estudo, o elemento “trabalho” apareceu frequentemente nos depoimentos dos escolares adolescentes, pois a concepção é que através do trabalho eles poderão obter todos os seus anseios materiais, além de poderem contribuir em casa com as despesas, desejo de liberdade e

independência financeira, sensação e imaginação de poder, que lhe é conferido a partir do trabalho, influenciando na QV dos mesmos.

No entanto, assumir uma responsabilidade de emprego no período da adolescência possui suas vantagens, pois possibilita o crescimento enquanto pessoa dotada de responsabilidades com possibilidade de ascensão na função que exerce, melhorando a auto estima favorecendo as realizações pessoais através da superação de sua condição financeira atual (CROMACK, BURSZTYN, TURA, 2009). Mas, também, existem as desvantagens, que se traduzem em aspectos negativos para a QV dos estudantes adolescentes, como por exemplo, quando essa atividade profissional não puder ser exercida concomitantemente com outras atividades importantes e necessárias funções, como as atividades escolares, a convivência com a família, o lazer, entre outras (OLIVEIRA et al, 2005; OLIVEIRA et al, 2006; OLIVEIRA et al, 2010).

Podemos argumentar a partir das falas dos adolescentes que a percepção da QV relacionada a categoria trabalho, em si, é pela possibilidade dos mesmos terem dinheiro próprio, podendo contribuir nos gastos com o consumo em suas casas, o que lhes conferem a sensação de independência, podendo também adquirir bens materiais, participar de festas, além do sentimento de valorização própria, que contribuirá para melhoria da auto-imagem.

#### **3.2.4.4 Subcategoria 4 – Moradia (DSECm)**

Tomando como referência os depoimentos dos participantes deste estudo, observa-se a sustentação para última subcategoria da Categoria *Dimensão Social, Econômica e Cultural*, que tem como título *Moradia*, sendo composta por 9 unidades de análises que trazem percepções, desejos e anseios dos adolescentes sobre a relação da QV com uma vida saudável e feliz.

[...] ter uma casa, levar uma vida saudável, feliz, com saúde, sem preocupação, uma vida em que a gente se sinta feliz (1) [...] viver num bom lugar, com os entes queridos (2) ter uma moradia, estudar, e ter muita saúde (1) [...] uma pessoa que vive tranquilamente em sua casa (1) [...] morar em um bom lugar (1) [...] se ter QV e saúde é morar de aluguel, em frente a um esgoto, eu tenho e muita (1) [...] saúde é tudo que precisamos para construir

uma boa casa, e ter uma vida longa e bastante tranquila (1) [...] na minha casa não temos conforto nenhum, é o básico mesmo (1) [...]

A perspectiva dos escolares em relação à QV apresenta aspectos positivos e negativos, no que diz respeito às expectativas de vida em relação aos elementos moradia e habitação, onde podemos observar que os mesmos pretendem ter uma vida feliz, harmoniosa, no lar, com uma boa casa, vivendo tranquilamente com suas famílias. Quanto aos impactos que agem negativamente na QV dos adolescentes, referidos pelos mesmos, dizem respeito às condições atuais de suas residências, onde afirmam que moram em lugares sem saneamento básico e sem um conforto estável.

Portanto, morar em um lugar tranquilo, com clima ameno, seguro, sem riscos industriais, com água canalizada e bem tratada, energia elétrica, com acesso aos meios de comunicação e de tecnologia, sem violência humana, com escolas e serviços de saúde, lazer e práticas esportivas compõem o universo das percepções e vivências dos escolares adolescentes no que concerne a influência de uma boa residência e meio social na QV dos sujeitos (OLIVEIRA et al, 2010).

#### **4 CONCLUSÃO**

A construção do senso comum sobre o que vem a ser QV advém das unidades de análise contidas nas representações dos adolescentes escolares obtidas por meio da entrevista semi-estruturada, focada no eixo temático qualidade de vida. As representações específicas que foram proferidas pelos adolescentes em relação ao objeto QV configuram as variadas subjetividades sociais representadas pela caracterização cultural e histórica desses escolares.

Diante dos resultados do presente estudo, observa-se uma gama ampliada de explicações sobre a percepção sobre QV, variando desde visões limitadas ancoradas na dimensão biomédica, relacionando a qualidade de vida apenas a ausência de doenças, a dimensões mais alargadas. Percebemos que a promoção das condições da QV depende de diversos fatores, associando a hábitos saudáveis, incluindo alimentação, prática de atividades físicas, circunspecto com a saúde, comportamentos de risco, sexo protegido, e outros elementos que compuseram a dimensão social, econômica e cultural, numa

concepção expandida, percebendo a interface existente entre o meio ambiente e o homem.

Desse modo, levando-se em consideração o objetivo desse estudo e os resultados encontrados, podemos concluir que os atores sociais desta pesquisa compreendem a QV como sendo fruto de diversos fatores que agem nas dimensões inerentes ao ser humano, como a dimensão social, ecológica, biológica e econômica, apontando para a necessidade de desenvolvimento de ações contínuas para a prevenção de doenças e promoção da saúde da coletividade.

## 5 REFERÊNCIAS

ABRIC, J.C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P; OLIVEIRA, D. C. (Orgs.). **Estudos interdisciplinares de Representação Social**. p. 27-38, Goiânia: AB, 2000.

ALMEIDA, M. A. B.; GUTIERREZ, G. L.; MARQUES, R. **Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas, de pesquisa**. 142p. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades – EACH/USP, 2012.

ANDRADRE, S. S. C. A. et al. Relação entre violência física, consumo de álcool e outras drogas e bullying entre adolescentes escolares brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 9, 2012.

ANDRADE-BARBOSA, T. L. et al. Perfil do estilo de vida individual dos estudantes de um curso técnico de enfermagem do norte de Minas Gerais. **Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental**, v. 4, n.1, 2012.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2011.

BENINCASA, M. **Avaliação da qualidade de vida e uso de drogas em adolescentes no município de São Paulo**. 333p. Tese (Doutorado em Psicologia). São Paulo: USP, 2010.

BENINCASA, M.; REZENDE, M. M.; CONIARIC, J. Sexo desprotegido e adolescência: fatores de risco e de proteção. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 10, n. 2, 2008.

BERLIM, M. T.; FLECK, M. P. Quality of life: a brand new concept for research and practice in psychiatry. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo: v. 25, n. 4, p. 249-252, 2003.

BOSI, M. L. M. Productivity and academic assessment in Brazil: Challenges for Qualitative Health Research. **International Journal of Leadership in Education**, v. 15, 2012.

BRASIL. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção básica, 2 ed., Brasília: 2003.

BRASIL. Programa Nacional de DST e Aids. **Diretrizes para implantação do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas**. Brasília: MS, 2008.

CHAVEZ, L.; MIR, K.; CANINO, G. Starting from scratch: the development of the adolescent quality of life- mental health scale (AQOL-MHS). **Culture, Medicine and Psychiatry**, v. 36, n. 3, 2012.

CLEGERT, S. **Adolescência: a crise necessária**. Rio de Janeiro: Rocco editora, 2004.

COLL, C. V. N.; AMORIM, T.; HALLAL, P. R. C. Percepção populacional referente à influência da mídia no estilo de vida. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v. 15, n. 2, 2010.

COSTA, M. C. G. et al. As ações do serviço de saúde voltadas para o âmbito individual e pouco coletivo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, 2012.

COSTA, L. C. F.; VASCONCELOS, F. A. G.; CORSO, A. C. T. Fatores associados ao consumo adequado de frutas e hortaliças em escolares de Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 6, 2012.

CROMACK, L. M. F.; BURSZTYN, I; TURA, L. F. R. O olhar do adolescente sobre saúde: um estudo de representações sociais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n. 2, 2009.

DELFINO, M. R. R. et al. Repercussões do processo de ensinar-aprender em serviços de saúde na qualidade de vida dos usuários. **Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro: v. 10, n. 2, 2012.

ENSKÅR, K.; BERTERO, C. Young adult survivors of childhood cancer: experiences affecting self-image, relationships, and present life. **Cancer Nursing**, v. 33, n. 1, 2010.

FARIAS JUNIOR, J. C. et al. Prática de atividade física e fatores associados em adolescentes do Nordeste brasileiro. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 3, 2012.

FLAUSINO, N. H. et al. Estilo de vida de adolescentes de uma escola pública e de uma particular. **Revista Mineira de Educação Física**, Edição Especial, n. 1, 2012.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, jan. 2008, p. 17-27.



GORDIA, A. P. **Associação da atividade física, consumo de álcool e índice de massa corporal com a qualidade de vida de adolescentes**. 181p. Dissertação (Mestrado em Educação Física). Curitiba: UFPR, 2008.

GORDIA, A. P. et al. Domínio físico da qualidade de vida entre adolescentes: associação com atividade física e sexo. **Revista Salud Publica**, v. 11, n. 1, 2009.

GORDIA, A. P. et. al. Qualidade de vida: contexto histórico, definição, avaliação e fatores associados. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**. v. 3, n. 1, 2011.

GORELICK, M. H.; BROUSSEAU, D. C.; STEVENS, M. W. Validity and responsiveness of a brief, asthma-specific quality-of-life instrument in children with acute asthma. **Annals of Allergy and Asthma Immunology**. v. 92, n. 1, 2004.

HALLAL, P. C. et al. Adolescent physical activity and health: a systematic review. **Sports Medicine**, v. 36, n. 12, 2006.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar**. Ministério da Saúde. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Rio de Janeiro, 2009.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Sinopse do Censo Demográfico 2010: características da população e dos domicílios**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

IZUTSU, T. et al. Mental health, quality of life, nutritional status of adolescents in Dhaka, Bangladesh: comparison between an urban slum and a non-slum area. **Social Science and Medicine**. v. 63, n. 6, 2006.

JODELET, D. **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EDUERJ; 2001.

LIMA, C. H. F. **Avaliação da qualidade de vida de crianças do ensino fundamental da rede pública de São José da Barra**. 86p. Dissertação (Mestrado em Promoção de Saúde). Franca: Unifranca, 2010.

LIMA, M. R. C.; LIMA, J. M. As culturas juvenis e a cultura corporal de movimento: em busca de interlocução. **Revista Teias**, v. 13, n. 27, 2012.

LOMBARDO, M. S.; POPIM, R. C.; SUMAN, A. L. Da onipotência ao desgaste: as perspectivas do adolescente em quimioterapia. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 3, 2011.

MALBERGIER, A.; CARDOSO, L. R. D.; AMARAL, R. A. Uso de substâncias na adolescência e problemas familiares. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 4, 2012.

MATIAS, E. O. et al. Uso de tecnologias educativas para promoção da saúde na adolescência: abordagem freireana. **Revista de Enfermagem da UFPI**, v. 1, n. 2, 2012.

- MATTEVI, B. S. et al. Quality of care, quality of life, and attitudes toward disabilities: perspectives from a qualitative focus group study in Porto Alegre, Brazil. **Pan American Journal of Public Health** (impressa), v. 31, 2012.
- MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva** (Impresso), v. 17, n. 3, 2012.
- MINAYO, M. C. S.; DELANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Editora Vozes, 2012.
- MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Traduzido do inglês por Pedronho A. Guareschi. 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. **Revista Saúde.com**, v. 5, n. 1, 2009.
- NOGUEIRA, A. L. A. et al. Funcionalidade de famílias de adolescentes de escolas públicas: uma abordagem descritiva. **Cogitare Enfermagem**, v. 17, n. 2, 2012.
- OLIVEIRA, D. C. et al. A Positividade e a Negatividade do Trabalho nas Representações Sociais de Adolescentes. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 18, n. 1, 2005.
- OLIVEIRA, D. C. et al. Representações sociais do trabalho: uma análise comparativa entre jovens trabalhadores e não trabalhadores. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 3, 2010.
- OLIVEIRA, D. C. et al. Cotidiano e adolescência: representações e práticas de trabalho, escola, relacionamentos interpessoais e futuro. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 14, n. 2006.
- OMS. Organización Mundial de la Salud. **Documentos básicos**. Edição 26, Genebra: 1976.
- OZELLA, S.; AGUIAR, W. M. J. Desmistificando a concepção de adolescência. **Cadernos de Pesquisa**, v. 38, n. 133, 2008.
- PEREIRA, C. H. **Aptidão física relacionada a saúde, qualidade de vida e inclusão social de adolescentes participantes das vilas olímpicas da cidade de Fortaleza, Ceará**. 93 p. Dissertação (Mestrado em Educação Física). Brasília: UNB, 2012.
- PINSKY, I.; PAVARINO FILHO, R. V. A apologia do consumo de bebidas alcoólicas e da velocidade de trânsito no Brasil: considerações sobre a propaganda de dois problemas de saúde pública. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 29, n. 1, 2007.
- 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. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, 2009.

ROMAN, B. et al. How many children and adolescents in Spain comply with the recommendations on physical activity? **Journal Sports Medicine Physical Fitness**, v. 48, n. 3, 2008.

SALES, Z. N. **Representações sociais do cuidado no diabetes mellitus**. Tese (Doutorado em Enfermagem). Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2003.

SANTOS, M. A.; PRATTA, E. M. M. Adolescência e uso de drogas à luz da psicanálise: sofrimento e êxtase na passagem. **Tempo psicanalítico**, v. 44, n. 1, 2012.

SILVA, A. C. **O ser saudável nas representações sociais entre adolescentes**. 138 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde), Jequié: UESB, 2011.

SILVA, R. A. et al. Bem-estar psicológico e adolescência: fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 5, 2007.

SILVA, S. E. D. et al. Representações sociais de adolescentes sobre o consumo de álcool: implicações do relacionamento familiar. **Psicologia e Saber Social**, v. 1, n. 1, 2012a.

SILVA, L. M. et al. Representações sociais sobre qualidade de vida para idosos. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre: v. 33, n. 1, 2012b.

SILVA, J. G.; TEIXEIRA, M. L. O.; FERREIRA, M. A. Alimentação e saúde: sentidos atribuídos por adolescentes. **Escola Anna Nery**, v. 16, n. 1, 2012.

SOUZA, L. D. M. et al. Bem-estar psicológico de jovens de 18 a 24 anos: fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 6, 2012a.

SOUZA, P. L. et al. Projetos PET-Saúde e Educando para a Saúde: Construindo Saberes e Práticas. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 172, n. 36 (Supl. 1), 2012b.

TOBLER, A. L.; KOMRO, K. A. Trajectories of parental monitoring and communication and effects on drug use among urban young adolescents. **Journal Adolescent Health**, v. 46, n. 3, 2010.

WHO. **Child and adolescent health and development**. World Health Organization, Geneva: 2004.

## 5.2 MANUSCRITO 02 - ESTRUTURA REPRESENTACIONAL DE ADOLESCENTES SOBRE QUALIDADE DE VIDA<sup>3</sup>

Ramon Missias Moreira<sup>4</sup>

Eduardo Nagib Boery<sup>5</sup>

### RESUMO

Este estudo objetivou descrever os conteúdos e analisar comparativamente a estrutura das representações sociais de adolescentes sobre sua qualidade de vida. Trata de uma pesquisa descritiva, quantitativa, com referencial no Núcleo Central da Teoria das Representações Sociais. Foram entrevistados 316 adolescentes das 3 maiores escolas públicas do Município de Jequié-BA. Foi utilizado como instrumento de coleta o Teste de Associação Livre de Palavras, através do termo indutor “Qualidade de Vida”, cujas evocações foram processadas pelo Evoc 2003, gerando o Quadro de Quatro Casas. Teve como resultados: o núcleo central da representação (alimentação saudável, atividade física, dinheiro e sexo), a 1ª periferia (ausência de doença, camisinha, liberdade, maconha, moradia, trabalho e viver bem), os elementos de contraste (bem-estar e futebol) e a 2ª periferia (dificuldade, família, paz e poder). Compreendeu-se que os adolescentes associam sua qualidade de vida à prática desportiva e outros hábitos de vida saudáveis, estando influenciados pelos desejos, curiosidades e prazeres da adolescência.

Descritores: Percepção Social; Qualidade de Vida; Adolescente; Saúde; Assunção de Risco.

### ABSTRACT

The objective of this study was to describe the contents and to analyze comparatively the structure of social representations of teenagers about their quality of life. This is a descriptive and quantitative study, with referential in the Central Nucleus of Social Representations Theory. Were interviewed 316 adolescents from the 3 largest public schools of the city of Jequié-BA. Was used as a data collection instrument the Free Word Association Test, through the inductive term "Quality of Life", whose evocations were processed by Evoc 2003, generating the Table of Four Houses. The results evidenced: the central nucleus of representation (healthy eating, physical activity, money and sex), the 1st periphery (absence of disease, condoms, liberty, weed, housing, work and live well), the contrasting elements (well-being and football) and the 2nd periphery (difficulty, family, peace and power). It was understood that adolescents associate their quality of life to sports and other healthy lifestyle habits, being influenced by the desires and curiosities and pleasures of adolescence.

**Descriptors:** Social Perception, Quality of Life, Adolescent, Health, Adolescent Behavior; Risk-Taking.

<sup>3</sup> Extraído da dissertação "Qualidade de vida e saúde de adolescentes: um estudo de representações sociais", Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da UESB, 2012.

<sup>4</sup> Educador Físico. Mestre em Enfermagem e Saúde pela UESB. Bolsista de Pesquisa da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior-CAPES. Pesquisador colaborador do Grupo de Pesquisa Saúde e Qualidade de Vida/CNPq/UESB. E-mail: ramonefisica@hotmail.com

<sup>5</sup> Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor Titular do Departamento de Saúde da UESB. Diretor Científico da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia – FAPESB. Líder do Grupo de Pesquisa Saúde e Qualidade de Vida/CNPq/UESB E-mail: eboery@uesb.edu.br

## **1 INTRODUÇÃO**

Este estudo direciona sua atenção às Representações Sociais de adolescentes sobre sua Qualidade de Vida, os quais são atores sociais envolvidos num processo de mudanças que condicionarão sua conduta na fase adulta. A fase da adolescência é caracterizada por diversas alterações no corpo, no modo de ser, pensar e agir do adolescente. É verificada principalmente pelo início da puberdade, sendo que a delimitação final desse estágio, tanto na teoria como na prática, não permite critérios rígidos.

A adolescência é marcada por mudanças biológicas, sociais e de comportamento, as quais afetam de forma significativa os hábitos alimentares (CAMELO; RODRIGUES; BARRETO, 2012), a relações sociais, familiares, culturais e espirituais, e, de certa maneira, de (des)entendimento com o seu próprio eu. Trata de uma fase de aquisição de hábitos de vida saudáveis e de exposição a diversas situações de risco, de onde podem advir sérias consequências para o seu futuro (IBGE, 2009; ANDRADE, 2012).

Nessa perspectiva, considerando que a qualidade de vida das populações é um tema amplamente discutido na atualidade, por este motivo surgiu a necessidade de realizar este estudo relacionando-a aos adolescentes. Trata de um grupo de pertença vulnerável e influenciável e o estabelecimento desse diagnóstico situacional poderá contribuir para o planejamento de ações no âmbito da avaliação e promoção da educação em saúde, com a conseqüente melhoria da sua qualidade de vida.

Considerando os pressupostos descritos anteriormente, este estudo teve como objetivos descrever os conteúdos e analisar comparativamente a estrutura das representações sociais dos adolescentes sobre sua qualidade de vida.

## **2 MÉTODO**

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem quantitativa (MINAYO; DELANDES; GOMES, 2012) que teve como referencial o Núcleo Central (ABRIC, 2000) da Teoria das Representações Sociais (MOSCOVICI, 1976). Essa abordagem estrutural, ou Teoria do Núcleo Central, enfatiza a dimensão cognitivo-estrutural das representações sociais, visto que esta se organiza em torno de um núcleo central que

determina, ao mesmo tempo, sua significação e organização interna configurando solidez e sustentação à representação (MOSCOVICI, 1976; SALES, 2003; ABRIC, 2005).

O *locus* do estudo foram as três maiores escolas públicas estaduais (E1, E2, E3) do município de Jequié-BA. A escolha por este cenário justifica-se pela localização geográfica centralizada destas escolas, e por elas representarem o maior polo educacional da microrregião de Jequié, atendendo à demanda de alunos da maioria dos bairros da cidade, além daqueles oriundos de municípios circunvizinhos.

Os atores sociais que atuaram como informantes da pesquisa foram os estudantes adolescentes, na faixa etária dos 13 aos 19 anos, regularmente matriculados e cursando o ensino médio, dos turnos matutino e vespertino das escolas supracitadas. Após levantamento do número de alunos matriculados nessas instituições, foram identificados 1.161 estudantes adolescentes, constituindo-se assim a população deste estudo. O cálculo amostral foi realizado através do software Epi Info, versão 3.5.3.0.

Para a população encontrada, considerando uma prevalência esperada de qualidade de vida global de 64% (SAUPE et al, 2004), estabelecendo uma precisão de erro de 5%, com um nível de confiança de 95%, foi determinada uma amostra de 272 informantes. Por conseguinte, considerou-se a adição de um reajuste amostral de 20% em decorrência da perda amostral prevista, totalizando a amostra em 327 informantes.

A pesquisa foi realizada no período entre setembro de 2011 a julho de 2012. Para tanto, foram realizadas 2 tentativas de busca para cada informante e aqueles que não foram encontrados, obedecendo rigorosamente aos critérios de substituição, na referida ordem estipulada, enquadraram-se como perda amostral, totalizando 11 adolescentes. Sendo assim, foram entrevistados 316 sujeitos da amostra.

Como técnica de coleta de dados foi utilizado o Teste de Evocação Livre de Palavras (VERGÈS, 2002; SALES, 2003; ABRIC, 2005), a partir do termo indutor: “O que lhe vem em mente quando eu digo qualidade de vida?”. Os informantes foram orientados a evocar as 5 primeiras palavras que lhes viessem imediatamente à mente, após dado o estímulo indutor (GOMES; OLIVEIRA; SÁ, 2008). Depois, que eles foram solicitados a enumerar de 1 à 5 essas palavras, por ordem de maior para a de menor importância.

Antes da aplicação do teste proposto, foi utilizado um estímulo indutor aleatório com os participantes com o intuito de esclarecer o procedimento a ser aplicado. Após a certeza de que os mesmos tinham entendido como funcionava o teste, deu-se prosseguimento com o termo referente ao objeto deste estudo (BOTELHO, 2012).

Os dados advindos desse instrumento foram processados pelo *software* EVOC (VERGÈS, 2002), versão 2003. Desses dados foi construído um dicionário de vocábulos adjetivos para o estímulo indutor. Em seguida, procedeu-se a uma análise semântica de conteúdos para codificação e introdução dos dados no Evoc 2003.

Considerou-se que os termos que atendessem, ao mesmo tempo, aos critérios de evocação com maior frequência e nos primeiros lugares, teriam uma maior importância no esquema cognitivo do entrevistado, ou seja, se configurariam como os núcleos centrais das suas representações sobre qualidade de vida. Os dados foram organizados de acordo com a técnica de distribuição dos termos produzidos num Quadro de Quatro Casas (VERGÈS, 2002).

Este estudo faz parte de um projeto de dissertação que foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (CEP/UESB), sob protocolo nº 146/2010, obtendo parecer favorável para realização da pesquisa, atendendo à Resolução 196, de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde por se tratar de pesquisa envolvendo seres humanos. O teste só foi iniciado após os sujeitos assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE; aqueles que eram menores de idade só participaram após a apresentação do termo assinado por um responsável.

### **3 RESULTADOS**

De acordo com a caracterização dos atores sociais deste estudo (Tabela 01), observou-se que a maioria é do sexo feminino, correspondendo a 56,3% da amostra. A idade dos púberes variou entre 13 e 19 anos, sendo que a faixa etária com maior incidência foi de 16 a 17 anos (46,2%).

**Tabela 01** – Distribuição das variáveis sociodemográficas da amostra estudada dos adolescentes: sexo, idade, raça, escolaridade, turno de estudo e local de estudo. Jequié/BA, 2012.

VARIÁVEL	CONDIÇÃO	FREQUÊNCIA	
		Nº	%
<b>Sexo</b>	Masculino	138	43,7
	Feminino	178	56,3
<b>Idade</b>	13-15	131	41,5
	16-17	146	46,2
	18-19	39	12,3
<b>Raça</b>	Branca	70	22,2
	Negra	105	33,2
	Parda	141	44,6
<b>Escolaridade</b>	1º ano do ensino médio	176	55,7
	2º ano do ensino médio	85	26,9
	3º ano do ensino médio	55	17,4
<b>Turno de Estudo</b>	Matutino	187	59,2
	Vespertino	129	40,8

Quanto à raça dos sujeitos participantes, que foi determinada pelos próprios adolescentes, houve um maior número de pardos (44,6%), nesse quesito é válido ressaltar que visualmente, nos momentos de coleta dos dados, era perceptível que a maioria dos alunos era composta de negros, porém infere-se que os mesmos encontram-se confusos sobre essa definição e, também, devido ao grande problema de identidade racial que é enfrentado diariamente pelos adolescentes, o que perpassa pela questão da autoestima (SILVA, 2010; SOUZA, 2012).

Todos os adolescentes cursam o ensino médio, onde a maioria dos escolares envolvidos na pesquisa está matriculada no 1º ano (55,7%) do nível médio. Ainda, no que diz respeito ao turno de estudo, a maioria dos adolescentes (59,2%) estudam no turno matutino.

A Tabela 02, apresentada a seguir, dispõe a distribuição dos estudantes adolescentes por pólo de produção de dados, descrevendo a população e a porcentagem após o sorteio sistematizado da amostra.



**Tabela 02** – Distribuição da amostra dos adolescentes por escolas, após a coleta dos dados. Jequié, Bahia, Brasil, 2012.

COLÉGIO	POPULAÇÃO	AMOSTRA	
	(N)	N	%
Escola 1	546	151	47,8
Escola 2	340	92	29,1
Escola 3	275	73	23,1
<b>TOTAL</b>	<b>1161</b>	<b>316</b>	<b>100</b>

Observa-se na Tabela 02 que a maior parte dos informantes sorteados (47,8%) estuda na Escola 1, o que se justifica pela mesma possuir um maior número de adolescentes matriculados e cursando regularmente o nível médio. Torna-se premente ressaltar que os sujeitos tiveram a mesma probabilidade de participar do estudo, tendo isso sido garantido pelo sorteio amostral sistematizado. Neste estudo, obteve-se 3,4% de perda amostral (n=11), devido a 3 recusas de participação, sendo que os outros 8 sujeitos restantes estiveram ausentes nas tentativas de busca.

A síntese dos resultados trazida pelo Quadro 01 foi elaborada a partir da análise do *corpus* formado pelas evocações dos 316 sujeitos sociais pesquisados. Percebeu-se que o processo de aplicação do Teste da Associação Livre de Palavras obteve êxito, tendo sido elaboradas 1549 evocações que, após aproximação por semelhança semântica, resultou em 66 palavras ou expressões diferentes entre si, apresentando média da ordem de evocação, ou seja, o *rang*, igual a 3, numa escala de 1 a 5.

**Quadro 01** – Síntese dos resultados do Teste de Associação Livre de Palavras ao estímulo indutor “Qualidade de Vida” em adolescentes do município de Jequié, Bahia, Brasil, 2012.

<b>TESTE DE ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS</b>	
<b>SÍNTESE</b>	<b>Nº</b>
Número de informantes	316
Número total de palavras evocadas	1549
Número de palavras diferentes	66
Ponto de corte	34
Frequência média de evocações	52
Ordem média de evocações	3
Número de evocações desprezadas	672
<b>NÚMERO TOTAL DE EVOCAÇÕES ANALISADAS</b>	<b>17</b>

Do score global de evocações foram desprezadas da análise final 672 palavras por terem sido evocadas com frequência mínima abaixo do ponto de corte estabelecido neste estudo, que é igual a 34, conferindo estabilidade aos termos processados. Sendo assim, através do jogo de oposição de palavras e limpeza do *corpus*, das 66 expressões distintas foram analisadas 17; a frequência média foi de 52.

Destarte, através do segmento RANGMOT do EVOC 2003, que classifica as palavras em afluências léxicas e de acordo com a ocorrência das evocações, com base no cálculo das frequências simples e acumuladas, foi possível elaborar a Tabela 03, abaixo, a qual dispõe as 17 palavras evocadas com maior frequência, na ordem da 1ª à 5ª evocação.

**Tabela 03** – Associação do estímulo indutor “Qualidade de Vida”, por ordem de evocação, em 316 adolescentes de Jequié, Bahia, Brasil, 2012.

Palavras Evocadas	Ordem da Evocação					Frequência de Evocação	OME <sup>6</sup>
	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>		
Alimentação saudável	39	35	-	-	-	74	1,47
Atividade física	40	27	-	-	2	69	1,51
Ausência de doença	1	6	23	13	13	56	3,55
Bem-estar	6	16	3	9	-	34	2,44
Camisinha	5	10	12	14	14	55	3,40
Dificuldade	8	5	3	5	13	34	3,29
Dinheiro	46	13	-	-	4	63	1,46
Família	4	1	7	7	15	34	3,82
Futebol	10	8	3	8	6	35	2,77
Liberdade	9	15	11	12	11	58	3,02
Maconha	1	1	41	12	3	58	3,26
Moradia	3	9	17	20	12	61	3,48
Paz	2	4	16	9	5	36	3,31
Poder	7	5	6	4	12	34	3,27
Sexo	42	16	-	-	-	58	1,28
Trabalho	2	4	25	15	16	62	3,61
Viver bem	-	10	12	19	15	56	3,70
<b>TOTAL</b>	<b>225</b>	<b>185</b>	<b>179</b>	<b>147</b>	<b>141</b>	<b>877</b>	<b>--</b>

Os resultados apresentados na Tabela 03 permitiram uma avaliação estatística dos dados referentes à frequência (importância de contribuição das modalidades na construção dos fatores), e representam graficamente as variações semânticas na organização do campo espacial das evocações.

<sup>6</sup> OME = Ordem média de evocação.

Estabelecida a categorização, por intermédio da agregação semântica, e com a supressão depois da limpeza dos termos insignificantes, o *corpus* teve como tripé 877 palavras, equivalendo a 56,6% dos termos evocados. Ainda como se observa na Tabela 03, a frequência total dos termos varia da zona de 1 a 5, decrescendo de 225 para 141.

De posse desses dados, e considerando o relatório TABRGFR emitido no processamento do EVOC 2003, foi elaborado o Quadro de Quatro Casas (VERGÈS, 2002) –Quadro 02, o qual expressa o conteúdo e a estrutura das representações sociais do fenômeno estudado. Para a construção desse quadro foi considerada a frequência total das palavras evocadas e sua média simples; e a frequência ponderada da ordem das evocações (SÁ, 2002; OLIVEIRA et al, 2005a; PONTES, 2009), estabelecida pela divisão do número de palavras inversamente acumuladas calculadas pelo somatório do número de palavras até ponto de corte 34 na ordem inversa.

**Quadro 02** – Esquema figurativo do Quadro de Quatro Casas ao estímulo indutor “Qualidade de Vida” em 316 adolescentes do Município de Jequié, Bahia, Brasil, 2012. RANG: 3; Frequência mínima: 34; Frequência média: 52.

<b>NÚCLEO CENTRAL</b>			<b>PRIMEIRA PERIFERIA</b>		
Frequência Média $\geq$ 52	OME < 3		Frequência Média $\geq$ 52	OME $\geq$ 3	
	Freq.	OM E		Freq.	OME
Alimentação saudável	74	1,47	Ausência de doença	56	3,55
Atividade física	69	1,51	Camisinha	55	3,40
Dinheiro	63	1,46	Liberdade	58	3,02
Sexo	58	1,28	Maconha	58	3,26
			Moradia	61	3,48
			Trabalho	62	3,63
			Viver bem	56	3,70
<b>ZONA DE CONTRASTE</b>			<b>SEGUNDA PERIFERIA</b>		
Frequência Média < 52	OME < 3		Frequência Média < 52	OME $\geq$ 3	
	Freq.	OM E		Freq.	OME
Bem-estar	34	2,44	Dificuldade	34	3,29
Futebol	35	2,77	Família	34	3,82
			Paz	36	3,31
			Poder	34	3,27

Para a interpretação dos resultados adotou-se a abordagem proposta por Abric (1994), Sá (2002) e Oliveira (2005) de que os termos que atendessem, ao mesmo tempo, aos critérios de evocação com maior frequência e nos primeiros lugares, ou seja, ordem hierarquizada, supostamente teriam uma maior importância no esquema cognitivo do sujeito, ou seja, se configurariam como hipótese de núcleo central da representação social.

No Quadro 02 apresentado anteriormente se distingue quatro importantes elementos para a apreensão das representações sociais dos adolescentes sobre sua qualidade de vida. Nesse sentido, é constituído pelo núcleo central (quadrante superior esquerdo); pelos elementos intermediários, quais sejam a 1ª periferia (quadrante superior direito), os elementos de contraste (quadrante inferior esquerdo); e os elementos periféricos da representação ou 2ª periferia (quadrante inferior direito) (OLIVEIRA, 2005; PONTES, 2009; BOTELHO, 2012).

Para efeito deste estudo, o Quadro 02 foi analisado descritivamente, estabelecendo a correlação dos termos evocados com a abordagem estrutural da Teoria do Núcleo Central, e permitindo a compreensão da organização e estrutura da representação (SÁ, 2002). As evocações que aparecem no quadrante superior esquerdo são aquelas mais significativas para o sujeito e têm grande probabilidade de se configurarem como o núcleo central da representação (SÁ, 2002; OLIVEIRA et al, 2005a; PONTES, 2009) dos adolescentes pesquisados, a saber: alimentação saudável, atividade física, dinheiro, e sexo.

Ademais, as palavras ausência de doença, camisinha, liberdade, maconha, moradia, trabalho e viver bem, situados no quadrante superior direito, constituem a 1ª periferia da representação social, sendo considerados os léxicos periféricos mais importantes pela alta frequência de evocação. Aqueles localizados no quadrante inferior esquerdo, bem-estar e futebol, seriam os elementos de contraste e são menos frequentes, mas são importantes para os adolescentes, sustentando a solidez do núcleo central. Já os termos do quadrante inferior direito (dificuldade, família, paz e poder) seriam os elementos mais claramente periféricos e menos frequentes e importantes.

Neste estudo, tornou-se possível captar as dimensões do que tem se evidenciado como núcleo central ao se pensar a qualidade de vida de adolescentes. Segundos esses

atores sociais, para ter uma boa qualidade de vida, na fase em que estão vivenciando, é necessário ter uma alimentação saudável, que pode ser caracterizada por práticas alimentares com a ingestão de verduras, legumes, frutas e outros alimentos, e excluindo-se as frituras, sanduíches, refrigerantes e demais alimentos que podem, de alguma forma, prejudicar o seu processo de saúde/doença.

Além disso, os resultados demonstraram que a prática de atividade física está relacionada à melhoria da qualidade de vida dos adolescentes. Essas práticas, como hábitos de vida saudáveis, têm efeitos e benefícios na sua qualidade de vida, pois, além de combater os danos causados à saúde pela maneira como vivem, podem reduzir os níveis de ansiedade, estresse e depressão, o humor, o aumento do bem-estar físico e psicológico, a auto-estima, o rendimento nos estudos e nas demais atividades da sua vida diária, influenciando positivamente na sua qualidade de vida.

Entretanto, como observado nas evocações dos sujeitos pesquisados, os recursos financeiros, aqui representados como dinheiro, são necessários para a adoção desses hábitos, permitindo-lhes ter um bom estilo de vida e satisfazer as suas necessidades humanas básicas e saudáveis.

Evidenciou-se ainda, diante dos resultados apresentados, que as representações sociais dos adolescentes sobre sua qualidade de vida está relacionada à prática de sexo. Esse pensamento é característico dessa fase de desenvolvimento, seja pelo motivo do corpo assumir novas funções sexuais, pelo desenvolvimento mental, pelas questões hormonais na puberdade, pelas relações afetivas, pelo ato de desafiar, pela curiosidade, pelo prazer exacerbado ou pela constante sensação de onipotência, de superar obstáculos e de provar o desconhecido.

No presente estudo, as palavras que foram apreendidas no primeiro sistema periférico foram: ausência de doença, camisinha, liberdade, maconha, moradia, trabalho e viver bem. Estas palavras reforçam os elementos centrais e são consideradas os elementos periféricos, flexíveis e tangíveis, com maior importância atribuída pelos adolescentes entrevistados.

Assim, para esses adolescentes, a qualidade de vida está relacionada às suas condições de saúde, de moradia e de vida. Isso pode ser traduzido no anseio de habitar um lugar saudável, dotado dos recursos necessários para se viver bem e com

dignidade, tais como ter acesso à água tratada, energia elétrica e saneamento básico. Dessa maneira, tornar-se-ia um lar mais sossegado e seguro, habitável, capaz de diminuir os riscos de adoecer e de proporcionar espaço para o lazer e bem-estar.

Mais uma vez a prática sexual é reforçada nas representações dos adolescentes sobre a qualidade de vida através da palavra *camisinha*, podendo estar relacionada tanto pela anticoncepção ou à prevenção da AIDS e demais Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST. As relações sexuais na adolescência tendem a serem iniciadas cada vez mais precocemente, sendo que muitas vezes os jovens são pressionados pelo próprio grupo social no qual estão inseridos. Assim, no momento de aflição, prazer, coragem, desejo, tabus, desconforto e desafio, muitas vezes o uso do preservativo é desconsiderado, expondo os adolescentes a situações de risco diversas.

Compreendeu-se ainda, através da elevada frequência da evocação da palavra *maconha*, que os adolescentes vêm no consumo dessa droga ilícita uma possibilidade de fuga da realidade e dos conflitos, internos e externos, que vivenciam, tais como a experimentação sexual precoce, a impulsividade, o comportamento às vezes anti-social, a baixa autoestima, os conflitos intrafamiliares, a busca da independência e identidade, a liberdade de expressão, a tendência à indisciplina e desorganização, a busca por aventuras, etc.

Marcante nas representações sociais da qualidade de vida entre adolescentes é a presença da evocação do léxico *trabalho*, o que pode ser explicado por ser a maneira que eles têm de adquirir sua independência, e, conseqüentemente, ter financeiramente o seu sustento próprio e até mesmo da sua família, além da sensação de liberdade que o dinheiro pode lhe oferecer, e da sensação de poder que isso pode lhe conferir.

Ainda nessa perspectiva da abordagem estrutural, observou-se que as palavras *bem-estar* e *futebol* são elementos de menor frequência e maior importância na cognição do pensamento dos adolescentes a respeito da qualidade de vida. Por conseguinte, apresentam estreita ligação com os elementos do núcleo central, à medida que o futebol é considerado uma modalidade de atividade física, ou uma possibilidade de trabalho, de predileção da maioria dos jovens e essa prática de atividade física, aliada à alimentação saudável e da posse de recursos financeiros suficientes para

manutenção das suas necessidades, pode garantir o seu bem-estar físico e mental, influenciando positivamente na sua qualidade de vida.

No que concerne à segunda periferia, compreendida pelas palavras dificuldade, família, paz e poder, observou-se que esses elementos são menos frequentes e menos importantes para os adolescentes nas suas representações sociais sobre qualidade de vida, apesar de terem a função de proteger o núcleo central e estarem mais prontamente associadas ao contexto imediato desses atores sociais, podendo configurar-se como a verdadeira periferia dessas representações. Isto posto, é notória a importância atribuída por eles à dificuldade para adquirir hábitos de vida saudáveis e de ter dinheiro, assim como a paz e sensação de poder que esses elementos podem proporcionar à sua vida e importância que o sexo e a família têm na concretude da sua qualidade de vida.

#### **4 DISCUSSÃO**

Compreende-se que a fase da adolescência é um período marcado por mudanças e transformações que condicionarão a vida dos jovens quando atingirem a fase adulta. Pode ser considerada como uma fase de transição ou, no sentido figurado, semelhante a um salto que se dá da infância para as responsabilidades do ser adulto.

Os adolescentes possuem uma realidade social bastante singular, caracterizando-se como um grupo de pertença com diversas formas de pensar, agir, ser e fazer do mundo e da vida um imaginário bastante diversificado, dotado de particularidades inerentes aos seus desejos, anseios e sonhos, entendendo esses fenômenos também de uma forma singular.

Segundo Silva et al (2012a) a fase da adolescência trata de produto do meio social no qual esses atores estão inseridos, visto que o contexto sócio-histórico é fator determinante das suas perspectivas e representações. Sendo assim, diversos são os aspectos e dimensões que se relacionam a esses fatores, tais como biopsicossociais, religiosos, de gênero, relação intrafamiliar e a interrelação do adolescente com a significação desses diferentes processos é que influenciarão o término da infância e a entrada na vida adulta.



Nessa perspectiva, apreender as representações sociais dos adolescentes sobre sua qualidade de vida requer a compreensão desses múltiplos fatores aos quais sua pertença está relacionada, atentando-se não apenas aos aspectos biológicos desse período de transição, assim como também, seus papéis, valores, crenças e atitudes.

A análise da estrutura das representações sociais sobre qualidade de vida entre adolescentes, obtida através da aplicação da técnica de associação livre de palavras, permitiu o conhecimento de como o senso comum apreende e difunde sua compreensão sobre o fenômeno estudado.

As evocações que emergiram na estrutura da representação deste estudo reforçam os resultados encontrados num estudo sobre as representações sociais de 753 adolescentes sobre sua saúde, entendendo a saúde como forma de manter hábitos de vida saudáveis, numa dimensão biomédica e no sentido de melhoria da sua qualidade de vida. Além disso, houve apenas uma modificação da localização de alguns elementos referidos, alternando entre o núcleo central e o sistema periférico (REIS; OLIVEIRA; GOMES, 2009).

As palavras bem-estar, viver bem, alimentação, trabalhar, atividade, esporte e doença no estudo de Reis, Oliveira e Gomes (2009) sugerem que, as representações dos adolescentes sobre saúde corroboram com a estrutura figurativa do pensamento dos adolescentes aqui pesquisados sobre sua qualidade de vida. Onde as dimensões dos hábitos de vida estão atreladas a comportamentos que resultam numa condição de saúde, estando relacionada a uma dimensão biomédica, interpretada como a ausência de doença (termo evocado neste estudo), e considerando que para se ter saúde e qualidade de vida é necessária a adoção de hábitos de vida saudáveis, sendo aqui sustentadas pelas evocações alimentação saudável e atividade física.

O Ministério da Saúde, no intuito de promover hábitos saudáveis visando à prevenção de doenças crônicas e a conseqüente melhoria da qualidade de vida dos brasileiros, dentre eles os adolescentes, implementou estratégias que direcionam atenção a este público, tais como o Programa Academia da Saúde, a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) e o Programa Saúde na Escola (PSE), que são iniciativas voltadas para o aumento da prática da atividade física e de cuidados à saúde (BLOCH; KUSCHNIR; SZKLO, 2012).

Ações como estas podem reduzir a incidência e prevalência de doenças e agravos transmissíveis, não transmissíveis e crônicos da fase adulta, visto que os adolescentes podem atuar como multiplicadores das ações de educação em saúde e, a partir da sua sensibilização, tornar-se-ão adultos saudáveis.

Ainda de posse dos elementos estruturais analisados neste estudo, compreendeu-se, por intermédio dos léxicos sexo e camisinha, que as representações da qualidade de vida na pertença dos adolescentes, está associada à iniciação e prática sexual, às vezes protegida. Esse achado coaduna com o estudo de Cromack, Bursztyn e Tura (2009), os quais evidenciaram que o adolescente relaciona sua saúde com seu corpo em transição e o início de sua vida sexual.

Um dos dilemas vivenciados na fase da adolescência é a iniciação sexual, considerada um marco na vida dos adolescentes. A primeira relação sexual tem iniciado cada vez mais precocemente, sendo que no Brasil, a idade média da iniciação sexual é de 14 anos para o sexo masculino e 15 para o feminino. Por conseguinte, ainda é preocupante a rejeição do uso do preservativo e os principais motivos que os adolescentes alegam para não fazerem uso se dá ora por não gostarem de usá-los, por incomodar durante o ato sexual, pela falta de destreza na colocação, por confiar no(a) parceiro(a) e a imprevisibilidade das relações sexuais (HUGO et al, 2011).

Comparativamente ao estudo de Cromack, Bursztyn e Tura (2009), quando os elementos ausência de doença, camisinha, viver bem, bem-estar e família aparecem no sistema periférico deste estudo, infere-se que as medidas de educação em saúde, de planejamento familiar, do Programa Saúde do Adolescente (PROSAD), dentre outras, recentemente veiculadas pelos serviços de saúde, e/ou através dos meios de comunicação de massa, quanto à prevenção da AIDS e de outras DST, acabaram influenciando no arranjo organizacional do sistema periférico da representação social da qualidade de vida dos adolescentes.

Ao estabelecer um paralelo com o estudo de Oliveira et al (2009) com 746 adolescentes de escolas públicas do Rio de Janeiro, que evocaram um total de 2.956 palavras associadas ao termo sexualidade, sendo que destas 253 eram diferentes, observou-se que os termos camisinha e transar aparecem no núcleo central, demonstrando que a prática sexual não está dissociada da prevenção. Entretanto, para a

pertença dos adolescentes pesquisados neste estudo, o sexo lhe confere qualidade de vida, porém, o uso do preservativo está localizado na primeira periferia do seu pensamento, reforçando a ideia de que a camisinha não está sendo utilizada rotineiramente nas suas práticas sexuais.

Contudo, depreende-se também que as evocações dos adolescentes sobre qualidade de vida apontam para um processo de transição entre os elementos da estrutura da organização das suas representações sociais sobre esse fenômeno, ultrapassando as barreiras da dimensão biológica, tornando-se um conteúdo mais atualizado, multidisciplinar, multidimensional e polissêmico.

Para Lindoso e Machado (2012) e Abric (2000) o subsistema periférico tem grande participação nesse processo de transformação das representações sociais, pois uma vez que seus componentes são mais acessíveis, vivos, concretos e relacionados à realidade imediata do sujeito, sendo assim, estão suscetíveis a um intercâmbio com a dinâmica social, justificando a forma como as práticas de educação em saúde interferem nessas representações, modificando a percepção e comportamentos de risco dos adolescentes.

Os resultados encontrados em estudos recentes demonstram que os adolescentes são atores sociais vulneráveis aos fatores externos e internos, podendo ser influenciáveis a outros comportamentos de risco além do sexo desprotegido (NARDI et al, 2012; LOPES et al, 2012). Ganha grande notoriedade o consumo de drogas ilícitas, neste estudo representadas pela evocação da palavra maconha na primeira periferia. Justifica-se por ser uma droga potencialmente estimulante e pela adolescência compreender um período de desafios, de desbravar o desconhecido, da curiosidade, da busca de aventuras e novas emoções, da inserção social e de autoafirmação de poder e popularidade entre os pares, das descobertas e dos enfrentamentos.

Em estudo desenvolvido por Giacomozzi et al (2012) detectou-se que a cannabis sativa, princípio ativo da maconha e haxixe, é a droga mais consumida no mundo, onde cerca de 4% da população mundial entre 15-64 anos faz uso. Com relação ao ser adolescente, evidenciou-se, na pesquisa supracitada, que o consumo de maconha e/ou drogas ilícitas e lícitas, tais como o álcool, parece atribuir poderes

ilimitados a esse grupo social. Na concepção dos adolescentes, essas drogas supririam ilusoriamente todos os seus desejos e anseios, tornando-os invulneráveis a quaisquer riscos e sofrimentos, imunizando-os contra o perigo, tais como a infecção pelas DST/AIDS.

Ao observar a estrutura representacional dos adolescentes, compreende-se que o desejo de independência financeira e o anseio de liberdade e de ir-vir-fazer-satisfazer suas necessidades pessoais, como sendo os próprios donos da razão e da decisão, foi expresso pelo termo dinheiro no núcleo central, e reforçado pelas evocações liberdade e trabalho na primeira periferia, tendo sido a família evocada na, menos frequente e menos importante, segunda periferia.

Esses resultados corroboram com a organização da estrutura da representação de adolescentes sobre o trabalho no estudo de Silva et al (2012b), no qual dinheiro compõe o núcleo central das representações sociais desse grupo de pertença. Além disso, os autores fizeram uma associação entre os elementos constituintes do sistema periférico, que foi formado pelas evocações salário, independência, ajudar a família e comprar, demonstrando que a inserção do adolescente no mercado de trabalho lhe confere autonomia, poder de decisão e aquisição de bens de consumo, atribuindo a esses adolescentes status social e representatividade no ambiente familiar e no grupo social onde está inserido.

Com relação à segunda periferia, aqui constituída pelos léxicos dificuldade, família, paz e poder, compreende-se que os adolescentes anseiam por mudanças nos seus hábitos e estilos de vida para melhoria da sua qualidade de vida, entretanto, nota-se que é um desejo individual, próprio da fase adolescente, onde a família está localizada na periferia distante da sua representação social, coadunando com o estudo de Oliveira et al (2005b). Comparativamente, neste estudo com os adolescentes de Jequié, na Bahia, esses atores sociais também estabeleceram uma dicotomia no seu pensamento, tendo à vezes dimensões positivas, neutras e negativas, equilibrando assim esses elementos periféricos distantes.

Nesse sentido, ao passo que o termo dificuldade remete aos aspectos sociais vivenciados (tais como o desemprego, a falta de recursos financeiros, a falta de redes de apoio), há uma necessidade, como no estudo de Oliveira et al (2005b), de sua

identificação com o adulto através do termo poder (conferindo-lhe representatividade como dito anteriormente), sendo a família o suporte para suprir as necessidades desses adolescentes e capaz de lhe proporcionar paz e melhoria da qualidade de vida.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assim, percebe-se neste estudo que adolescentes associam a sua qualidade de vida à prática desportiva e outros hábitos de vida saudáveis, estando influenciados pelos desejos, curiosidades e prazeres da adolescência, através do sexo, futebol e uso de drogas. Referindo dificuldade para conquistar os meios capazes de lhes proporcionar o seu bem-estar. Contudo, vêem no trabalho uma maneira de prover os recursos necessários para viver bem e em paz com sua família, além de lhes dar representatividade no meio social no qual estão inseridos.

## 6 REFERÊNCIAS

- ABRIC, J. C. A zona muda das representações sociais. In: OLIVEIRA, D. C.; CAMPOS, P. H. F. (Orgs.). **Representações sociais: uma teoria sem fronteiras**. Rio de Janeiro: Ed. Museu da República, p. 23-34, 2005.
- ABRIC, J. C. A abordagem estrutural das representações sociais. In.: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Orgs.). **Estudos interdisciplinares de representações sociais**. 2. ed. Goiânia: AB, 2000.
- ABRIC, J. C. **Pratiques sociales et représentations**. Paris: Presses Universitaires de France, 1994.
- ANDRADE, S. S. C. A. et al . Relação entre violência física, consumo de álcool e outras drogas e bullying entre adolescentes escolares brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 9, 2012.
- BLOCH, K. V.; KUSCHNIR, M. C.; SZKLO, M. Cardiovascular risk in adolescence. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 7, 2012.
- BOTELHO, S. M. et al. Maternal care of the premature child: a study of the social representations. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 4, 2012.

CAMELO, L. V. et al. Lazer sedentário e consumo de alimentos entre adolescentes brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), 2009. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 11, 2012.

CROMACK, L. M. F.; BURSZTYN, I.; TURA, L. F. R. O olhar do adolescente sobre saúde: um estudo de representações sociais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, 2009.

GIACOMOZZI, A. I. et al. Levantamento sobre uso de álcool e outras drogas e vulnerabilidades relacionadas de estudantes de escolas públicas participantes do programa saúde do escolar/saúde e prevenção nas escolas no município de Florianópolis. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n. 3, 2012.

GOMES, A. M. T.; OLIVEIRA, D. C.; SÁ, C. P. Social representations of the Brazilian national health care system in the city of Rio de Janeiro, Brazil, according to the structural approach. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 16, n. 1, 2008.

HUGO, T. D. O. et al. Factors associated with age at first intercourse: a population-based study. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 11, 2011.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar - PeNSE**: 2009. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2009.

LINDOSO, R. C. B.; MACHADO, L. B. O corpo na escola: Estrutura das representações sociais de professores de esporte e educação física. **Atos de Pesquisa em Educação**, v. 7, n. 2, 2012.

LOPES, G. T. et al. Dinâmicas de criatividade e sensibilidade na abordagem de álcool e fumo com adolescentes. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 20, n. 1, 2012.

MINAYO, M. C. S.; DELANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Editora Vozes, 2012.

MOSCOVICI, S. **La Psychanalyse, son image et son public**. Paris: P.U.F., 1976.

NARDI, F. L. et al. Drug use and antisocial behavior among adolescents attending public schools in Brazil. **Trends Psychiatry Psychotherapy**, v. 34, n. 2, 2012.

OLIVEIRA D. C. et al. Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In: Moreira ASP. **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: Ed. Universitária UFPB, p. 573-603, 2005a.

OLIVEIRA, D. C. et al. A positividade e a negatividade do trabalho nas representações sociais de adolescentes. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 18, n. 1, p. 125-133, 2005b.

OLIVEIRA, D. C. et al. Atitudes, sentimentos e imagens na representação social da sexualidade entre adolescentes. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 13, n. 4, 2009.

PONTES, A. P. M. **A incorporação dos princípios ético-doutrinários e organizativos do SUS por profissionais de saúde: um estudo de representações sociais**. (Dissertação de Mestrado). Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem, 2009.

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. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 17, n. 4, 2009.

SÁ, C. P. **Núcleo central das representações sociais**. Petrópolis: vozes, 2002.

SALES, Z. N. **Representações sociais do cuidado no diabetes mellitus**. (Tese de Doutorado). Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2003.

SAUPE, R. et al. Qualidade de vida dos acadêmicos de enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 12, n. 4, 2004.

SILVA, E. D. S. et al. Representações sociais de adolescentes sobre o consumo de álcool: implicações do relacionamento familiar. **Psicologia e Saber Social**, v. 1, n. 1, p. 129-139, 2012a.

SILVA, E. M. O papel da mídia e da escola na formação da identidade do aluno jovem e adulto negro: ponto de encontro e desencontro. **Cadernos Imbondeiro**, v.1, n.1, 2010.

SILVA, R. D. M. et al. **Representações sociais de trabalho para adolescentes trabalhadores**. (2012b) Acessado em 01 de outubro de 2012. Disponível em: <http://goo.gl/oqYbq>

SOUZA, G. K. S. S. Bloco Afro Akomabu: Espaço de fortalecimento da identidade e autoestima de crianças e adolescentes negros. **Revista da ABPN**, v. 3, n. 7, 2012.

VERGÈS, P. **Ensemble de programmes permettant l'analyse des evocations: manuel versoin 5**. France: Laboratoire Méditerranée en Sociologie, Aix-en-Provence, 2002.



### 5.3 MANUSCRITO 03 - AVALIAÇÃO PSICOMÉTRICA DA QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE DE ADOLESCENTES<sup>7</sup>

Ramon Missias Moreira<sup>8</sup>  
Eduardo Nagib Boery<sup>9</sup>

#### RESUMO

Este estudo objetivou avaliar a qualidade de vida de estudantes adolescentes em sua relação com as variáveis sócio-demográficas. Trata-se de um estudo de corte transversal, com desenho descritivo-exploratório e analítico, realizado com 316 estudantes adolescentes do nível médio. Para a coleta de dados foi utilizado o questionário WHOQOL-bref. A análise descritiva foi realizada através do software SPSS versão 15.0. Os níveis de satisfação com a qualidade de vida encontrados para o domínio físico e psicológico foram médios, o domínio meio ambiente apresentou-se com escore baixo, enquanto o domínio das relações sociais apresentou um alto índice de satisfação. Conclui-se que a qualidade de vida dos estudantes adolescentes caracteriza-se como boa e satisfatória, fazendo-se urgente a reformulação e criação de políticas ambientais e de saúde destinadas a essa população, com vistas à melhoria das condições de saúde e qualidade de vida.

Descritores: Qualidade de Vida; Adolescente; Saúde.

#### ABSTRACT

The objective of this study was to evaluate quality of life of adolescent students in their relationship with sociodemographic variables. This is a cross-sectional study, with descriptive, exploratory and analytical design, realized with 316 adolescent students of middle level. To collect the data was used the questionnaire WHOQOL-bref. A descriptive analysis was realized using the SPSS software, version 15.0. The levels of satisfaction with the quality of life found for the physical and psychological domain were average, the environment domain presented with low scores, while the domain of social relations showed a high satisfaction rate. It was concluded that the quality of life of adolescent students characterized as good and satisfactory, becoming urgent the reformulation and creation of environmental and health politics directed to this population, aiming to improving the health conditions and quality of life.

**Descriptors:** Quality of Life; Adolescent; Health

---

<sup>7</sup> Artigo extraído da dissertação: "Qualidade de Vida e Saúde de Adolescentes: um Estudo de Representações Sociais", Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2012.

<sup>8</sup> Educador Físico. Mestre em Enfermagem e Saúde pela UESB. Bolsista de Pesquisa da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior-CAPES. Pesquisador colaborador do Grupo de Pesquisa Saúde e Qualidade de Vida/CNPq/UESB. E-mail: ramonefisica@hotmail.com

<sup>9</sup> Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor Titular do Departamento de Saúde da UESB. Diretor Científico da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia – FAPESB. E-mail: eboery@uesb.edu.br

## 1 INTRODUÇÃO

A saúde pública está em evidência nos últimos anos em todo o mundo, e no Brasil ganha uma melhor denotação no momento em que diversas políticas de Estado estão sendo direcionadas para o Sistema Único de Saúde com o objetivo de fortalecer e atender a maioria da população. Destarte, acompanhar, avaliar e monitorizar a Qualidade de Vida e o estado de Saúde da população faz-se um dos principais desafios da investigação e pesquisa em Saúde Pública.

Analisar epidemiologicamente as condições de saúde dos adolescentes, pessoas na faixa etária entre 10 e 19 anos (WHO, 2004), é um importante passo para potencializar o planejamento, a monitorização e a avaliação das intervenções e serviços destinados à saúde desses indivíduos, favorecendo o bem-estar, diminuindo o risco de doenças e incapacidades específicas e aumentando a educação em saúde dessas pessoas, resultando em uma melhor qualidade de vida e promoção da saúde (BRAGA et al, 2011).

A adolescência é percebida pela sociedade, numa concepção tradicional, como uma etapa de crescimento, com instabilidades, resultando em mudanças e transformações biopsicossociais. Nesse momento de transição e de nova afinidade com o mundo que os cercam, os adolescentes encontram-se frente a problemas familiares, pessoais, e muitos outros de ordens sociais que afetam as condições de vida e de saúde dos mesmos (NOGUEIRA et al, 2012).

Há uma exiguidade na produção científica em relação a estudos que objetivem analisar a qualidade de vida na infância e adolescência, percebendo-se uma ausência relevante de pesquisas sobre essa temática, e os títulos, quando encontrados, se projetam e se concentram na relação entre a saúde, a qualidade de vida e as patologias (YEH; HUNG, 2003; GORELICK; BROUSSEAU; STEVENS, 2004; LIMA, 2010), sem evidenciar a percepção púbere e infantil de qualidade de vida, principalmente dos que estão inseridos no contexto escolar (SABEH; VERDUGO, 2002).

Ainda, Dantas, Sawada e Malerbo (2003), em seu estudo de revisão sistemática de literatura, constataram que dos 53 estudos envolvendo dissertações de mestrado,

teses de doutorado e livre-docência de quatro universidades públicas de São Paulo que abordaram sobre qualidade de vida, somente um desses envolvia crianças e nenhum tratava sobre os adolescentes. Ainda foi afirmado pelas autoras que dezesseis pesquisas investigaram qualidade de vida com indivíduos saudáveis.

No mundo ocidental, o debate sobre a qualidade de vida ocorreu em um contexto social caracterizado por dois movimentos combinados. Por um lado, o aumento da consciência da poluição da sociedade industrial e os efeitos negativos da corrida para o progresso econômico e, por outro, o advento da qualidade de vida como um valor social mundialmente reconhecido (IOANA, 2012).

Existem vários e diferentes conceitos sobre qualidade de vida, que possui uma origem abstrata e é explicada a partir de diversas representações e significados distintos que pode variar em decorrência da época, da formação, da classe social, da cultura e de outros elementos. São pontos de vista múltiplos que encontram-se dinamicamente em constante transformação ao longo dos tempos, e independente da concepção três elementos configuram-se como essenciais: relações objetivas e subjetivas, construção multidimensional e características negativas e positivas (GORDIA et al, 2011).

Portanto, a qualidade de vida pode ser entendida a partir de um conceito subjetivo, multidimensional e que pode incluir a auto-avaliação de todos os aspectos da vida (BOERY, 2003; CHAVEZ; MIR; CANINO, 2012). Nessa perspectiva, este estudo teve como máximo objetivo avaliar a qualidade de vida de estudantes adolescentes em sua relação com as variáveis sócio-demográficas.

## **2 MATERIAL E MÉTODO**

Trata de um estudo de corte transversal, cujo perfil baseia-se numa pesquisa quantitativa de desenho descritivo-exploratório e analítico, vez que pretende descrever os fenômenos pesquisados através da observação, descrição e classificação do objeto de estudo, indo além da identificação, buscando de forma exploratória uma explicação para esses fenômenos (NOGUEIRA et al, 2012).

O estudo foi desenvolvido nas três maiores escolas públicas estaduais do município de Jequié, Bahia, Brasil e esta escolha se deu justamente pela localização centralizada destas e, também, por entender que elas representam o maior pólo educacional da microrregião de Jequié, abrigando o maior número de alunos de todos os bairros da cidade e os oriundos de municípios vizinhos.

Os informantes foram os estudantes adolescentes, entre 13 e 19 anos, regularmente matriculados, cursando o ensino médio (EM), nos turnos matutino e vespertino das escolas referidas. Após consulta realizada na lista da relação de alunos matriculados nessas instituições de ensino, identificou-se 1.161 estudantes adolescentes, configurando-se assim a população deste estudo. O cálculo amostral foi realizado com o auxílio do software Epi Info, versão 3.5.3.0.

Para a população encontrada, considerando uma prevalência esperada de qualidade de vida global total de 64% (SAUPE et al, 2004), estabelecendo uma precisão de erro de 5%, com um nível de confiança de 95%, foi determinada uma amostra de 272 informantes. Por conseguinte, considerou-se a adição de um reajuste amostral de 20% em decorrência da perda amostral prevista, totalizando a amostra em 327 informantes.

Trata de uma amostra sistemática, na qual foi estabelecido sorteio para a escolha dos informantes. Para tanto, os nomes dos informantes foram organizados por ordem alfabética e enumerados arabicamente do algarismo 1 ao 1161, e selecionados considerando um intervalo amostral igual a 4. Foram adotados como critérios de substituição, a escolha do informante anterior ao intervalo pré-estabelecido e como segundo critério o informante posterior. Foram realizadas 2 tentativas de busca para cada informante e aqueles que não foram encontrados na referida ordem enquadraram-se como perda amostral.

Foram dois instrumentos de coleta de dados: o primeiro trata de um questionário com questões sóciodemográficas (idade, sexo, escolaridade, turno e raça) e o segundo foi o *World Health Organization Quality of Life Questionnaire WHOQOL-bref*, que avalia a qualidade de vida e foi elaborado pelo grupo de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde, baseando-se nos pressupostos de

que qualidade de vida é um construto subjetivo, multidimensional e composto por dimensões positivas e negativas, tendo sido validado no Brasil a partir de estudo desenvolvido pelo médico, pesquisador Marcelo Pio Fleck e outros colaboradores (THE WHOQOL GROUP, 1998; FLECK et al, 2000).

Esse questionário surgiu da necessidade de um instrumento curto e fácil de ser preenchido, que evidenciasse características psicométricas satisfatórias. O mesmo possui 26 questões que obtiveram os melhores resultados psicométricos extraídos do WHOQOL 100, instrumento que avalia oito domínios da qualidade de vida em 100 questões (FLECK, 2000).

A primeira questão desse instrumento direciona-se a percepção geral sobre a qualidade de vida e a segunda do mesmo modo, refere-se a satisfação geral com a própria saúde (THE WHOQOL GROUP, 1995). As demais questões avaliam facetas que estão definidas dentro de quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (FLECK, 2000), sendo este um instrumento genérico que pode ser manuseado em estudos para populações saudáveis e para populações acometidas por patologias (BERLIM; FLECK, 2003; GONÇALVES; VILARTA, 2004).

Os dados encontrados foram analisados através do software *Statiscal Package for Social Sciences* (SPSS), versão 15.0, e processados na perspectiva da análise estatística descritiva, utilizando-se frequências absolutas e relativas, observando a média, a mediana, o desvio padrão, o intervalo de confiança e os valores mínimos e máximos.

Dessa forma, buscando atender à Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, que trata da pesquisa em seres humanos, respaldados nos aspectos éticos e legais, o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (CEP/UESB) para apreciação e obteve aprovação, sendo identificado através do protocolo nº 146/2010.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

#### 3.1 PERFIL DA AMOSTRA INFORMANTE

A partir da tabulação e análise dos dados dos 316 informantes, foi possível iniciar-se a caracterização (Tabela 01) dos escolares adolescentes envolvidos na pesquisa, favorecendo um maior conhecimento sobre esse grupo social de pertença. Observou-se que a maioria dos participantes são do sexo feminino, correspondendo a 56,3% da amostra. A idade dos púberes variou entre 13 e 19 anos, com a média de 15,92 anos ( $\pm dp$ ), sendo que, na amostra estudada, a faixa etária com maior incidência foi de 16 a 17 anos.

**Tabela 01** – Distribuição das variáveis sociodemográficas da amostra estudada dos adolescentes: sexo, idade, raça, escolaridade e turno de estudo. Jequié/BA, 2012.

VARIÁVEL	CONDIÇÃO	FREQUÊNCIA	
		Nº	%
<b>Sexo</b>	Masculino	138	43,7
	Feminino	178	56,3
<b>Idade</b>	13-15	131	41,5
	16-17	146	46,2
	18-19	39	12,3
<b>Raça</b>	Branca	70	22,2
	Negra	105	33,2
	Parda	141	44,6
<b>Escolaridade</b>	1º ano do ensino médio	176	55,7
	2º ano do ensino médio	85	26,9
	3º ano do ensino médio	55	17,4
<b>Turno de Estudo</b>	Matutino	187	59,2
	Vespertino	129	40,8

Quando a raça, os sujeitos participantes da pesquisa se autodeclararam pardos (44,6%). Neste quesito é válido ressaltar que visualmente, nos momentos de coleta dos dados, percebia-se que a maioria dos alunos era composta de negros, porém acredita-se que não foram esses os dados obtidos em relação à raça, pois os mesmos encontravam-se confusos sobre a definição, e, devido ao grande problema de identidade racial que é enfrentado diariamente pelos adolescentes, o que perpassa pela questão da auto estima (SILVA, 2010; SOUZA, 2012).

Todos os adolescentes cursam o ensino médio, onde a maioria dos escolares envolvidos na pesquisa estava matriculada no 1º ano, o que corresponde a 55,7% dos sujeitos. Ainda, no que diz respeito ao turno de estudo, a maioria dos estudantes estudam pela parte da manhã com percentual de 59,2%.

Na tabela 2, que é apresentada a seguir, pode-se perceber a distribuição dos estudantes adolescentes por polo de produção de dados, descrevendo a população, a amostra e a porcentagem.

**Tabela 02** – Distribuição dos informantes por escolas após a coleta dos dados. Jequié/BA, 2012.

<b>COLÉGIO</b>	<b>N (População)</b>	<b>n (amostra)</b>	<b>%</b>
Escola 1	546	151	47,8
Escola 2	340	92	29,1
Escola 3	275	73	23,1

Neste estudo obteve-se 3,4% de perda amostral, sendo 3 (três) recusas de participação, e 8 (oito) sujeitos que sempre estiveram ausentes nos momentos de produção dos dados, totalizando 11 participantes no total. Essas mesmas causas que ocasionaram a perda da amostra nesse estudo, também aconteceram em estudo desenvolvido por pesquisadores da UERJ, no Rio de Janeiro, com 846 estudantes adolescentes onde objetivaram compreender as representações sociais sobre saúde dos adolescentes (REIS; OLIVEIRA; GOMES, 2009).

### **3.2 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS ESTUDANTES ADOLESCENTES**

Quanto aos domínios do *WHOQOL-bref*, os mesmos foram submetidos à análise estatística descritiva, e os resultados encontrados com a análise das respostas estão dispostas na Tabela 3. Esse instrumento de avaliação possui uma original do tipo Likert (0-5), mas para caráter de análise dos dados, a mesma é convertida em uma escala percentual variando de 0 a 100 na sua amplitude, onde quanto maior os escores obtidos, melhor a avaliação da qualidade de vida dos respondentes, tanto nos índices

da qualidade de vida global, quanto nos domínios específicos (TABELA; TOMASI; NEVES, 2011).

**Tabela 3** – Escores obtidos na aplicação do *WHOQOL-Bref* em adolescentes escolares (n=316): IC 95%, percentual mínimo e máximo, média, mediana e desvio padrão. Jequié/BA, 2012.

<b>Domínios</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>Mediana</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>IC95%</b>
QV Físico	70,9	14,3	71,43	14,29	100,00	69.30-72.48
QV Psicológico	74,5	13,2	75,00	33,33	100,00	73.04-75.96
QV Relações Sociais	77,7	16,3	75,00	25,00	100,00	75.93-79.54
QV Meio Ambiente	57,8	16,2	59,38	21,88	96,88	55.96-59.53
Qualidade de Vida Global	70,6	16,8	75,00	20,00	100,00	8.749-12.47

Através da análise do *WHOQOL-bref*, verifica-se de maneira geral que a qualidade de vida dos adolescentes em questão pode ser considerada como satisfatória, uma vez que três dos quatro domínios avaliados possuem média superior a 70. O domínio que melhor interferiu positivamente na qualidade de vida dos adolescentes foi o das relações sociais, que apresentou a maior média (77,7) em relação aos demais.

A partir dos achados, observa-se que os resultados dos escores entre os domínios avaliados, variam em sua média de 57,8 a 77,7, onde ao observar o conjunto que apresentou maior influência negativa para a qualidade de vida dos adolescentes, o domínio meio ambiente apresentou o menor escore, esses dados também são encontrados em outros estudos sobre qualidade de vida de adolescentes (GORDIA, 2008; PEREIRA, 2012).



### 3.2.1 PERCEPÇÃO GERAL DA QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE

As duas primeiras questões (1. Como você avaliaria sua qualidade de vida? 2. Quão satisfeito você está com a sua saúde?) do *WHOQOL-bref* inclinam-se para avaliar a percepção geral sobre a qualidade de vida e a satisfação sobre a saúde, não se enquadrando em nenhum dos outros domínios.

Analisando as respostas encontradas, a média sobre a avaliação geral da qualidade de vida foi considerada como boa, tendo em vista que 48,4% adolescentes afirmaram estar “boa” e 25% dos escolares perceberam “muito boa”. No item de satisfação geral sobre a saúde, caracteriza-se como satisfatória, pelo fato de 52,8% dos sujeitos se considerarem “satisfeitos” com a sua saúde e 13,2% sentirem-se “muito satisfeitos”.

Diversos estudos que avaliaram a qualidade de vida de adolescentes, utilizando o método preconizado e sistematizado pelo *The Whoqol Group*, através do instrumento *WHOQOL-bref* (FLECK, 2000), apontaram escores semelhantes ao do presente estudo para a categoria qualidade de vida geral e satisfação com a saúde (IZUTSU et al, 2006; GORDIA, 2008; GORDIA et al, 2009; BENINCASA, 2010; LIMA, 2010; PEREIRA, 2012), onde possivelmente parte da semelhança desses resultados deve-se ao fato dos adolescentes sentirem-se seres saudáveis, livres e com evidente sensação de onipotência (LOMBARDO; POPIM; SUMAN, 2011).

Ainda, é válido ressaltar que esses valores advêm da construção subjetiva pelos sujeitos de sua percepção sobre a vida, tornando-se uma auto-avaliação, onde tanto a saúde quanto a qualidade de vida são conceitos autorreferidos (BOERY, 2003; CHAVEZ; MIR; CANINO, 2012).

### 3.2.2 DOMÍNIO FÍSICO

O domínio **Físico** é composto pelas questões 3, 4, 10, 15, 16, 17 e 18, e diz respeito às seguintes facetas: dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; mobilidade; atividades da vida cotidiana; dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho (FLECK et al, 2000). Este domínio refere-se à percepção do sujeito acerca de sua condição física (The WHOQOL Group, 1998).

Analisando individualmente os domínios, esse foi representado pela média de 70,9%, configurando-se como uma importante categoria, pois está intrinsecamente relacionada com as atividades cotidianas dos estudantes adolescentes (IZUTSU et al, 2006; GORDIA et al, 2009; PEREIRA, 2012). Os bons escores atingidos no domínio físico são explicados também pelo fato de que os adolescentes em sua grande maioria são saudáveis e possuem muita disposição, mesmo àqueles que conciliam estudo e trabalho ao mesmo tempo (GASPAR et al, 2009; GORDIA et al, 2009).

Analisando os achados referentes a este domínio, pode-se argumentar a partir dessa análise que existem alguns procedimentos alternativos que podem ser realizados no contexto escolar objetivando melhorar ainda mais as condições de saúde dos adolescentes, incentivando a prática de atividades físicas sistematizadas (GORDIA et al, 2009), pois muitas pesquisas indicam que pessoas ativas fisicamente percebem melhoria no que concerne ao bem-estar social, físico e emocional e apresentam melhores escores de qualidade de vida (PELOZATTO; FERNANDES, 2011; SANTOS; SIMÕES, 2012).

Nessa perspectiva intensificar a articulação permanente entre a instituição escolar e atenção básica da saúde, por meio do Programa Saúde na Escola- PSE e o Programa de Atenção à Saúde do Adolescente- PROSAD faz-se necessário, pois através da educação em saúde dessa população, potencializa-se a prevenção, a promoção e a atenção integral à saúde dos escolares adolescentes (SILVA, 2011; SOUZA et al, 2012).

Os riscos à saúde, associados aos níveis baixos de atividade física em adolescentes, bem como as vantagens e benefícios desta prática quando executada regularmente e de forma satisfatória já são conhecidos e apontados na literatura (HALLAL et al, 2006; FARIAS JUNIOR et al, 2012), principalmente pelo fato de que os hábitos saudáveis referentes a prática da atividade física, quando iniciados na fase da adolescência podem se prolongar pela vida adulta (GORDIA et al, 2009).

Outros estudos sobre qualidade de vida com a população de adolescentes apresentam resultados semelhantes ao da presente pesquisa (GORDIA et al, 2009; AL-FAYEZ; OHAERI, 2011; MARQUES; ARANDAS, 2011; PEREIRA, 2012; PIRES et al, 2012).

### 3.2.3 DOMÍNIO PSICOLÓGICO

A esfera que apresentou a segunda melhor pontuação diz respeito ao domínio **Psicológico**, com escore médio de 74,5%, onde se percebe que os adolescentes têm auto-estima satisfatória, enxergam-se com uma adequada relação com o mundo e com seu grupo de pertença, existe a satisfação pessoal e satisfação com sua imagem corporal, além de demonstrarem os seus sentimentos.

Esse domínio é representado pelas questões 5, 6, 7, 11, 19 e 26, apresentando as seguintes facetas: sentimentos positivos; pensar, aprender, memória e concentração; autoestima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos; espiritualidade/religião/ crenças pessoais (FLECK et al, 2000), essas facetas relacionam-se com à percepção do indivíduo sobre sua condição cognitiva e afetiva (The WHOQOL Group, 1998; FLAUSINO, 2011).

Todas as pessoas têm o direito de se sentirem bem na esfera psicológica, mas para que isso aconteça é necessário que possuam condições físicas apropriadas, e sejam capazes de se perceber integradas socialmente e funcionalmente competentes (PIRES et al, 2012). A promoção da saúde e da qualidade de vida de adolescentes é representada por um grande desafio, uma vez que esse segmento da população possui suas especificidades e encontram-se vulneráveis para enfrentarem sozinhos as exigências do ambiente (COSTA; BIGRAS, 2007; PIRES et al, 2012). Nesse sentido, a qualidade de vida de cada um vai depender de sua personalidade, individualidade, experiências e perspectivas de vida.

Esse domínio contribuiu positivamente para uma melhor qualidade de vida e saúde dos adolescentes, embora não se deva perceber nem a saúde e nem a qualidade de vida de maneira fragmentada. Algumas pesquisas apresentam resultados inferiores ao do presente estudo, no domínio psicológico, com valores médios variando entre 66,6 e 72,9 (ABECHE, 2008; GORDIA, 2008; MARQUES; ARANDAS, 2011; PEREIRA, 2012; PIRES et al, 2012)

### 3.2.4 DOMÍNIO DAS RELAÇÕES SOCIAIS

As três questões que compõem o domínio das relações sociais são: 20, 21 e 22, e correspondem às facetas das relações pessoais, suporte (apoio) social e a atividade sexual (FLECK et al, 2000). Ao analisar as respostas, percebe-se o domínio das **Relações Sociais** com a melhor média quando comparado aos demais domínios avaliados, com escore de 77,7%, caracterizando-se como satisfatória. Este domínio faz alusão à percepção do indivíduo sobre seus relacionamentos e papéis sociais que necessitam ser desenvolvidos pelos mesmos diariamente (The WHOQOL Group, 1998; IZUTSU, 2006; FLAUSINO, 2011).

Essa situação pode-se referir ao fato de que é através das amizades, da família, dos amores e da interação com o outro e com a sociedade que os adolescentes encontram suporte para suas atividades do dia-a-dia, influenciando suas emoções, e a sua maneira de pensar e agir, resultando no favorecimento da sensação de bem-estar e colaborando na promoção de sua saúde e qualidade de vida.

Devido a escassez de estudos relacionados diretamente aos aspectos sociais da qualidade de vida de adolescentes, a comparação de outros estudos com os achados da presente pesquisa é dificultada. Os valores encontrados nesse estudo referentes ao domínio social são superiores aos escores apresentados em outras pesquisas sobre qualidade de vida desenvolvidas com adolescentes. Gordia (2008) em estudo realizado no Paraná observou a média de 72,7 para esse domínio. Al-fayez e Ohaeri (2011) encontraram o escore médio de 72,8 para o domínio das relações sociais. Pereira (2012) em sua dissertação de mestrado, avaliando a qualidade de vida de adolescentes cearenses encontrou média de 69,8.

### 3.2.5 DOMÍNIO MEIO AMBIENTE

O domínio que obteve os menores escores (57,8%), **Meio Ambiente**, é avaliado a partir das questões 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 e 25, analisando as seguintes facetas: segurança física e proteção; ambiente no lar; recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais; oportunidades de adquirir novas informações e habilidade; oportunidades de recreação/lazer; transporte e ambiente físico (FLECK et al, 2000).

O *The WHOQOL Group* argumenta que o domínio meio ambiente, refere-se à percepção do indivíduo sobre os diversos aspectos relacionados ao ambiente onde se vive (The WHOQOL Group, 1998). Os resultados encontrados nessa categoria devem-se possivelmente pelas condições financeiras da maioria dos adolescentes tendo em vista que estão todos inseridos na rede pública de ensino, e não percebem uma boa qualidade de suas moradias, recursos financeiros, oportunidades de recreação e lazer, transporte de qualidade (OLIVEIRA, 2011). A falta de recursos financeiros suficientes interfere nas demais facetas, principalmente no transporte, lazer e moradia.

Diversos estudos e pesquisas sobre a qualidade de vida no Brasil e no mundo, utilizando o *WHOQOL-bref*, tem apontado para baixos resultados nesse domínio. Gordia (2008), em seu estudo de dissertação, avaliou a qualidade de vida de 608 adolescentes de uma cidade do interior do Paraná encontrando o valor médio de 55,6% para o domínio meio ambiente, sendo o escore mais baixo encontrado na sua pesquisa.

Barbosa Filho et al (2009), ao analisar a qualidade de vida e o consumo de bebida alcoólica entre 383 adolescentes do ensino médio da rede pública de ensino da cidade de Fortaleza também constatou uma média de 52% nesse domínio. Benincasa (2010) avaliou a qualidade de vida de 2.434 estudantes adolescentes do estado de São Paulo onde verificou que o domínio meio ambiente demonstrou o menor valor médio (66,5%), sendo a interface mais vulnerável e que interferiu potencialmente na diminuição dos índices de qualidade de vida dessa população.

Na mesma perspectiva, Pereira (2012) em sua avaliação sobre a qualidade de vida de 344 adolescentes participantes das vilas olímpicas da cidade de Fortaleza, encontrou o escore baixo de 54,1% nesse mesmo domínio. Esses valores demonstram a insatisfação dos adolescentes com o ambiente em que vivem, e segundo Gordia (2009) está também intrinsecamente relacionada à ausência de investimentos nas políticas públicas em âmbito municipal, estadual e federal.

Ainda, Pires et al (2012) observaram também em seu estudo sobre qualidade de vida de adolescentes modelos profissionais, que o domínio ambiental apresentou os menores escores (61,75%). Essas médias despertam preocupações, tendo em vista que não adianta se preocupar apenas com higiene, alimentação, estudo e trabalho, mas

também com a poluição, ruídos, moradia e lazer a que os adolescentes estão submetidos.

Outros estudos com diferenças nos procedimentos metodológicos, principalmente no que concerne as características das amostras, mas que utilizam o mesmo instrumento (WHOQOL-bref), também tem encontrado resultados relativamente inferiores no domínio ambiental (CÁRDENAS, 2004; VALLIM, 2005; IZUTSU et al, 2006; BRAGA et al, 2011; FLAUSINO, 2011; TABELEAO; TOMASI; NEVES, 2011; MANSANO-SCHLOSSER; CEOLIM, 2012).

As facetas desse domínio possuem forte relação com os determinantes sociais da saúde, que estão constantemente relacionados com a maioria de adoecimentos e mortes em nosso país, onde as condições sociais em que um sujeito vive, exerce um impacto direto na saúde e qualidade de vida dos cidadãos (BRASIL, 2006; PEREIRA, 2012). Muitos municípios brasileiros, comprometidos com a melhoria das condições de vida e de saúde da população têm implementado ações intervencionistas contribuindo para fatores básicos, como: educação, lazer, saneamento básico, assistência médica e ambientes de trabalho (VILARTA, 2004).

#### **4 CONCLUSÃO**

A partir dos dados obtidos nesse estudo, pode-se concluir que a maioria dos estudantes adolescentes possui uma qualidade de vida considerada adequada ou satisfatória, onde se percebe uma satisfação geral com a saúde pela grande parte dos sujeitos da pesquisa.

O domínio das relações sociais impactou potencialmente e positivamente nos índices de qualidade de vida desses adolescentes, ao mesmo tempo em que a categoria do meio ambiente demonstrou-se como o pior domínio, caracterizando-se como um ponto vulnerável da qualidade de vida desses sujeitos, o que gera uma preocupação e indica a urgência na reformulação e criação de políticas ambientais e de saúde destinadas a essa população, uma vez que a mensuração da qualidade de vida se torna

um importante indicador para implementar a promoção da saúde de forma coerente e efetiva.

## **5 REFERÊNCIAS:**

ABECHE, A. M. **Avaliação da percepção de qualidade de vida em puérperas adolescentes no Hospital das Clínicas de Porto Alegre.** 71p. Tese (Doutorado em Medicina). Porto Alegre: UFRS, 2008.

AL-FAYEZ, G. A.; OHAERI, J. U. Profile of subjective quality of life and its correlates in a nation-wide sample of high school students in an Arab setting using the WHOQOL-bref. **BMC Psychiatry**, v. 10, n. 71, 2011.

BARBOSA FILHO, V. C. et al. Análise da qualidade de vida e consumo de bebida alcoólica em adolescentes da rede pública de ensino da cidade de Fortaleza. **Revista Digital Lecturas y Educación Física**, v. 14, n. 131, 2009.

BARROS, A. J.; HIRAKATA, V. N. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. **BMC Medical Research Methodology**, v. 20, p. 3-21, 2003.

BENINCASA, M. **Avaliação da qualidade de vida e uso de drogas em adolescentes no município de São Paulo.** 333p. Tese (Doutorado em Psicologia). São Paulo: USP, 2010.

BERLIM, M. T.; FLECK, M. P. Quality of life: a brand new concept for research and practice in psychiatry. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 25, n. 4, 2003.

BOERY, E. N. **Qualidade de vida de paciente adultos com câncer de pulmão submetidos a quimioterapia ambulatorial.** 150p. Tese (Doutorado em Enfermagem). São Paulo: UNIFESP, 2003.

BRAGA, M. C. P. et al. Qualidade de vida medida pelo WHOQOL-BREF: estudo com idosos residentes em Juiz de Fora/MG. **Revista da APS**, v. 14, n. 1, 2011.

BRASIL. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CÁRDENAS, A. M. C. **Qualidade de vida de mulheres de uma comunidade de baixa renda: estudo comparativo entre mulheres com trabalho doméstico e trabalho remunerado.** Tese (Doutorado em Enfermagem). São Paulo: USP, 2004.

COSTA, M. C. O.; BIGRAS, M. Mecanismos pessoais e coletivos de proteção e promoção da qualidade de vida para a infância e adolescência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 5, 2007.

CHAVEZ, L.; MIR, K.; CANINO, G. Starting from scratch: the development of the adolescent quality of life- mental health scale (AQOL-MHS). **Culture, Medicine and Psychiatry**, v. 36, n. 3, 2012.

DANTAS, R.A.S.; SAWADA, N.O.; MALERBO, M.B. Pesquisa sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas de São Paulo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 11, n. 4, 2003.

FARIAS JUNIOR, J. C. et al. Prática de atividade física e fatores associados em adolescentes no Nordeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 3, 2012.

FLAUSINO, T. C. Qualidade de Vida e condições de trabalho dos carteiros de Goiânia-Goiás. 132p. Dissertação (Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde). Goiânia: PUC Goiás, 2011.

FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, 2000.

GASPAR, T.; PAIS RIBEIRO, J.; MATOS, M. G.; LEAL, I. Promoção de qualidade de vida em crianças e adolescentes. **Psicologia, Saúde & Dboenças**, Lisboa, v. 9, n. 1, 2009.

GORELICK, M. H.; BROUSSEAU, D. C.; STEVENS, M. W. Validity and responsiveness of a brief, asthma-specific quality-of-life instrument in children with acute asthma. **Annals of Allergy and Asthma Immunology**, v. 92, n. 1, 2004.

GONÇALVES, A.; VILARTA, R. Qualidade de vida: identidades e indicadores. In: GONÇALVES, A.; VILARTA, R. (Orgs.). **Qualidade de vida e atividade física: explorando teorias e práticas**. Barueri: Manole, 2004.

GORDIA, A. P. **Associação da atividade física, consumo de álcool e índice de massa corporal com a qualidade de vida de adolescentes**. 181p. Dissertação (Mestrado em Educação Física). Curitiba: UFPR, 2008.

GORDIA, A. P. et al. Domínio físico da qualidade de vida entre adolescentes: associação com atividade física e sexo. **Revista de Saúde Pública**, v. 11, n. 1, 2009.

GORDIA, A. P. et al. Qualidade de vida: contexto histórico, definição, avaliação e fatores associados. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, v. 3, n. 1, 2011.

HALLAL, P. C. et al. Prevalência de sedentarismo e fatores associados em adolescentes de 10-12 anos de idade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 6, 2006.

IOANA, S. **The quality of life and rural development in meses area**. 189p. Tese (Doutorado em Sociologia e Trabalho Social). Cluj Napoca: Babes-Bolay University, 2012.



IZUTSU, T. et al. Mental health, quality of life, nutritional status of adolescents in Dhaka, Bangladesh: comparison between an urban slum and a non-slum area. **Social Science and Medicine**, v. 63, n. 6, 2006.

LIMA, C. H. F. **Avaliação da qualidade de vida de crianças do ensino fundamental da rede pública de São José da Barra**. 86p. Dissertação (Mestrado em Promoção de Saúde). Franca: Unifranca, 2010.

LOMBARDO, M. S.; POPIM, R. C.; SUMAN, A. L. Da onipotência ao desgaste: as perspectivas do adolescente em quimioterapia. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. São Paulo, v. 19, n. 3, 2011.

MANSANO-SCHLOSSER, T. C.; CEOLIM, M. F. Qualidade de vida de pacientes com câncer no período de quimioterapia. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 3, jul/set, 2012.

MARQUES, I. R.; ARANDAS, F. Quality of life of high school students and smoking. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, v. 3, n. 2, 2011.

NOGUEIRA, A. L. A. et al. Funcionalidade de famílias de adolescentes de escolas públicas: uma abordagem descritiva. **Cogitare Enfermagem**, v. 17, n. 2, 2012.

OLIVEIRA, I. M. N. **Qualidade de vida dos idosos do centro de convívio de Canidelo**. 53p. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde). Porto: Universidade Fernando Pessoa, 2011.

PELOZATTO, D.; FERNANDES, R. A. Relação entre qualidade de vida e atividade física: uma revisão sistemática da literatura nacional. **Colloquium Vitae**, v. 3, n. 2, 2011.

PEREIRA, C. H. **Aptidão física relacionada a saúde, qualidade de vida e inclusão social de adolescentes participantes das vilas olímpicas da cidade de Fortaleza, Ceará**. 93 p. Dissertação (Mestrado em Educação Física). Brasília: UNB, 2012.

PIRES, L. et al. Qualidade de Vida de Adolescentes Modelos profissionais. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 28, n. 1, 2012.

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. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 17, n. 4, 2009.

SABEH, E. N.; VERDUGO, M. A. **Evaluación de la percepción de calidad de vida en la infancia**. Salamanca: Psicothema, 2002.

SANTOS, A. L. P.; SIMÕES, A. C. Educação Física e Qualidade de Vida: reflexões e perspectivas. **Saúde e Sociedade**, v.21, n.1, 2012.

SAUPE, R. S. et al. Qualidade de vida dos acadêmicos de enfermagem. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 4, 2004.

SILVA, E. M. O papel da mídia e da escola na formação da identidade do aluno jovem e adulto negro: ponto de encontro e desencontro. **Caderno Embaideira**, v.1, n.1, 2010.

SILVA, A. C. S. **O ser saudável nas representações sociais entre adolescentes**. 138 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde), Jequié: UESB, 2011.

SOUZA, G. K. S. S. Bloco Afro Akomabu: Espaço de fortalecimento da identidade e autoestima de crianças e adolescentes negros. **Revista da ABPN**, v. 3, n. 7, 2012.

SOUZA, P. L. et al. Projetos PET-Saúde e Educando para a Saúde: Construindo Saberes e Práticas. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 172, n. 36 (Supl. 1), 2012.

TABELEAO, V. P.; TOMASI, E.; NEVES, S. F. Qualidade de vida e esgotamento profissional entre docentes da rede pública de Ensino Médio e Fundamental no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 12, 2011.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. **Social Science and Medicine**. Burlington: v. 46, n. 12, p. 1569-85, 1998.

THE WHOQOL GROUP. World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from World Health Organization. **Social Science and Medicine**. Burlington: v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995.

VALLIN, A. **Exercícios físicos aquáticos, qualidade de vida e experiência pré-natal em gestantes atendidas em serviços públicos de saúde**. Tese (Doutorado em Medicina). Campinas: UNICAMP, 2005.

VILARTA, R. (Org.). **Qualidade de vida e políticas públicas: saúde, lazer e atividade física**. Campinas: IPES Editorial, 2004.

WHO. **Child and adolescent health and development**. World Health Organization, Geneva: 2004.

YEH, C. H.; HUNG, L. C. Construct validity of newly developed quality of life assessment instrument for child and adolescent cancer patients in Taiwan. **Psychooncology**, v. 12, n. 4, 2003.

# APÊNDICES

**APÊNDICE A – TESTE DE ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS****UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA****Departamento de Saúde – DS****Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde - PPGES****Pesquisa:** “QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE DE ADOLESCENTES: UM ESTUDO DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS”**Pesquisador principal:** Ramon Missias Moreira**Orientador:** Prof. Dsc. Eduardo Nagib Boery**QUESTIONÁRIO DE PESQUISA**

① Dados pessoais:

Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

Idade: \_\_\_\_\_

Série: ( ) 1º ano ( ) 2º ano ( ) 3º ano

Turno: ( ) Matutino ( ) Vespertino

Raça: ( ) Branca ( ) Negra ( ) Parda ( ) Outra: \_\_\_\_\_

**TESTE DE ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS**

① O que lhe vem em mente quando eu digo qualidade de vida?

1- \_\_\_\_\_

2- \_\_\_\_\_

3- \_\_\_\_\_

4- \_\_\_\_\_

5- \_\_\_\_\_

## APÊNDICE B – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA**

**Departamento de Saúde – DS**

**Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde - PPGES**

**Pesquisa:** “QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE DE ADOLESCENTES: UM ESTUDO DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS”

**Pesquisador principal:** Ramon Missias Moreira

**Orientador:** Prof. Dsc. Eduardo Nagib Boery

### QUESTÃO NORTEADORA

① Qual a sua percepção sobre qualidade de vida?

---

---

---

---

---

## APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA**

**Departamento de Saúde – DS**

**Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde - PPGES**

**Pesquisa:** “QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE DE ADOLESCENTES: UM ESTUDO DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS”

**Pesquisador principal:** Ramon Missias Moreira

**Orientador:** Prof. Dsc. Eduardo Nagib Boery

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE DE ESTUDANTES ADOLESCENTES, no caso de você concordar em participar, favor assinar ao final do documento. Esse projeto de pesquisa tem como objetivos apreender as representações sociais sobre a qualidade de vida de estudantes adolescentes; identificar os fatores determinantes da qualidade de vida mais relevantes para esses adolescentes; avaliar sua qualidade de vida e a relação com as variáveis sócio-demográficas; analisar o conteúdo e comparar a estrutura representacional da qualidade de vida para esses adolescentes, este está sendo desenvolvido sob a responsabilidade do mestrando Ramon Missias Moreira e o Prof. Dsc. Eduardo Nagib Boery. Portanto, esclareço que a mesma não constituirá risco a(o) adolescente, conforme resolução 196, de 10 de outubro de 1996 do CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Garantimos-lhe ainda, que o anonimato será garantido bem como a sua imagem e identidade protegidas. Serão respeitados os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como os hábitos e costumes. Para nós é muito importante conhecer a qualidade de vida e saúde dos adolescentes estudantes, dentre outros motivos, porque nos possibilitará perceber se o nível de qualidade de vida exerce influência sobre o rendimento escolar dos adolescentes. Sua participação não é obrigatória. Fica ainda garantido ao responsável e a(o) adolescente, livre acesso aos resultados desta pesquisa, podendo a qualquer momento (se sentir algum tipo de desconforto) desistir de participar da pesquisa e retirar seu consentimento. Salientamos

que sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com os pesquisadores ou com a UESB, inclusive de ordem financeira. Diante do exposto, gostaríamos de seu consentimento para que os resultados desta pesquisa possam ser divulgados em eventos como: congressos, simpósios, seminários, fóruns de discussões, dentre outros, assim como, em periódicos, revistas, livros, resumos e artigos. Os resultados e dados desta pesquisa estarão arquivados com os responsáveis pelo período mínimo de cinco anos, estando totalmente a sua disposição para eventuais consultas. Para maiores informações pode-se entrar em contato com os pesquisadores responsáveis Ramon Missias; email: ramonefisica@hotmail.com; Rua José Moreira Sobrinho, s/nº, Jequezinho, Jequié-BA. Ou com o Prof. Dsc. Eduardo Nagib Boery; email: eboery@ig.com.br; Rua José Moreira Sobrinho, s/nº, Jequezinho, Jequié-BA. Se ainda assim, você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UESB, situado a Av. José Moreira Sobrinho, s/nº, Jequezinho, Jequié-BA, ou pelo email: cepuesb.jq@gmail.com.

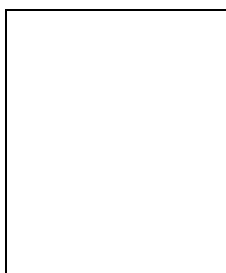
Jequié, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Assinatura do Pesquisador

---

Assinatura do(a) Participante



---

Assinatura do(a) Responsável

# ANEXOS



## ANEXO A – QUESTIONÁRIO WHOQOL-BREF

## WHOQOL-bref

## INSTRUÇÕES

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**.

**Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.**

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa

4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre <b>quão completamente</b> você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.						
		<b>Nada</b>	<b>Muito pouco</b>	<b>Médio</b>	<b>Muito</b>	<b>Completamente</b>
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	bom	Muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5

<b>25</b>	<b>Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?</b>	1	2	3	4	5
-----------	---	---	---	---	---	---

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		<b>Nunca</b>	<b>Algumas vezes</b>	<b>Frequentemente</b>	<b>Muito frequentemente</b>	<b>Sempre</b>
<b>26</b>	<b>Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?</b>	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário? .....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário? .....

**Você tem algum comentário sobre o questionário?**

---



---



---

**OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO**

## ANEXO B – RELATÓRIO RANGMOT EMITIDO PELO EVOC 2003

RANG QV ADOLESCENTES JEQUIE ESPONT 09-10-12  
 fichier initial : C:\Documents and Settings\Usuário\Desktop\QV - EVOC\corpus.Tm2  
 NOUS ALLONS RECHERCHER LES RANGS  
 Nous avons en entree le fichier : C:\Documents and Settings\Usuário\Desktop\QV - EVOC\corpus.Tm2  
 ON CREE LE FICHER : C:\Documents and Settings\Usuário\Desktop\QV - EVOC\corpus.dis et C:\Documents and Settings\Usuário\Desktop\QV - EVOC\corpus.tm3

ENSEMBLE DES MOTS	: FREQ. :	RANGS				
		1 *	2 *	3 *	4 *	5 *
alegria	: 25 :	3*	9*	5*	4*	4*
moyenne : 2.88						
alimentação-saudável	: 74 :	39*	35*			
moyenne : 1.47						
amigos	: 27 :	0*	1*	9*	17*	
moyenne : 3.59						
amizade	: 7 :	0*	1*	2*	2*	2*
moyenne : 3.71						
amor	: 14 :	1*	3*	2*	2*	6*
moyenne : 3.64						
atividade-fisica	: 69 :	40*	27*	0*	0*	2*
moyenne : 1.51						
ausência-de-doença	: 56 :	1*	6*	23*	13*	13*
moyenne : 3.55						
ben-estar	: 34 :	6*	16*	3*	9*	
moyenne : 2.44						
bens-materiais	: 3 :	1*	0*	1*	0*	1*
moyenne : 2.44						
caninhada	: 2 :	0*	0*	0*	1*	1*
moyenne : 3.40						
canisinha	: 55 :	5*	10*	12*	14*	14*
moyenne : 3.40						
cansaço	: 2 :	1*	0*	0*	0*	1*
moyenne : 3.00						
carro	: 6 :	1*	1*	2*	1*	1*
moyenne : 3.00						
casamento	: 1 :	0*	0*	1*		
moyenne : 3.83						
cheirar	: 6 :	0*	1*	1*	2*	2*
moyenne : 3.83						
cidadania	: 1 :	1*				
moyenne : 3.83						
companhia	: 2 :	0*	1*	0*	0*	1*
moyenne : 3.22						
cuidar-de-si	: 23 :	1*	7*	4*	8*	3*
moyenne : 3.22						
curtição	: 31 :	5*	3*	4*	11*	8*
moyenne : 3.45						
descansar	: 12 :	0*	8*	1*	2*	1*
moyenne : 2.67						
deus	: 31 :	10*	3*	5*	4*	9*
moyenne : 2.97						
dificuldade	: 34 :	8*	5*	3*	5*	13*
moyenne : 3.29						
dinheiro	: 63 :	46*	13*	0*	0*	4*
moyenne : 1.46						
disposição	: 2 :	0*	0*	1*	1*	
moyenne : 1.46						
dormir-bem	: 3 :	0*	1*	1*	1*	
moyenne : 1.46						
enagrecer	: 2 :	0*	1*	0*	1*	
moyenne : 1.46						
esportes	: 31 :	4*	11*	4*	6*	6*
moyenne : 1.46						

estudar	moyenne :	2.97	:	31	:	4*	5*	7*	7*	8*
exercício-físico	moyenne :	3.32	:	16	:	7*	5*	2*	1*	1*
faculdade	moyenne :	2.00	:	30	:	3*	10*	9*	8*	
família	moyenne :	2.73	:	34	:	4*	1*	7*	7*	15*
felicidade	moyenne :	3.82	:	7	:	0*	1*	4*	1*	1*
funar	moyenne :	3.29	:	17	:	1*	10*	1*	2*	3*
futebol	moyenne :	2.76	:	35	:	10*	8*	3*	8*	6*
futuro	moyenne :	2.77	:	9	:	0*	1*	2*	2*	4*
harmonia	moyenne :	4.00	:	5	:	2*	0*	0*	0*	3*
humildade	moyenne :	3.40	:	1	:	0*	1*			
independência	moyenne :	3.41	:	27	:	8*	3*	0*	2*	14*
internet	moyenne :	2.52	:	31	:	12*	7*	4*	0*	8*
liberdade	moyenne :	3.02	:	58	:	9*	15*	11*	12*	11*
maconha	moyenne :	3.26	:	58	:	1*	1*	41*	12*	3*
moradia	moyenne :	3.26	:	61	:	3*	9*	17*	20*	12*
moto	moyenne :	3.48	:	6	:	0*	1*	2*	1*	2*
mulher	moyenne :	3.67	:	29	:	2*	4*	6*	6*	11*
nanoro	moyenne :	3.69	:	23	:	0*	1*	5*	4*	13*
paquerar	moyenne :	4.26	:	20	:	1*	1*	0*	14*	4*
paz	moyenne :	3.95	:	36	:	2*	4*	16*	9*	5*
poder	moyenne :	3.31	:	34	:	7*	5*	6*	4*	12*
prazer	moyenne :	3.26	:	15	:	1*	4*	3*	4*	3*
preguiça	moyenne :	3.27	:	12	:	1*	4*	3*	2*	2*
preocupação	moyenne :	3.00	:	31	:	0*	0*	6*	10*	15*
prevenção	moyenne :	4.29	:	23	:	0*	0*	7*	7*	9*
profissão	moyenne :	4.09	:	26	:	1*	6*	7*	11*	1*
reggae	moyenne :	3.19	:	5	:	1*	0*	1*	1*	2*
remédio	moyenne :	3.60	:	3	:	0*	0*	0*	1*	2*
sabedoria	moyenne :	2.69	:	13	:	6*	2*	0*	0*	5*
saudade	moyenne :	2.69	:	1	:	0*	0*	0*	1*	
saúde	moyenne :	2.59	:	29	:	8*	8*	4*	6*	3*
sem-vícios	moyenne :	2.59	:	1	:	0*	0*	0*	0*	1*

sexo			: 58 :	42*	16*						
sonhar	moyenne :	1.28									
			: 17 :	0*	1*	5*	8*	3*			
sucesso	moyenne :	3.76									
			: 1 :	0*	0*	0*	0*	1*			
trabalho			: 62 :	2*	4*	25*	15*	16*			
viajar	moyenne :	3.63									
			: 10 :	1*	1*	0*	1*	7*			
viver-a-vida	moyenne :	4.20									
			: 2 :	0*	0*	1*	1*				
viver-bem			: 56 :	0*	10*	12*	19*	15*			
	moyenne :	3.70									

DISTRIBUTION TOTALE				:1549 :	312*	312*	301*	311*	313*		
RANGS	6 ... 15	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*
RANGS	16 ... 25	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*
RANGS	26 ... 30	0*	0*	0*	0*	0*					

Nombre total de mots differents : 66  
 Nombre total de mots cites : 1549

moyenne generale : 3.00

#### DISTRIBUTION DES FREQUENCES

freq.	* nb. mots	* Cumul	evocations et	cumul inverse
1 *	6	6	0.4 %	1549
2 *	6	18	1.2 %	1543
3 *	3	27	1.7 %	1531
5 *	2	37	2.4 %	1522
6 *	3	55	3.6 %	1512
7 *	2	69	4.5 %	1494
9 *	1	78	5.0 %	1480
10 *	1	88	5.7 %	1471
12 *	2	112	7.2 %	1461
13 *	1	125	8.1 %	1437
14 *	1	139	9.0 %	1424
15 *	1	154	9.9 %	1410
16 *	1	170	11.0 %	1395
17 *	2	204	13.2 %	1379
20 *	1	224	14.5 %	1345
23 *	3	293	18.9 %	1325
25 *	1	318	20.5 %	1256
26 *	1	344	22.2 %	1231
27 *	2	398	25.7 %	1205
29 *	2	456	29.4 %	1151
30 *	1	486	31.4 %	1093
31 *	6	672	43.4 %	1063
34 *	4	808	52.2 %	877
35 *	1	843	54.4 %	741
36 *	1	879	56.7 %	706
55 *	1	934	60.3 %	670
56 *	2	1046	67.5 %	615
58 *	3	1220	78.8 %	503
61 *	1	1281	82.7 %	329
62 *	1	1343	86.7 %	268
63 *	1	1406	90.8 %	206
69 *	1	1475	95.2 %	143
74 *	1	1549	100.0 %	74

## ANEXO C – RELATÓRIO TABRGFR EMITIDO PELO EVOC 2003

TABRGFR QV ADOLESCENTES JEQUIE ESPONT SUJEITO 09-10-12

Les 3 colonnes correspondent respectivement :

au Mot

à sa Fréquence

à son Rang Moyen

Le Fréquence minimale des mots est 34

\*\*\*\*\*

Cas ou la Fréquence  $\geq$  52

et

le Rang Moyen  $<$  3

alimentação-saudável	74	1,473
atividade-física	69	1,507
dinheiro	63	1,460
sexo	58	1,276

\*\*\*\*\*

Cas ou la Fréquence  $\geq$  52

et

le Rang Moyen  $\geq$  3

ausência-de-doença	56	3,554
camisinha	55	3,400
liberdade	58	3,017
maconha	58	3,259
moradia	61	3,475
trabalho	62	3,629
viver-bem	56	3,696

\*\*\*\*\*

Cas ou la Fréquence  $<$  52

et

le Rang Moyen  $<$  3

bem-estar	34	2,441
futebol	35	2,771

\*\*\*\*\*

Cas ou la Fréquence  $<$  52

et

le Rang Moyen  $\geq$  3

dificuldade	34	3,294
família	34	3,824
paz	36	3,306
poder	34	3,265



**ANEXO D – PARECER 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, 27 de setembro de 2010

Of. CEP/UESB 335/2010

Ilmo. Sr.

Prof. Eduardo Nagib Boery

Departamento de Saúde - UESB

Prezado Senhor,

Comunicamos a V. S<sup>a</sup> 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: **146/2010**


Projeto: **QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE DE ESTUDANTES ADOLESCENTES**

Pesquisadores: **Prof. Eduardo Nagib Boery (orientador)**

**Ramon Missias Moreira (colaborador)**

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<sup>a</sup>. Ana Angélica Leal Barbosa**  
Presidente do CEP/UESB

## ANEXO E – 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 146/2010

#### I – Identificação:

**Projeto de Pesquisa:** “Qualidade de vida e saúde de estudantes adolescentes”  
**Pesquisador Responsável:** Prof. DSc. Eduardo Nagib Boery  
**Instituição onde se realizará:** Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia  
**Área de Conhecimento:** Ciências da Saúde –Saúde Coletiva – 4.06

#### II - Objetivos:

**Geral:** Compreender a percepção dos estudantes adolescentes sobre sua qualidade de vida e saúde, identificando e hierarquizando por ordem de relevância, os elementos necessários à obtenção da qualidade de vida na ótica dos adolescentes das três maiores escolas públicas estaduais do município de Jequié.

**Específicos:** investigar se há relação entre o rendimento escolar e a qualidade de vida dos adolescentes e de utilizar os recurso oferecidos pelo WHOQL-bref, instrumento que será melhor detalhado nos aspectos metodológicos.

#### III – Sumário do projeto:

Trata-se de uma pesquisa quanti-qualitativa. O estudo será desenvolvido em três grandes escolas públicas estaduais do município de Jequié-BA: Colégio Modelo Eduardo Magalhães, Instituto de Educação Régis Pacheco e Colégio Estadual Luiz Viana Filho. Estas escolas foram selecionadas por conta da localização centralizada e pelos pesquisadores “elas são o maior pólo educacional da cidade de Jequié, abrigando o maior número de alunos”. Os sujeitos da pesquisa “serão os escolares adolescentes com faixa etária entre 12 e 18 anos que estudem regularmente nessas instituições de ensino”. Para a coleta de dados será utilizado como instrumento um questionário de avaliação de qualidade de vida, o WHOQOL-bref com 26 questões extraídas do WHOQOL 100. Além disso, será realizada entrevista semi-estruturada. Para análise dos dados será utilizada a técnica de análise temática segundo Minayo (2000). Em relação às questões éticas, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) será assinado pelos pais ou responsáveis pelos adolescentes.

#### IV – Comentários do relator:

O projeto apresenta os elementos necessários para a submissão ao CEP-UESB, está bem elaborado e estruturado e, além disso, possui relevância social.

#### V – Parecer do relator:

Analisando o projeto “Qualidade de vida e saúde de estudantes adolescentes”, reconhecemos o mérito do mesmo e a importância para a área de saúde e em especial para a Saúde Coletiva. Assim, somos de parecer favorável a aprovação do mesmo.

**Situação do projeto:** Aprovado

*Jequié, 27 de setembro de 2010*

*Ana Barbosa*  
**Prof<sup>ª</sup>. Ana Angélica Leal Barbosa**  
 Presidente do CEP/UESB