

Dayana Natalia Trifoni

Análise da Determinação Social da Saúde: Olhares e Vozes de
Adolescentes do Itapoã – DF

BRASÍLIA, 2013

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

DAYANA NATALIA TRIFONI

**ANÁLISE DA DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE: OLHARES E VOZES DE
ADOLESCENTES DO ITAPOÃ - DF**

**Dissertação apresentada como requisito parcial
para obtenção do título de Mestre em Ciências
da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em
Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.**

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Valéria Machado Mendonça

BRASÍLIA

2013

DAYANA NATALIA TRIFONI

**ANÁLISE DA DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE: OLHARES E VOZES DE
ADOLESCENTES DO ITAPOÃ - DF**

Dissertação apresentada como requisito parcial para
obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde
pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da
Saúde da Universidade de Brasília.

BANCA EXAMINADORA

13 de maio de 2013

Profa. Dra. Ana Valéria Machado Mendonça – (presidente)

Universidade de Brasília

Profa. Dra. Elza Maria de Souza – (membro)

Universidade de Brasília

Prof. Dr. Cláudio Fortes Garcia Lorenzo – (membro)

Universidade de Brasília

Profa. Dra. Dais Gonçalves Rocha – (suplente)

Universidade de Brasília

Dedico essa dissertação aos adolescentes desta pesquisa e a todos os outros que dia a dia me inspiram e me ensinam, dedico em especial à Izabella, minha irmã, filha, amiga, adolescente, pessoa ética, que dia a dia me orgulha e me faz acreditar no potencial dos jovens.

AGRADECIMENTOS:

Gostaria de agradecer a Dais Gonçalves Rocha, por todo apoio, pelo incentivo desde antes da inserção no mestrado, por acreditar em meu potencial, por compartilhar práticas e saberes e por toda a generosidade que a acompanha passo a passo.

À Ana Valéria Mendonça, por aceitar ser minha orientadora.

Aos estudantes da UnB que participaram como colaboradores da pesquisa, em especial ao João Pedro e Mariana que em muito contribuíram para sua realização.

Aos meus colegas de trabalho que tiveram paciência e compreensão comigo e com todo meu processo de ser mestranda, agradeço por fazer parte de uma grande equipe de profissionais que dia a dia extrapolam os limites do possível, fazendo melhor e mais!

Agradeço às minhas amigas queridas, que estão perto e assim permanecem e às que estão longe mas que sempre estão muito próximas! Em especial à Vivi, Maria Carolina, Marina, Mariana, Júlia, Érica e ao querido e saudoso Vladimir! Obrigada por todo apoio, conforto, ajuda com a dissertação e pelos momentos de muita alegria que fazem a vida toda valer a pena.

Ao meu amor, amigo, parceiro, cúmplice, amante: Paulo. Por estar aqui comigo, por se fazer presente em todos os momentos, pela paciência, amor, carinho e cuidado, e por ser mais, muito mais do que eu poderia sonhar. Muito, muito obrigada por tudo!

E por fim, agradeço àqueles que por definição são também o princípio: à minha querida família, à minha mãe, por todos os momentos, por ter sido a primeira pessoa a acreditar em quem eu poderia me tornar, e por me fazer acreditar nisso. À Iza, meu presente, que eu amo infinitamente mais! À tia Marlene e tio Sérgio, pelo suporte, amor, cuidado e confiança, por serem mais que tios, por serem tão especiais, e aos meus irmãos Vitor e Eduardo, por serem quem são e o que são pra mim, por afinidade e livre escolha.

“Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina”

Cora Coralina

RESUMO

Esta pesquisa investigou o adolescente e sua percepção sobre a determinação social da saúde a partir de fatores de proteção e de vulnerabilidade. Trata-se de uma categoria de análise fundamental para uma compreensão integral da saúde, a partir da realidade e de suas dimensões. Adotamos a ideia de adolescências, por compreender o sujeito a partir contexto social e cultural onde se dá sua vivência, atrelado a questões como: raça/cor, gênero, classe social, orientação sexual, geração. O estudo ocorreu dentro do contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF) e abrangeu todo o território do Itapoã. Trata-se de uma pesquisa qualitativa que utilizou como metodologia análise documental, diário de campo, grupo focal e o fotovoz, e a *Grounded Theory* para a análise dos dados. Os resultados sugerem que os adolescentes do Itapoã consideraram como fator de vulnerabilidade a questão ambiental, e nesse contexto, os lixos e entulhos, desencadeando doenças e gerando acidentes; e como fatores de proteção, educação, esportes, lazer, amizade e música. A escola foi vista tanto como protetora, por promover educação, como fator de vulnerabilidade, devido à violência presente neste ambiente, bem como pela depredação do espaço. Ao final, obtivemos maior compreensão sobre os adolescentes e suas demandas, permitindo assim maior proximidade com esta população e subsidiando material para que as equipes da ESF, a universidade e os equipamentos sociais desenvolvam ações com a perspectiva destes jovens.

Palavras-Chave: Adolescência; Saúde Coletiva; Vulnerabilidade em Saúde.

ABSTRACT

This research had investigated the teenagers and their perception about health social determination, from protection and vulnerabilities' factors. There's a fundamental analytical category for a complete comprehension of health, about reality and its dimensions. We adopt the concept of adolescences, because we comprehend the subject from a social and cultural context, where living happens, bound by race/color, gender, social class, sexual orientation and age questions. The study was made in Family Health Strategy (FHS) and covered the whole territory of Itapoã - DF. It's a qualitative research that used documental analysis, field diary, focal group and photovoice study as analytical method, besides the Grounded Theory for data analysis. The results show that the teenagers from Itapoã considered environment as a vulnerability factor, and, in this context, trash and rubbish causing diseases and accidents. Education, sports, leisure, friendship and music were pointed as protection factors. The school was seen as protector and as a vulnerability generator, because it promotes education at the same time it presents itself as a vandalized ambient and a violence space. In the end, we got better comprehensions about the adolescents and their demands, allowing more proximity to this population. The data built in this study now can be used by FHS staff, universities and social devices to develop actions under the perspective of this youth.

Keywords: Adolescence; Public Health; Health Vulnerability

Lista de Abreviaturas e Siglas

ALAMES: Associação Latino Americana de Medicina Social

CAAE: Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

Cebes: Centro de Estudos Brasileiros de Estudos de Saúde

CMDSS: Conferência Mundial de Determinantes Sociais da Saúde CNDSS:
Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde

CODEPLAN: Companhia de Planejamento do Distrito Federal

DF: Distrito Federal

DSS: Determinantes Sociais da Saúde

ECA: Estatuto da Criança e do Adolescente

ESF: Estratégia Saúde da Família

INEP: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira

MEC: Ministério da Educação

MS: Ministério da Saúde

NASF: Núcleo de Apoio ao Saúde da Família

OMS: Organização Mundial de Saúde

OPAS: Organização Pan-Americana da Saúde

PDAD: Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios

PEDS: Pesquisa Domiciliar Socioeconômica

PET-Saúde: Programa de Educação Tutorial em Saúde

PNPS: Política Nacional de Promoção da Saúde

Pró-Saúde: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

PSE: Programa Saúde na Escola

SESU: Secretaria de Educação Superior

SGTES: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

SES – DF: Secretaria de Saúde do Distrito Federal

SUS: Sistema Único de Saúde

UnB: Universidade de Brasília

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura I: Percurso Metodológico

Figura II: Espaços com lixos e entulhos no Itapoã

Figura III: Espaços com lixos e entulhos no Itapoã

Figura IV: Foto de uma escola do Itapoã

Figura V: Foto de um copo de cerveja em um bar do Itapoã

Figura VI: Foto de um mercado do Itapoã

Figura VII: Foto de uma bola simbolizando esporte e lazer

Figura VIII: Foto de amigos tocando violão

Figura IX: Foto de uma paisagem do Itapoã

Figura X: foto das lixeiras instaladas pelo Itapoã após a pesquisa

Figura XI: foto do quadro com as fotos, confeccionado pelos adolescentes do G2

Figura XII: Meninos jogando futebol num campo improvisado nas ruas do Itapoã

Figura XIII: Foto do Centro de Saúde do Itapoã

Diagrama I: Consolidado das categorias e subcategorias do estudo

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO.....	14
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	18
2.1. DETERMINANTES SOCIAIS OU DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE.....	18
2.2. ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E A PROMOÇÃO DA EQUIDADE.....	24
2.3. ADOLESCER: UMA QUESTÃO DE TEMPO?.....	28
3. OBJETIVOS	35
4. METODOLOGIA	36
4.1.NATUREZA DO ESTUDO.....	36
4.2. CENÁRIO DO ESTUDO.....	37
4.3. ETAPAS OU PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	38
4.4. ANÁLISE DOS DADOS.....	45
4.5. ASPECTOS ÉTICOS.....	49
5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	51
5.1. RECONHECIMENTO DO DISSENSO ENTRE DISCURSO E OLHAR DO CONCRETO E POTÊNCIA DO FOTOVOZ.....	51
5.2. ANÁLISE DAS CATEGORIAS.....	62
5.2.1. Educação em foco.....	63
5.2.2. Meio ambiente.....	70
5.2.3. Lixo.....	74

5.2.4. Doenças e acidentes.....	76
5.2.5. Vivência e mídia na aprendizagem.....	78
5.2.6. A felicidade como componente de saúde.....	83
5.2.7. Sujeitos e Estado.....	88
5.3. A TEORIA: A COEXISTÊNCIA DOS FATORES DE PROTEÇÃO E VULNERABILIDADE.....	93
5.4. AUSÊNCIAS E SILÊNCIOS QUE REVELAM: O LUGAR DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA PARA OS ADOLESCENTES.....	94
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	99
REFERÊNCIAS.....	105
APÊNDICES.....	116

1. APRESENTAÇÃO

A pesquisa foi realizada na região administrativa do Itapoã - DF, junto a grupos de adolescentes moradores da área. Nesta, buscou-se verificar a visão dos adolescentes acerca da Determinação Social da Saúde, fatores de vulnerabilidade e de proteção; a fim de revelar o olhar desses sujeitos para a temática, o impacto desta em suas vidas e a relação da Determinação Social da Saúde com a saúde dos adolescentes.

A princípio a pesquisa se desenvolveu no contexto do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) instituído pelo Ministério da Saúde (MS) através da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), junto à Secretaria de Educação Superior (SESU) e ao Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), do Ministério da Educação (MEC), e o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). O Pró-Saúde foi lançado pela Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.101, de 03 de novembro de 2005, e compreendia, inicialmente, os cursos de graduação de Enfermagem, Medicina e Odontologia, as profissões que integram a Estratégia de Saúde da Família, e em 2007, passou a contemplar outros cursos de graduação de saúde através da Portaria Interministerial MS/MEC nº 3.019, de 27 de novembro de 2007 (BRASIL, 2007). O objetivo do programa é:

Integrar o ensino e o serviço, visando à reorientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na Atenção Básica, promovendo transformações na prestação de serviços à população (BRASIL, 2007, p.1).

Para atingir este objetivo, o Pró-Saúde foi estruturado de forma a trabalhar na transformação da orientação teórica, dos cenários de prática e da orientação pedagógica. Na orientação teórica busca-se priorizar os determinantes de saúde e os biológicos e sociais da doença; realizar pesquisa clínica-epidemiológica baseada em evidências para uma avaliação crítica do

processo de Atenção Básica, além de orientação sobre melhores práticas gerenciais que facilitem o relacionamento, e a atenção especial à educação permanente, não restrita à pós-graduação especializada (BRASIL, 2008).

As Instituições de Ensino Superior propõem projetos que serão selecionados a partir de um processo de seleção pública, por meio de edital e convocatória, publicados no Diário Oficial da União, com base em critérios que contemplem os três eixos de transformação. Nesse contexto, a partir da aprovação do projeto Pró-Saúde Universidade de Brasília/Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), no ano de 2008, a Universidade de Brasília (UnB) articulada à SES-DF na região administrativa do Paranoá-Itapoã tem buscado alcançar os objetivos do Pró-Saúde, potencializando a resolubilidade dos problemas de saúde da população abrangida, capacitando recursos humanos, produzindo conhecimento e prestando serviços com o fim maior de fortalecer o Sistema Único de Saúde. E mais, com a aprovação do projeto proposto pela UnB pelo Programa de Educação Tutorial em Saúde (PET-Saúde), uma das estratégias do Pró-Saúde que atua na integração ensino-serviço-comunidade, a UnB têm buscado fortalecer as diretrizes do PET-Saúde no contexto de atuação em que está inserida, entre estas:

- Fortalecer a interação da UnB com as comunidades do Paranoá e Itapoã;
- Contribuir no processo de implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais da área da saúde;
- Alinhar as atividades à Política Nacional de Atenção Básica em Saúde e às políticas públicas de gestão participativa do Sistema Único de Saúde (SUS);
- Valorizar a interdisciplinaridade, atuação multiprofissional e integração ensino-serviço.

Contudo, após o primeiro ano de realização do projeto, por um grupo que compreendia uma aluna bolsista, duas tutoras e duas preceptoras, com a

dificuldade de continuidade do processo, devido à saída de algumas das participantes e também pela necessidade de um acompanhamento mais contínuo da pesquisa, com aprofundamento do estudo.

Eu que já era uma das preceptoras e que estive presente desde a elaboração do estudo, ao ser aprovada no mestrado em Saúde Coletiva da UnB, junto de uma das tutoras do PET – Saúde UnB, resolvemos pleitear a pesquisa e transformá-la em objeto de estudo do meu mestrado. Desta forma, apesar de continuar vinculada ao Pró-saúde, fazendo agora parte das práticas da disciplina de Saúde e Sociedade da UnB, havia a possibilidade de um trabalho mais sistemático, com aprofundamento conceitual-metodológico e voltado para todo o processo, diferente do que acontece durante as disciplinas, em que o estudante se aproximava de um recorte do estudo.

Além disso, trabalhar junto desta população e com tal temática traz contribuições para o trabalho que desenvolvo no Centro de Saúde do Itapoã, já que além de preceptora do Pró-saúde (até meados de 2012), também sou terapeuta ocupacional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que trabalha no sentido de matriciar as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), para aumentar a resolubilidade destas junto às famílias assistidas.

Assim, aproximar-me a visão dos adolescentes e estar inserida no trabalho em saúde desenvolvido naquela área, torna-se via de mão dupla. Pois o vínculo com o adolescente potencializa o trabalho com esta população e o vínculo com gestores e profissionais de saúde proporciona um entendimento da relação que se estabelece entre tais sujeitos. No caso, esta pesquisa possibilitou compreender a não vinculação do serviço com os adolescentes.

Em termos de relevância de pesquisa, vale lembrar que a regional escolhida é um território vulnerável, com a maior população jovem do Distrito Federal, como será discutido adiante. E comumente, o sujeito para o qual as políticas públicas de saúde são voltadas, por mais que constitucionalmente tenha seu direito de voz garantido, não encontra espaço para tal, ou mesmo desconhece tal direito. Esta pesquisa teve como foco principal voltar-se para a

percepção do adolescente acerca da Determinação Social da Saúde e promover espaço de diálogo, com a valorização de sua fala.

Esperamos que os resultados obtidos nesta pesquisa venham a contribuir para o planejamento de ações de saúde direcionadas aos adolescentes do Itapoã, considerando, neste sentido, o olhar deste grupo, suas demandas e interesses, “des-velados” a partir do presente estudo.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2. 1. DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE OU DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE?

Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS), de acordo com a Organização Mundial de Saúde, consistem nas condições sociais de vida e trabalho de um indivíduo; e conforme a Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), estes são:

“Fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (BUSS & PELLEGRINI, 2007, p 78).

Existem muitas outras definições a respeito dos determinantes que se complementam, e de modo geral, estas definições apontam para as condições sociais em que os indivíduos estão inseridos, que influenciam direta e/ou indiretamente na saúde destes e da população - visão individual e coletiva.

A despeito da diversidade conceitual, para Nogueira (2009), o conceito de determinantes sociais da saúde não está claro. Segundo este autor, os determinantes sociais expressam uma ideia de causalidade social, de uma categoria de natureza ou caráter social, inferindo-se assim a existência de outras categorias de natureza diversa, como a biológica, ambiental ou genética. Contudo, não há sustentabilidade teórica e nem mesmo consistência que fundamente ações em saúde de tamanha abrangência.

Além disso, Nogueira afirma que o relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre os determinantes sociais de saúde apresenta uma visão positivista dos determinantes, pois a saúde é apontada como um resultado de múltiplos fatores e não como essência social, perdendo assim a dimensão dos processos sócio-históricos dos determinantes. Para ele, a saúde é analisada

pelo relatório da OMS sobre o ponto de vista biologicista, uma vez que neste a saúde é medida através de anos de vida da população. O autor destaca ainda a ausência de fundamentos e contribuição das ciências políticas, filosofia e sociologia no que se diz respeito ao relatório sobre determinantes, propondo assim o conceito de determinação da saúde ao invés de determinantes sociais da saúde.

Nesse mesmo sentido, Garrafa, Córdón (2009), no texto “Determinantes Sociais da Doença”, assim como Nogueira, ressaltam que o Relatório da OMS (2008), ainda que apresente os avanços da saúde e dos problemas decorrentes das doenças, não adentrou no campo das razões sociais e econômicas que geram as doenças e a perpetuação dos problemas de saúde.

O enfoque do trabalho destes autores se dá quanto à determinação social das doenças, baseada nas relações sociais, no processo de produção e acumulação capitalista, o qual seria o causador principal da falta de acesso da população mais pobre às inovações tecnológicas ocorridas no campo da saúde. Vale dizer, preocupam-se em preencher a ausência de elementos sobre a matéria no Relatório da OMS, e, no caso brasileiro, trabalhar e sugerir medidas quanto a esses elementos no contexto do Sistema Único de Saúde.

Buss, Pellegrini (2007) apresentam os diferentes enfoques do processo saúde-doença ao longo da história e destacam como esta trajetória interferiu no processo de construção e modulação do consenso quanto à importância dos determinantes sociais na saúde. Primeiramente, predominou a teoria miasmática, depois o enfoque bacteriológico/médico-biológico e o enfoque sócio-político-ambiental; e estes dois últimos alternaram-se entre si durante a história. Tais autores consideram que com a criação da CNDSS pela OMS, o enfoque social e ambiental tem predominado atualmente, já para Nogueira o enfoque ainda permanece biologicista, como já citado anteriormente.

Segundo Tambellini, Schutz (2009), apesar do debate amplo e complexo ocorrido dentro da CNDSS a partir de sua criação, em 2004, com grupos de trabalho organizados em torno dos principais determinantes: exclusão social,

mulher e equidade de gênero, condições de emprego, globalização, desenvolvimento infantil precoce, urbanização, sociedade civil, sistemas de saúde, condições de saúde pública prioritária, ação intersetorial e entre países; em 2008, quando foi apresentado o relatório final, elaborado por um grupo de trabalho teórico-metodológico, denominado de comissão, o que se observou foi uma síntese incapaz de refletir a riqueza e a transparência dos textos temáticos presentes nos relatórios dos grupos de trabalho.

Nesta pesquisa, adotamos o conceito de determinação social da saúde defendido por Nogueira (2008), Cordón, Garrafa (2009), por entendermos a transversalidade da temática saúde no cotidiano dos sujeitos. Não há como pensarmos saúde e a determinação desta abstendo-se do contexto político, histórico, cultural e social, ou mesmo minimizando-os e analisando-os como conceitos isolados ou hierarquizados de forma rígida. A saúde é uma esfera da vida, mas também a atravessa, sendo influenciada e influenciando contextos.

Na visão da Associação Latino Americana de Medicina Social - ALAMES e do Centro de Estudos Brasileiros de Estudos de Saúde – Cebes, explicitada a partir de um documento elaborado durante a Conferência Mundial de Determinantes Sociais da Saúde (CMDSS) ocorrida no Rio de Janeiro em 2011; determinação e determinantes tem tratado apenas de saúde, porém não se pode perder de vista o fato da determinação falar principalmente sobre a totalidade da vida, o que inclui: saúde, doença e morte.

Em um panorama ideal de um país que não tenha sua história marcada por séculos de dominação e de um modelo predatório, talvez seja possível abordar a temática dos determinantes sociais de saúde, sem levar em conta o impacto desse contexto histórico e do capitalismo. Contudo, essa não é a realidade do Brasil e de países da América Latina. A expansão da economia capitalista tem gerado consequências para a saúde como as mudanças climáticas, a destruição do ecossistema, a insegurança alimentar, uma urbanização caótica, a violência e uma grave exclusão social (ALAMES, CEBES, 2011).

Não se trata de atribuir à saúde a resolução de tais questões, mas sim de considerá-las ao pensar políticas públicas e programar ações. Caso contrário, corre-se o risco de uma abordagem superficial e ineficaz, voltada a ações pontuais, que buscam tratar as consequências deslocadas de suas causas e do contexto em que estão inseridas. O setor saúde pode, ainda, agudizar ou reproduzir as iniquidades vigentes na sociedade. Se partirmos da premissa de que nosso modelo político é único e definitivo, como fica implícito no discurso que defende os determinantes sociais de saúde, atuaremos nos níveis mais imediatos e superficiais da determinação e dos determinantes, sem que nos aproximemos das “causas de las causas” (p.3), com isso trabalharíamos de modo a fortalecer o modelo político vigente e a abrandar os impactos negativos deste sobre a vida e seus processos (ALAMES, CEBES, 2011).

O posicionamento da ALAMES e do Cebes, na Conferência supracitada, deixa claro a proposição de adotar a determinação social da saúde em sua integralidade e conteúdo transformador para “pasar de una lucha por las prestaciones y derechos más inmediatos de la salud individual, que sin embargo siguen siendo vitales, a un trabajo más amplio pero necesario por los derechos integrales humanos y de la vida” (p.3) .

O documento fala também das raízes da determinação social da saúde na América Latina junto do movimento de reforma sanitária em 1976. Trata-se de uma categoria de análise fundamental para uma compreensão integral da saúde, a partir da realidade e de todas suas dimensões, que surgiu como resposta do pensamento crítico à ciência reducionista e empírica que busca explicar o processo saúde - doença a partir de conceitos destacados de uma realidade com processos estruturais. Processos esses que não se mostram ou não são explicados na ciência reducionista. (ALAMES, CEBES, 2011).

Para compreender e melhorar a saúde faz-se necessário ter um foco proativo nos padrões e modelos sociais que moldam as chances de sujeitos e coletivos serem saudáveis, no lugar de oferecer auxílio médico sanitário

durante o adoecer. (GRAHAM, 2004; LHO, 2002; AROUCA, 2003 *apud* TAMBELLINI, SCHUTZ, 2009).

O modelo de determinação social da saúde defendido nesta pesquisa e pelos citados autores e órgãos, não pode ser aplicado sem sinalizar a necessidade de uma transformação maior na sociedade e no modelo civilizatório vigente que vem se apresentando excludente, depredatório e individualista. (ALAMES, CEBES, 2011). Ainda, explicitar “as dimensões políticas, históricas e espaço-territórias desta proposição científica” (TAMBELLINI e SCHUTZ 2009, p. 377).

Também, em outubro de 2011, durante a referida CMDSS, lideranças jovens das Américas, fizeram um documento em que se posicionavam em relação a estes.

O documento é iniciado dizendo do desejo destes jovens de serem escutados, de terem voz como um grupo majoritário nesta região. Os representantes dos jovens das Américas falaram sobre a necessidade de acesso às políticas públicas, ao ensino público de qualidade, considerando também a importância do Estado oferecer alternativas para a questão de famílias em estado de extrema pobreza que necessitam trabalhar e que por isso apresentam maior dificuldade de terem acesso aos estudos.

Também debateram questões como participação nas políticas direcionadas a eles, acesso, estrutura e espaços de saúde, esporte, lazer e cultura. Tal documento será retomado posteriormente para fazermos um paralelo do posicionamento destes jovens e dos achados desta pesquisa.

É notável que algumas ações preconizadas pela atenção primária e promoção de saúde, por vezes são guiadas por uma defesa de um certo “bem estar” pautada no mercado. O tempo todo somos incitados a ter um corpo magro, um sono e uma vida melhor, com forte tendência à medicalização (CARVALHO, GASTALDO, 2008). Tais ações estão afinadas ao mercado global e às indústrias farmacêuticas e alimentícias (ALAMES), voltadas a criar necessidades e a vender desejos.

Quando o profissional de saúde se coloca nesta posição de prescrever saúde, ele está agindo dentro da lógica opressor-oprimido, a prescrição é a imposição de um agir de uma consciência – que reflete o discurso hegemônico; a outra. Este é o sentido alienador desta forma de relacionar-se, pois faz com que oprimidos apresentem comportamentos prescritos, pautados na ação opressora. (FREIRE, 1967)

Voltar-se para práticas embasadas pela determinação social da saúde é propor-se a uma atividade transformadora, pautada na real democratização da saúde com participação social, na resistência a um modelo político (de)predatório e excludente e dar voz aos sujeitos.

Neste estudo, além da questão do capital para a determinação social de saúde, interessa-nos o olhar do sujeito jovem e a busca por sua participação social. Reconhecendo que a autonomia individual e coletiva são elementos criadores de novas alternativas, podendo assim resignificar a dinâmica social e da sociedade (ZIONI, WESPHAL, 2007).

Ainda para Zioni e Wesphal (2007), seria preciso pensar na possibilidade de convergências entre um enfoque estruturalista, como é o caso da determinação social da saúde, e um pensamento voltado para a ação e seus atores sociais, correndo o risco de se conseguir um pensamento eclético e não plural.

Nesta pesquisa nos colocamos sob esse risco, entendemos que a sociedade e sua estrutura se constituem de sujeitos, e da ação destes no mundo, compreendendo-o e vivendo-o criticamente. Se por um lado, não será nos pautando em ações individuais que iremos alcançar os pilares da equidade, justiça e mudança social, não será nos voltando apenas para a estrutura, em detrimento do potencial de atuação de sujeitos em âmbitos coletivos, e da necessidade de empoderamento da população, que iremos atingir ou ao menos nos aproximar de tais objetivos. Sujeitos e coletivos são parte de uma dinâmica interdependente, e é para esta dinâmica que iremos nos voltar.

Ao oferecermos espaço fecundo para suas visões de mundo, suas falas e reflexões, também favorecemos o desenvolvimento do sujeito com consciência crítica, capaz de lutar por seus direitos e compreender melhor seus deveres e o alcance destes em um contexto político, histórico e espaço-territorial.

2.2. ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E PROMOÇÃO DA EQUIDADE

Para Villar (2007), uma determinação social da saúde importante seria a relacionada aos sistemas de saúde que refletem as políticas sociais vigentes. No Brasil, desde a década de 1990, a ESF tem sido priorizada tendo como foco a reorganização da Atenção Básica de Saúde, considerando-se os princípios e preceitos do SUS. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), a Atenção Básica:

Caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. (BRASIL, 2009, p. 10)

E, além disso, tem como princípios a universalidade, a acessibilidade e a coordenação do cuidado, o vínculo e continuidade, a integralidade, a responsabilização, a humanização, a equidade e a participação social.

A ESF apresenta-se então como um instrumento organizador da Atenção Básica, contando com os mesmos princípios gerais desta, devendo atuar no território, cadastrando domicílios, realizando diagnóstico situacional e ações direcionadas aos problemas de saúde verificados, de maneira pactuada com a comunidade onde atua. A partir deste diagnóstico situacional deve

também realizar atividades focadas na família e na comunidade; e estabelecer parcerias com instituições e organizações sociais, preferencialmente da sua área de abrangência e viabilizar a construção da cidadania.

Considerando ser atribuição das ESF a realização do diagnóstico situacional dos seus respectivos territórios de atuação, durante a elaboração desta pesquisa e início das atividades de campo, buscamos conhecer junto aos integrantes da ESF do Itapoã-DF, o diagnóstico situacional dos adolescentes desse território, verificamos então, ser este incipiente, uma vez que os adolescentes do Itapoã ainda não haviam sido mapeados pelas equipes.

Ainda que a promoção da saúde esteja prescrita nas atribuições de cada um dos membros das equipes de Atenção Primária e apresente-se como uma estratégia de produção de saúde e na construção de ações que respondam às necessidades sociais em saúde, uma vez que tem seu foco voltado para aspectos que determinam o processo saúde-adoecimento ou saúde-doença, ou seja, os “determinantes e condicionantes de saúde – modos de viver, condições de trabalho, habitação, educação, cultura, lazer, acesso a bens e serviços essenciais” (BRASIL, 2006, p. 17), diversos autores (SILVA 2008; SISSON 2007; SENNA 2002) têm problematizado os desafios do cumprimento desta missão.

Estas atribuições, em 2006, foram ratificadas pela Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), onde a partir dos problemas e necessidades de saúde e seus determinantes, propõe que as intervenções em saúde operem tanto sobre os efeitos do adoecer, determinantes da doença – como nas condições de vida dos indivíduos. Ao favorecer o espectro de escolhas saudáveis destes e da comunidade em geral, no território onde vivem e trabalham, reduzindo a vulnerabilidade e riscos à saúde (BRASIL, 2006).

A primeira das diretrizes da PNPS consiste em “reconhecer a promoção da saúde como aspecto fundamental da busca da equidade e da melhoria da qualidade de vida e saúde” (BRASIL, 2006, p.19).

Além disso, a equidade e os determinantes sociais de saúde são focos dos objetivos da CNDSS. A equidade é questão de prioridade para a CNDSS, uma vez que o Brasil está no rol dos países com maiores iniquidades em saúde, buscando-se assim combater as iniquidades e situações de vulnerabilidade da população frente a diversas esferas da vida. Através do trabalho final da CNDSS, o relatório sobre “As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil, podem contribuir para a promoção da saúde e da equidade por meio da atuação sobre os determinantes sociais” (CNDSS, 2008, p. 13).

A equidade apresenta várias concepções diferentes; não há um consenso quanto ao conceito de equidade. A Organização Pan-Americana da Saúde (OPS) entende que “equidade em atenção em saúde implica em receber atenção, segundo suas necessidades” (OPS, 1998). Para Margareth Whitehead (1992): “iniquidades em saúde referem-se a diferenças desnecessárias e evitáveis e que são ao mesmo tempo consideradas injustas e indesejáveis. O termo iniquidade tem, assim, uma dimensão ética e social”; associando assim o conceito de equidade ao negativo, ao que não é equidade. Já para Escorel (2001), a definição de equidade em saúde depende do conceito de saúde e do conceito de necessidades (sociais) de saúde.

Há também a abordagem da equidade no que tange ao aspecto ético. Garrafa et. al. (1997) definem a equidade como o reconhecimento de necessidades diferentes, de sujeitos diferentes, para atingir direitos iguais, direito à vida, direito de acesso aos serviços de saúde. É através da equidade, de princípios de responsabilidade individual e pública e da justiça social que os processos decisórios de alocação de recursos devem ser guiados para se garantir o direito à saúde e para se alcançar a igualdade (GARRAFA et. al., 1997). Deve-se considerar a priorização das necessidades com base na ética para estabelecer políticas públicas voltadas para a conquista da equidade e combate às iniquidades.

Não faz parte dos objetivos deste trabalho analisar e discutir as diferentes concepções de equidade, porém consideramos importante

apresentar algumas destas concepções para subsidiar a análise da potencialidade da ESF em contribuir para a promoção da equidade em saúde a partir do território local.

Concordamos com Senna (2002), quando ao analisar a complexidade que envolve o tema da equidade e da justiça social no âmbito do ESF, afirma que: “Essa complexidade se aprofunda em face das grandes heterogeneidades regionais, sociais, econômicas, políticas e administrativas que marca a história brasileira” (p.210).

Portanto, é necessário que as ações de promoção da saúde sejam desenvolvidas na ESF levando em consideração todo o contexto do território, bem como a amplitude das ações e à que elas se dirigem no intuito de se conseguir alcançar objetivos de coletividade, para não correr o risco de implementar ações de cuidados individuais, pautadas exclusivamente em mudanças de comportamento, e, desta forma, culpabilizar sujeitos.

Ações de promoção da saúde, não dizem apenas de cuidados e gerência da saúde individual, são também pautadas na participação social, com sujeitos ativos, sabedores de seus direitos e deveres.

No contexto deste estudo, as equipes do ESF foram implantadas no território do Itapoã em 2009. Atualmente são 8 ESF, totalizando uma cobertura de cerca de 25% da população da região. Nesta situação perguntamos: qual a possibilidade destas equipes liderarem um processo de mobilização de recursos institucionais e pessoais visando a promoção da equidade e, no caso deste estudo, enfrentamento das “causas das causas” do processo saúde doença dos adolescentes da região?

2.3. ADOLESCER: UMA QUESTÃO DE TEMPO?

Ao longo da história a adolescência tem sido tratada de diversas maneiras, através de diferentes enfoques, tais olhares para a adolescência por vezes acabaram por institucionalizá-la, enquanto outras abordagens puderam garantir que outros aspectos fossem considerados. Apresentaremos a seguir, os principais modelos de compreensão de acordo com MARCELLI, BRACONNIER, 2007.

O modelo fisiológico é marcado pela crise pubertária, com alterações somáticas e maturação genital, apresenta um período esperado para o início e término das transformações.

Já o modelo cognitivo e educativo tem seu foco nas profundas transformações da função cognitiva, no desenvolvimento da capacidade intelectual com as diversas aprendizagens sociais que ela possibilita.

O modelo psicanalítico trata das questões das mudanças identificatórias, nas alterações com as ligações com os objetos edipianos e da integração na personalidade da pulsão genital.

A linha que escolhemos para a abordagem da adolescência nesta pesquisa foi o modelo sociológico, tal escolha foi feita por ser esta linha de pensamento a mais adequada ao fenômeno estudado, contudo temos que deixar claro que não desconsideramos ou temos como irrelevantes as outras linhas de pensamento apresentadas.

Para este modelo a adolescência é vista como um período de inserção na vida social e também de um grupo social com suas características socioculturais. Segundo o contexto histórico, cultural e social, a vivência da adolescência também será diferente. Desta forma, na compreensão sociológica, a adolescência não é um fenômeno universal e homogêneo.

Dentro do modelo sociológico há várias abordagens: a abordagem histórica, que mostra que o conceito de adolescência foi mudando ao longo do tempo, alguns olhares deram lugar a outros, e tal período da vida já foi longo ou um pouco mais breve e há ainda momentos em que o sujeito ia da infância diretamente para a vida adulta, sendo ignorado tal momento.

Na abordagem cultural, a forma como cada cultura vivencia a adolescência é o foco, nesse caso há outra questão: em algumas culturas esse processo não é reconhecido. Margaret Mead (1972), em seus estudos aponta para uma descoberta importante, a adolescência pode falar do tipo de sociedade, quanto mais complexa é a sociedade, mais longa e conflituosa será a adolescência. As características desse momento irão variar conforme o nível de duração, o nível dos métodos adotados para a socialização dos indivíduos e de acordo com os tipos de cultura.

Já na abordagem social o foco está no fato de que em uma mesma cultura, principalmente em nossas sociedades, a adolescência será vivenciada de forma diferente de acordo com o meio de origem e com as atividades exercidas.

Dentro deste modelo de pensamento buscou-se na idéia de “adolescências” a fundamentação para o estudo. Em tal abordagem os contextos sociais, econômicos, políticos e culturais em que os adolescentes estão inseridos, ou seja, as diferenças entre os indivíduos decorrentes dos seus contextos históricos e sociais são constitutivas da adolescência, interferem no próprio desenvolvimento de vida em si/construção da identidade e na interação com outros indivíduos; ao se tratar de adolescência, implica-se em relacionar aspectos variados como: raça, gênero, classe social, orientação sexual e gerações, no processo de constituição da mesma (MAYORGA, 2006).

A forma como a adolescência é tratada tradicionalmente traz alguns prejuízos ao estudo deste processo, pois a naturaliza, a universaliza e a institucionaliza de uma forma determinista, ocultando assim as particularidades condicionadas ao gênero, raça/etnia, condição social, processo histórico e

cultural, orientação sexual, entre outros tantos aspectos que farão da vivência da adolescência uma situação única, apesar de seus pontos concordantes, trata-se de um processo de construção social. (BOCK, 2004). Não existe “a” adolescência, e sim adolescências.

Sendo assim, a vivência da adolescência não é só uma mera questão de tempo, é também uma questão de contexto. É ao mesmo tempo um processo de construção coletiva e individual, compartilhado e singular. Não há como nos ater a uma categorização desse processo. Para compreender a visão dos adolescentes é necessário aproximação e compreensão, olhar para o pensamento coletivo sem com isso destituir o sujeito de sua identidade particular.

Neste sentido, com base no que foi exposto, para essa pesquisa adotamos a concepção da existência de “adolescências” concebidas a partir de diferentes contextos históricos e sociais, e não de uma única adolescência definida em fases pré-determinadas, cronologicamente ou qualitativamente.

Portanto, adolecer não se trata de uma questão de tempo cronológico, exclusivamente, é mais uma questão de contexto e a forma como poderá ser vivenciado tal processo, se breve, se extenso, se conflituoso, se tranquilo, também dependerá das possibilidades sociais do sujeito.

Contudo, para viabilizar metodologicamente nossa pesquisa, foi necessário adotar o período cronológico da adolescência de 10 a 19 anos, conforme a OMS (2004) a delimita. Neste sentido, o cronológico se insere na pesquisa como limitador do processo, já que alguns jovens de 19 anos já se tornaram adultos e sujeitos de 10 anos ainda sentem-se crianças. Ao mesmo tempo, esta classificação nos permitiu uma maior abrangência, já que a amplitude de idade é relativamente grande.

Segundo o relatório da Unicef de 2011 acerca da situação do adolescente brasileiro; o Brasil vive hoje um “bônus demográfico” (p.13), com 11% da população passando pela adolescência, o país vive uma oportunidade que não se repetirá no futuro, nunca houve tamanha população jovem. Esse é

o momento de fortalecimento dos avanços das últimas duas décadas nas áreas de saúde, educação e inclusão, avanços esses que tinham como foco principal a criança, e que agora será direcionado para adolescentes.

A busca atual deve contar com a energia, criatividade e presença desses jovens, para, assim, estabelecer novas prioridades, criar novas relações sociais, visões inovadoras sobre os desafios que têm se apresentado, encontrar novas formas de expressão e ampliar a consciência desses cidadãos sobre questões ambientais e diversidade (UNICEF, 2011).

Para tanto, é necessária a garantia de seus direitos e a consciência destes. O foco nas questões ambientais e de diversidade, deve colocá-los como cidadãos do mundo, com o reconhecimento dos deveres e, sobretudo, de seus direitos, bem como dos deveres do Estado.

As adolescências são oportunidades para os próprios adolescentes viverem e construírem sua autonomia, identidade, aprendizagem e descobertas. Mas não devemos perder de vista que essa é uma oportunidade de aprendizagem para as políticas públicas, que, enxergando os adolescentes como protagonistas de suas histórias, podem ajudar na construção de estratégias inovadoras, específicas e multissetoriais. (UNICEF, 2011)

Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (1990); o adolescente tem o direito de viver essa etapa da vida de maneira plena, com oportunidades para direcionarem positivamente sua energia, capacidade crítica e desejo de transformar a realidade em que está inserido.

Este é um tempo oportuno de reafirmar tais direitos e, principalmente, de fazer valê-los; proporcionando ao jovem a vivência deste processo de forma equânime, livre de desigualdades e, ao mesmo tempo, acolhendo a diversidade que faz de cada ser humano, um sujeito único e de direitos. (UNICEF, 2011)

Sob a ótica da cidadania esse é o “direito de ter direitos” (UNICEF, 2011 p.16), de ser, ao mesmo tempo, conhecedor, criador e conquistador desses direitos.

Para tanto, torna-se fundamental a superação das desigualdades e a redução das vulnerabilidades que limitam a vivência de uma adolescência plena e a construção de um novo olhar sobre a adolescência que possa, livre de estigmas e estereótipos, compreendê-la para além de um processo meramente biológico e psíquico (UNICEF, 2011).

A partir de tal entendimento, notamos o quanto é necessário promover espaços de escuta desses adolescentes. Ninguém melhor do que eles para nos apontar quais as necessidades e interesses lhes ocupam a mente. Pois somente a partir desse diálogo é que poderemos de fato buscar ações que atendam a essas expectativas. Não cabe mais o fazer *por* ou *para*, é fundamental fazermos *com* os adolescentes.

É preciso promover políticas públicas universais, sem com isso perder o foco nas demandas e necessidades dos jovens. Políticas que envolvam os vários setores, fundamentadas a partir de uma nova maneira de enxergar o processo de adolecer, promovendo e levando em conta a visão desses sujeitos (UNICEF, 2011).

Faz-se importante olharmos para as características associadas à esse período sob o prisma das potencialidades, e não mais como aspectos negativos. Desta forma, a impulsividade, o desejo de mudanças e de romper com limites, a curiosidade pelo novo e a intransigência com suas opiniões e atitudes, tornam-se oportunidades de aprendizagem e inovação para os jovens e a comunidades que os cercam (UNICEF, 2011).

Precisamos reconhecer os adolescentes como atores sociais e políticos fundamentais na construção de uma sociedade menos desigual e mais democrática. Por outro lado, é necessário o reconhecimento da maior jornada vivencial do adulto, que deve também ser ouvido e respeitado pelo adolescente, com isso, ganham as famílias, a comunidade a sociedade e o País (UNICEF, 2011).

O diálogo intergeracional (SOUZA, 2010) é uma importante ferramenta que enriquece ambos universos, no caso, o do adulto, o do idoso e do jovem.

Se, por um lado, há no adolescente muita energia e criatividade, por outro, o adulto e o idoso apresentam um repertório maior de vivências. Com isso, a presença de adultos na vida dos jovens deve contribuir para que ideias transformem-se em propostas (UNICEF, 2011).

Para o adolescente Diego Gomes de Moraes, 17 anos, em entrevista para a elaboração do relatório da UNICEF (p.20).

No papel está lindo o direito do adolescente a se expressar. Mas, na prática, acham que o adolescente não tem nada de útil, que não tem nada de bom a oferecer. Na verdade, a gente tem muito a contribuir. Apesar da pouca experiência e idade, nós vivemos muito e de tudo um pouco, e tentamos encaixar as vivências e experiências em qualquer situação.

Se por um lado, temos um estatuto que preza pela garantia do direito de ser adolescente, por outro temos a visão da sociedade acerca do adolescente, ainda pejorativa, o que se reflete nas relações e na falta de espaços de diálogos intergeracionais. Precisamos romper os estigmas e oferecer de fato espaços de escuta, para partimos de percepções sobre adolescentes e as adolescências pautadas em vivências, e não mais em constructos teóricos biologicistas e reducionistas.

Para além das relações, existe também a adolescência marcada por desigualdades e vulnerabilidades. Tais questões têm violado o direito de ser adolescente de maneira cotidiana. Porém, as vulnerabilidades não atingem a todos da mesma maneira, depende de uma série de fatores como o local em que moram, etnia e gênero.

As desigualdades sociais, construídas historicamente em nosso país, a partir do preconceito e das mais diversas formas de discriminação, irão definir o quanto e como essas vulnerabilidades irão atingir esses meninos e meninas. (UNICEF, 2011)

Entende-se por vulnerabilidade o conjunto de fatores de natureza biológica, epidemiológica, social e cultural cuja interação amplia ou reduz o risco ou a proteção de uma determinada enfermidade, condição ou dano

(AYRES, 1996). Segundo Ayres (2003), a vulnerabilidade expressa os potenciais de adoecimento, não-adoecimento e de enfrentamento relacionados a todo e cada indivíduo nos conjuntos de condições contextuais em que estes estão inseridos/vivem. Ayres *et. al.* (1997) consideram ainda a vulnerabilidade como um indicador da iniquidade e da desigualdade social.

Segundo o relatório da Unicef (2011), apenas o fato de ser adolescente já faz com que algumas situações de vulnerabilidade incidam mais fortemente sobre os adolescentes quando comparado com outros grupos populacionais.

Para enfrentarmos essas desigualdades e vulnerabilidades, precisamos conhecê-las e reconhecê-las, e assim, garantirmos que o adolescente possa viver esse processo de forma plena, estimulante e segura, com seu integral exercício da cidadania (UNICEF, 2011).

A saúde é uma produção social de determinação múltipla e complexa, e exige a participação de todos aqueles envolvidos, na sua proteção, cuidado e produção, propondo ações de melhoria da qualidade de vida (BRASIL, 2006).

Sendo assim, é também na saúde que devemos promover espaços democráticos, com a priorização do diálogo, do compartilhar de experiências e com a interação inter e intrageracionais. Faz-se importante a acolhida dos adolescentes nos serviços de saúde, mas também a implantação de grupos de convivência, alocados na comunidade e não necessariamente nos espaços tradicionais de saúde (postos e centros) que não tenham o foco na saúde, mas na vida, sendo a saúde algo que perpassa vários campos e é um assunto transversal, para além da busca pela saúde, há de se construir espaços que busquem e promovam a felicidade.

3. OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Analisar a visão dos adolescentes sobre as principais vulnerabilidades e fatores de proteção relacionados à Determinação Social de Saúde, no território do Itapoá.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Verificar o vínculo dos adolescentes do Itapoá com as equipes da ESF na perspectiva da promoção da equidade em saúde;

Caracterizar as vulnerabilidades identificadas pelos adolescentes do Itapoá;

Caracterizar os fatores de proteção identificados pelos adolescentes no território do Itapoá.

4. METODOLOGIA

4.1. NATUREZA DO ESTUDO

A pesquisa desenvolvida caracteriza-se pela sua natureza qualitativa e exploratória. A escolha do método de pesquisa está intrinsecamente relacionada às características do fenômeno a ser estudado. Nesse sentido, a escolha do método qualitativo vai ao encontro dos objetivos desta investigação, que busca analisar a visão dos adolescentes sobre as principais vulnerabilidades e fatores de proteções relacionadas à Determinação Social de Saúde, no território do Itapoã.

Para a realização do trabalho em campo utilizamos análise documental, diário de campo e utilizamos a metodologia de grupo focal e também do fotovoz e para a análise qualitativa dos dados fizemos uso da teoria fundamentada em dados, também conhecida com Grounded Theory, apresentadas logo abaixo.

O trabalho qualitativo implica em entender, interpretar e compreender os sentidos e as significações que uma pessoa dá aos fenômenos em foco, através de técnicas de observação ampla e entrevistas com profundidade, em que são valorizados o contato pessoal e os elementos do “setting” em que se encontra o sujeito (TURATO, 2003). Apresenta como foco o social e seu universo de significado possível de ser investigado, em que a linguagem verbal é sua matéria prima, a ser comparada às práticas dos sujeitos sociais (MINAYO, SANCHES, 1993).

4.2. CENÁRIO DO ESTUDO

O Itapoã, hoje a XXVIII Região Administrativa do Distrito Federal, é resultado de uma ocupação iniciada em julho de 2001 de acordo com a Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN, 2007), situada em uma área geográfica entre as regiões administrativas do Paranoá e Sobradinho. No início, houve um crescimento muito intenso e desordenado deste núcleo, em razão das expectativas de regularização, e assim este território se desenvolveu de forma desestruturada, sem uma política de atenção voltada para esta comunidade.

De acordo com os dados da CODEPLAN referentes à Pesquisa Domiciliar Socioeconômica (PEDS) de 2009, a população adolescente-jovem, de 10 a 24 anos de idade compreende a faixa etária predominante da população do Itapoã. Além disso, um estudo sobre o perfil dos jovens do Distrito Federal realizado pela CODEPLAN em 2012 aponta que o Paranoá (território que compreende o Itapoã) e São Sebastião apresentam a maior população jovem do DF, com mais de 32% de pessoas com idade de 15 a 29 anos. Sendo que “na faixa de 15 a 17 anos, a maior proporção de jovens mulheres se encontra no Núcleo Bandeirante, em Santa Maria e no Paranoá” (p.14).

Ainda, segundo CODEPLAN (2012), no Paranoá e São Sebastião concentra a maior proporção de jovens pretos (cerca de 11%), enquanto no Lago Sul o percentual é de 3,43%. A taxa de analfabetismo na faixa etária de 15-17 anos e de 18-24 anos para o DF é 0,8%, já no Paranoá é de 0,78% e 0,90% respectivamente.

A partir da Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (PDAD) a CODEPLAN, em 2007, elaborou o documento “Indicadores de Desigualdade Social no Distrito Federal” onde pela análise de indicadores (de renda, demográficos, infraestrutura domiciliares, educacionais e culturais) se identificou uma situação de desigualdade entre as áreas urbanas da Regional

de Saúde do Paranoá – Paranoá e Itapoã, com nítida desvantagem nos indicadores sociais da região administrativa do Itapoã. Exemplificando: a renda domiciliar mensal per capita (em salários mínimos-SM), dos diversos grupos das regiões administrativa no Distrito Federal, variou entre 0,4 SM nas regiões administrativas de Itapoã e Estrutural (Grupo 5) e 10,8 SM do Lago Sul (Grupo 1). E, quanto ao número de domicílios com computador e assinatura de internet, a média do DF foi de 31,6% e 22,6 e a do Grupo 5 foi de 0,2% e 0,1%.

4.3. ETAPAS OU PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O presente estudo iniciou-se a partir da pesquisa documental para a seleção dos participantes. A princípio nossa pesquisa ocorreria junto das equipes da ESF do Itapoã, iríamos selecionar adolescentes que morassem em área de atuação das equipes. Através do estudo das fichas com os dados cadastrais das famílias atendidas pela ESF, denominadas fichas A, (BRASIL, 2003) oferecidas por duas equipes da ESF, que seriam selecionadas seguindo o critério relacionado à quantidade de adolescentes nas microáreas, ou seja, as duas equipes de saúde da família, dentre as cinco existentes no Centro de Saúde do Itapoã, com o maior número de adolescentes seriam escolhidas. O estudo das fichas de tais equipes serviria para localizar os domicílios em que há adolescentes, bem como uma compreensão prévia do contexto familiar em que se insere.

Porém, devido à recente formação das equipes da ESF, havia uma desestruturação destas, as equipes não tinham o quantitativo de adolescentes de suas áreas de abrangência, tal fato já nos dava sinais da falta de vínculo com sua área de atuação, o que dificultaria o andamento de nossa pesquisa, já que a pesquisa seria desenvolvida dentro desse contexto, no centro de saúde em que essa equipes estão alocadas.

Desta maneira, iniciamos a contagem de adolescentes das equipes, equipe por equipe, ficha por ficha. E assim, selecionamos os participantes a partir das equipes que tinham a maior quantidade de adolescentes, com as quais realizaríamos a pesquisa.

Tal fato não foi possível, ao iniciarmos a busca por adolescentes de casa em casa, nos deparamos com outras dificuldades, cadastros desatualizados e adolescentes que não moravam mais nas casas selecionadas e famílias que não conheciam sua equipe de saúde de referência.

Devido à falta de vínculo dos adolescentes com as equipes de saúde, tivemos que reorientar nossa pesquisa para que fosse desenvolvida em todo o território do Itapoã, independente de morar na área das equipes. Com isso, foram realizados tanto grupos no centro de saúde como em uma escola e na casa de um dos adolescentes.

Antes da realização dos grupos foi feito o pré-teste das perguntas previamente elaboradas no projeto de pesquisa, para sabermos se a linguagem estava adequada e compreensível aos jovens. Para tanto, abordávamos adolescentes que passavam pelo centro de saúde, apresentávamos as perguntas, e perguntávamos se eles conseguiam compreender o que queríamos saber. A pré-testagem foi realizada com 10 adolescentes, os cinco primeiros afirmaram não compreender o significado das perguntas, e, a partir de nossas explicações, nos ajudaram a formular perguntas mais adequadas. Os outros cinco adolescentes viram as duas formas de perguntas, as elaboradas por nós e as elaboradas pelos adolescentes, todos afirmaram compreender melhor a segunda forma de pergunta. Desta forma, estas foram as perguntas utilizadas na pesquisa:

- O que é saúde?
- O que protege sua saúde? [fatores de proteção]
- O que prejudica sua saúde? [fatores de vulnerabilidade]

Na próxima etapa foram realizados grupos focais com utilização do recurso do fotovoz, uma técnica que utiliza imagens fotográficas captadas pelos participantes da investigação, busca avaliar as necessidades de uma comunidade, capacitar os participantes e induzir a mudança através da veiculação da informação aos responsáveis políticos (WANG *et al.*, 2004).

Segundo Wang & Burris (1997), o fotovoz apresenta três principais objetivos:

- Levar os indivíduos a identificar e refletir sobre aspectos de sua identidade e experiência pessoal e comunitária (potencialidades e problemas da sua comunidade);
- Promover o diálogo crítico e o conhecimento sobre aspectos importantes da sua comunidade;
- Apresentar a visão acerca das suas vidas a outros, especialmente aos responsáveis políticos e financeiros.

A partir da sistematização das narrativas dos participantes sobre seu território, através das imagens capturadas, torna-se possível discutir criticamente com os responsáveis políticos as imagens produzidas pelos participantes, e estes podem assim lançar bases para uma mudança social (WANG *et al.*, 2004).

É possível perceber uma inspiração na Teoria Freiriana, que fala da necessidade das pessoas serem participantes ativos na compreensão da sua comunidade, compartilhando experiências, e tornando-se agentes de mudança da comunidade (FREIRE, 1967).

O fotovoz tem ganhado espaço como método por seu dinamismo e capacidade de interação do sujeito com seu mundo, e de seu mundo com a pesquisa. Desta maneira, não há passividade no pesquisado, a pesquisa se constrói na medida em que este traz elementos da sua realidade através do seu olhar e de sua ação no mundo.

Em pesquisas com essa população é importante que o adolescente encontre espaço fecundo para expor suas idéias, agir no mundo e ser agente de transformação, desta forma, o fotovoz vem para atender a essas necessidades, sendo não somente ferramenta de pesquisa como também ferramenta de empoderamento e incentivo ao protagonismo juvenil.

Ainda há poucos registros de pesquisas brasileiras que utilizem tal metodologia, ou ainda que divulguem sua utilização por meio de artigos acadêmicos, por isso a relevância de apresentar essa importante ferramenta de pesquisa qualitativa, suas potencialidades e seus desafios diante do campo e dos sujeitos pesquisados, os adolescentes.

O grupo focal surge como uma forma organizada e cuidadosa de discutir e compreender a percepção, sentimentos, atitudes e ideias dos sujeitos acerca de determinada temática. Neste utiliza-se da interação do grupo como forma de geração de dados. (CARLINI-COTRIM, 1996; KAHAN, 2001).

Tal ferramenta metodológica promove a aproximação, integração e envolvimento com os participantes (IERVOLINO, PELICIONE, 2001), o que nos permitiu um diálogo entre imagem e fala, entre o que se oculta na imagem e é extravasado em palavras, e o que não aparece nas falas, mas não se esconde na imagem. Este diálogo enriquece e abrange a complexidade do estudo.

Critérios de Exclusão

- Não ter entre 10 e 19 anos;
- Não ser morador do Itapoã;
- Não concordar em participar da pesquisa;
- Se menor, que o maior responsável, não concorde que o adolescente participe da pesquisa.

Foram realizados 3 grupos, semanalmente, sendo um grupo de adolescentes de 10 a 13 anos (G1) com 27 participantes, sendo 13 do sexo

masculino e 14 do sexo feminino; um segundo de 14-16 (G2) com 6 participantes, sendo 2 do sexo masculino e 4 do sexo feminino; e um último de 17-19 (G3) com 3 participantes, sendo 1 do sexo masculino e 2 do sexo feminino; totalizando três encontros em cada um deles, com duração de 1 hora e 30 minutos.

Os procedimentos metodológicos dos três encontros são detalhados a seguir, grupo à grupo devido às diferentes circunstâncias em que ocorreram:

G1:

Este grupo ocorreu na escola classe 1 do Itapoã com o apoio dos discentes da disciplina de Saúde e Sociedade da Universidade de Brasília, que lá tinham seu campo de práticas.

- Primeiro encontro: ocorreu a aproximação da pesquisadora e discentes com os adolescentes, esclarecimento dos objetivos e formato do grupo. Além disso, havia a entrega de dois termos de consentimento livre e esclarecido, sendo um para o responsável pelo adolescente e outro para o próprio, respeitando assim, seu desejo e direito de participar ou não.

- Segundo encontro: Com a assinatura do termo de consentimento pelo adolescente e seu responsável, o grupo foi subdividido em 2, foram oferecidas as máquinas fotográficas e os discentes foram ao território com os adolescentes para que estes capturassem imagens relativas a 3 questões: O que é saúde; O que protege sua saúde e o que prejudica sua saúde. Os discentes da UnB foram orientados a não interferirem nas fotografias que o grupo tiraria e suas motivações, para garantir a legitimidade do estudo e o olhar do adolescente.

-Terceiro encontro: Com as fotos já passadas para os computadores dos discentes, foi realizado o grupo focal com a discussão das fotos capturadas e da relação que os adolescentes faziam destas com as perguntas lançadas. Além disso, já era definido que tal material faria parte da mostra de saúde da

escola, em que seriam convidadas para participar e conhecer o olhar dos adolescentes, as autoridades relacionadas às questões que surgiram na discussão e com potencial de resolubilidade.

G2:

Este foi o único grupo que ocorreu em seu formato original, ou seja, adolescentes vinculados às equipes, dentro do centro de saúde do Itapoã. Também contamos com o apoio dos alunos da disciplina Saúde e Sociedade da UnB, no contexto de campos de práticas do PET – Saúde, como já mencionado anteriormente; para a realização deste grupo.

Os adolescentes foram visitados em suas casas e neste encontro foi feito o convite para participarem do grupo e foram entregues e assinados os termos de consentimento livre e esclarecido, assim como os termos para uso de imagem.

-Primeiro encontro: ocorreu a aproximação da pesquisadora e discentes com os adolescentes, esclarecimento dos objetivos e formato do grupo, além de uma breve discussão partindo das três perguntas supracitadas. Neste mesmo dia o grupo foi subdividido e andamos pelo território com os adolescentes já capturando imagens referentes às perguntas e à discussão realizada.

-Segundo encontro: Da mesma forma com que aconteceu no 3º encontro do G1, as fotos já haviam sido passadas para os computadores dos discentes, e foi realizado o grupo focal com a discussão das fotos capturadas e da relação que os adolescentes faziam destas com as perguntas lançadas.

-Terceiro encontro: Neste, nos reunimos para confeccionar cartazes com as fotos capturadas e eleitas pelos adolescentes, e espalhá-los pelo centro de saúde com o intuito de apresentar à população a percepção destes sobre os fatores de vulnerabilidade e de proteção. Tal iniciativa surgiu a partir da discussão das imagens e foi definida pelos participantes do grupo.

G3:

Este grupo foi o que teve um nível de dificuldade em ser realizado mais alto, muitos adolescentes nesta idade já trabalham, ficam menos em casa, o que dificulta a realização do grupo. Com isso conseguimos um quantitativo menor de participantes e realizamos o grupo na casa de um dos adolescentes. De forma a assegurar a participação destes do começo ao fim, também os buscávamos em suas casas.

Os adolescentes foram visitados em suas casas e neste encontro foi feito o convite para participarem do grupo e foram entregues e assinados os termos de consentimento livre e esclarecido, assim como os termos para uso de imagem.

-Primeiro encontro: ocorreu a aproximação da pesquisadora e discentes com os adolescentes, esclarecimento dos objetivos e formato do grupo, além de uma breve discussão partindo das três perguntas supracitadas. Neste mesmo dia foi entregue uma câmera fotográfica para cada um, tendo ficado com eles durante a semana para que capturassem imagens relacionadas à temática. Um dia antes do segundo encontro, buscamos as máquinas com os adolescentes e passamos o material para o computador para então realizar a discussão do dia seguinte.

- Segundo encontro: foi realizado o grupo focal com a discussão das fotos capturadas e da relação que os adolescentes faziam destas com as perguntas lançadas. Também, neste dia, o grupo resolveu que produziria um vídeo com as fotos e falas que correspondessem ao que queriam dizer, o vídeo seria divulgado no “youtube” e seria passado em espaços do território para a discussão sobre saúde.

- Terceiro encontro: Foi produzido o vídeo com as imagens e ficou por conta dos pesquisadores sua divulgação.

4.4. ANÁLISE DOS DADOS

O referencial de análise utilizado foi o da Grounded Theory. Desenvolvida por dois sociólogos: Barney Glaser e Anselm Strauss (1967). Essa metodologia consiste na descoberta e no desenvolvimento de uma teoria a partir das informações obtidas e analisadas sistematicamente e comparativamente. Para eles, a teoria significa uma estratégia para trabalhar os dados em pesquisa, que proporciona modos de conceituação para descrever e explicar. Estes autores apresentam um método de análise comparativa constante, em que o pesquisador, ao comparar incidente com incidente nos dados, estabelece categorias conceituais que servem para explicar o evento. “A teoria, então, é gerada por um processo de indução, no qual categorias analíticas emergem dos dados e são elaboradas conforme o trabalho avança.” (GLASSER & STRAUSS *apud* NICO et al., 2007). O detalhamento de como foi aplicada essa metodologia na pesquisa encontra-se no apêndice 5.

Apesar de termos nossas ideias e pressupostos acerca dos dados, utilizando essa metodologia, precisamos estar abertos ao que emerge dos dados. Diferente da forma como comumente procedemos em outras metodologias de análise, em que testamos uma teoria pré estabelecida, na Grounded Theory, a teoria emerge dos dados, totalmente de acordo ou contrária ao que já foi fundamentado ao longo do tempo nos estudos já realizados. Com isso sujeitos da pesquisa são ao mesmo tempo pesquisados e pesquisadores, seu discurso faz parte do estudo e é também o que traz à tona a teoria.

Isso não significa que não haja nenhuma interferência do pesquisador, posto que isso não seja possível em nenhuma pesquisa. É à luz do olhar do pesquisador que a teoria toma vida, para isso, recortes são feitos, temáticas são priorizadas em detrimento de outras. Mas é necessário que o pesquisador esteja aberto ao que está por emergir, e possa, acima de tudo, utilizar-se dos dados obtidos de forma a dar corpo à teoria, e não e de sua compreensão

prévia do mundo. Nesta abordagem, o pesquisador deve estar em um constante desconstruir e refazer-se, na busca pela compreensão do sujeito e do mundo social que o cerca.

Seria ingenuidade pensar que nossa percepção, fala e linguagem corporal não influenciaria no que o sujeito participante da pesquisa apresenta. Pois esse mesmo vínculo propiciador da entrega, da expressão, da fala; é também o símbolo do encontro. Pesquisador e sujeito da pesquisa, ao se encontrarem compartilham e transformam seus mundos internos e até mesmo externos. A pesquisa é o resultado desse encontro, e daquilo que emerge do vínculo. Observando imagens capturadas; nos olhares que se cruzaram – de nós pesquisadoras e pesquisadores, buscando entender, dos adolescentes querendo aprovação - nas falas que não pudemos conter.

Assim, num mesmo espaço, houve a interação dos adolescentes e seus pares, sua relação com o mundo, seu momento e condição atual, e a interação pesquisadoras-pesquisado. E foi a partir desse contexto, e somente, a partir deste que uma teoria emergiu.

Chamaz em seu livro “A Construção da Teoria Fundamentada: Guia Prático para Análise Qualitativa” (2009), nos apresenta os pressupostos da metodologia:

- Envolvimento simultâneo na coleta e na análise de dados: Se a teoria é construída a partir dos dados, é também esperada que tal construção seja processual, a análise dos dados nasce junto deles;
- Construção de códigos e categorias analíticas a partir dos dados, e não de hipóteses preconcebidas e logicamente deduzidas;
- Utilização de método comparativo constante, que compreende a elaboração de comparações durante cada etapa da análise;
- Avanço no desenvolvimento da teoria em cada passo da coleta e da análise de dados;

- Redação de memorandos para elaborar categorias, especificar as suas propriedades, determinar relações entre as categorias e identificar lacunas;
- Amostragem dirigida à construção da teoria, e não visando a representatividade populacional;
- Realização de revisão bibliográfica após o desenvolvimento de uma análise independente.

Após a transcrição dos dados deve-se: estabelecer categorias - codificação aberta; conceitua-las a partir da abstração dos códigos por indução e comparação; identificar o processo (identificar categoria central – esquemas aplicados aos dados) e retornar aos dados ou entrevistados para verificar e validar a adequação do texto produzido (NICO, 2007).

Esse estudo trata do instante: não há como saber se os adolescentes pesquisados sempre pensaram sobre o fenômeno da determinação social de saúde desta maneira, tampouco há como saber se os adolescentes já haviam refletido sobre isso, mas naquele instante, pela interação com os pares, pelos estímulos que o mundo lhes apresentava, pelas imagens capturadas, a reflexão que suscitou esse conjunto de fatores e interações será apresentada.

Espera-se que tal estudo possa subsidiar a proposição das ações e intervenções das ESF, junto aos adolescentes do Itapoã, a partir do conhecimento e compreensão da determinação social de saúde, apresentados por estes e da interferência que gera em suas vidas. A partir destes marcos, com a apresentação dos resultados para as equipes das ESF e da reflexão sobre este conteúdo, pode-se implementar ações que busquem fortalecer os fatores de proteção e redes de apoio, bem como minimizar ou extinguir os efeitos causados pelos fatores de vulnerabilidade.

A seguir apresentamos o Diagrama I ilustrando nosso percurso metodológico à luz de tais referências:

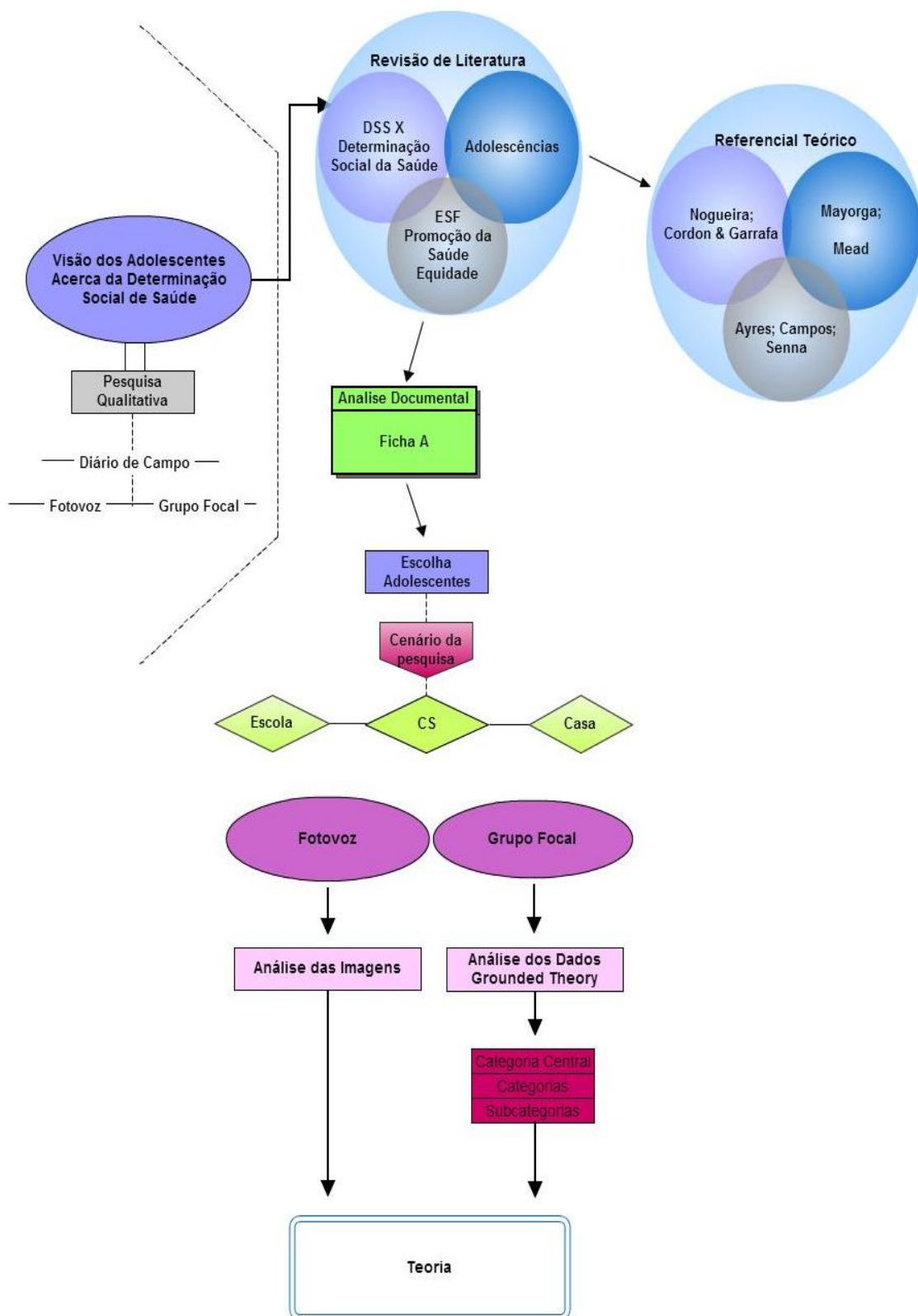


Diagrama I: Percurso Metodológico (A autora, 2013).

4.5. ASPECTOS ÉTICOS

Foram observados os aspectos técnicos e éticos desde o processo da construção do projeto, coleta de dados à apresentação dos resultados. Durante todas as etapas foi respeitado o desejo do sujeito participante do estudo, inclusive de se retirar da pesquisa mesmo depois de ter consentido com a participação.

Conforme a Resolução 196/96, em pesquisas envolvendo adolescentes, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deveria ser assinado pelos representantes legais. Porém, esta normativa tem sido discutida e questionada por profissionais e grupos da área dos direitos humanos que dizem respeito à infância e adolescência, uma vez que se considera a importância do próprio adolescente ser informado, manifestar sua vontade e, de fato, participar das intervenções que dizem respeito a si (COSTA & BIGRAS, 2007).

“Muito embora os códigos e leis transfiram para as famílias o poder de decisão sobre crianças e adolescentes, a atuação profissional tem sido consensual quanto à importância da participação desses sujeitos, diante do ‘Termo de Consentimento Livre e Esclarecido’, considerando a importância do indivíduo em desenvolvimento compreender e participar efetivamente de decisões relacionadas a si próprio” (COSTA & BIGRAS, 2007, p. 1103).

Assim, para a realização da coleta de dados, além dos responsáveis legais dos participantes (Apêndice 1), os adolescentes também assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2), em duas vias.

Ainda, foi solicitada a assinatura do Termo de Uso de Imagem dirigido aos participantes para realizar gravação em vídeo e captar fotografias da imagem que se façam necessárias para fins científicos e de estudos, atendendo aos requisitos legais sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes.

Foi obtida autorização para realização do presente estudo pela direção da Regional de Saúde do Paranoá e a coleta de dados desta pesquisa foi iniciada apenas após a aprovação deste projeto pelo Comitê de Ética em

Pesquisa da Universidade de Brasília (UnB) mediante o recebimento do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº.008/11

Quanto aos possíveis riscos sociais e morais durante a realização do fotovoz e dos grupos focais, eles foram minimizados mediante a garantia do anonimato e sigilo com os dados obtidos, criando-se um ambiente favorável à sua confidencialidade no momento da coleta dos dados. Foram utilizados códigos alfanuméricos para identificar os participantes da pesquisa, ou seja, todos os dados pessoais que permitiam identificá-los foram omitidos, tanto no texto da dissertação, quanto nas publicações que derivem da pesquisa.

Os participantes desta pesquisa não terão outros benefícios diretos que não uma possível aprendizagem e sensação de bem-estar ao difundirem os resultados para lideranças ou nas instituições onde divulgaram o produto do fotovoz. Por outro lado o trabalho tem potencial para trazer benefícios institucionais e sociais muito relevantes. Aproximar os gestores e lideranças da região das demandas e proposições dos adolescentes poderá favorecer a inclusão deste grupo populacional na implementação de novas ações e reorientação de serviços visando a promoção da saúde e diminuição da vulnerabilidade dos adolescentes.

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1. RECONHECIMENTO DO DISSENSO ENTRE DISCURSO E OLHAR DO CONCRETO E POTENCIA DO FOTOVOZ

Conforme descrito no tópico anterior, nesta pesquisa buscamos uma metodologia em que o adolescente pudesse apresentar suas potencialidades, sua ação no mundo, que emprestasse seu olhar. Assim, para além do discurso, a imagem, e permeando imagens, a voz, a fala, a intenção e o ato.

Optamos por realizar fotovoz devido à importância do diálogo entre o verbal e a imagem, o que está represado e encontra vazão ao ser dito e aquilo que se captura nas imagens e foge em palavras. Além disso, tais metodologias colocam o sujeito da pesquisa em um papel ativo, dá voz e possibilidade para que este apresente as lentes pelas quais ele enxerga, observa e age no mundo.

A utilização do fotovoz visava apresentar uma linguagem de pesquisa atrativa para o adolescente, que desnudasse o território para então descobrir o fala e a compreensão daquele contexto pelo adolescente. Além disso, trabalhar com tecnologias, neste caso a câmera fotográfica chamava a atenção dos adolescentes. Alguns já se apresentavam familiarizados com a máquina, enquanto outros exploravam aquele objeto pela primeira vez.

O campo de realização da pesquisa se deu em um território vulnerável em que as políticas públicas parecem não alcançar. Como exemplo temos a própria ESF, que preconiza o vínculo da equipe com a população pertencente à área de atuação desta, fato que não pudemos verificar. Os adolescentes desconheciam o trabalho das equipes, ou mesmo quando afirmavam conhecer suas equipes de referência, na maioria das vezes não era observada uma relação afetiva e significativa a ponto de sugerir um vínculo.

Foram realizadas discussões preliminares com os adolescentes, sobre saúde e seus fatores e vulnerabilidade e proteção. Durante essa discussão os adolescentes apresentaram conceitos amplos sobre saúde, que integravam a realidade e também o desejo para suas vidas e sua comunidade. Contudo, ao irem a campo, em busca de fotografias que traduzissem tais conceitos, os adolescentes se depararam com uma quantidade de imagens que eles viriam a chamar de fatores de vulnerabilidade, discrepante, em relação ao discurso que atendia a diversos fatores de proteção, fatores esses que muitas vezes não encontraram tradução nas imagens.



Figura II



Figura III

Fotos (II e III) mostrando espaços com lixo e entulhos no Itapoã.

As imagens mais capturadas pelos adolescentes, e que diziam desse contexto de território, foram de lixos, entulhos e esgoto a céu aberto. Ao serem apresentadas as fotos, notou-se um incômodo e um desapontamento em relação às tantas imagens de lixo. Tal fato possibilitou um contato com a realidade para além de qualquer informação que pudesse ser transmitida, e assim, um diálogo mais rico, que pôde partir do concreto em busca de um entendimento.

Tais imagens supracitadas foram classificadas junto dos fatores ambientais associados às vulnerabilidades, mesmo quando o discurso tratava

de doenças e acidentes, eram fotos relacionadas a essas questões que disparavam tal discurso. Mostrando que para os jovens, a questão ambiental em seu território tem papel protagonista para sua saúde, e, neste caso, no surgimento de doenças e provocando acidentes.

A maioria das fotos registradas encontrou correspondência nas categorias previamente imaginadas, sejam no discurso inicial dos participantes, ou ainda anterior à isso, no imaginário dos pesquisadores. Porém, esse diálogo entre figura e fala não se apresentou como via de mão dupla, muitas vezes, o que os adolescentes diziam, principalmente nos aspectos positivos, respondendo a o que é saúde e quais seus fatores de proteção, eles não encontravam em imagem. Desta forma, os fatores de proteção se apresentavam nas falas, mas muitos não se encontravam no cotidiano dos jovens.

Além disso, um grupo inesperado de classificação surgia. Imagens ambíguas para os adolescentes, que passaram a classificá-las como algo que ficava "no meio do caminho" entre o que protege e o que prejudica; o que gera saúde e o que adocece. Neste grupo foram colocadas imagens como a da escola.



Figura IV – Foto de uma escola do Itapoã

Os adolescentes entendiam que o ambiente escolar promove saúde, à medida que se aprende, desde a alfabetização até ao aprofundamento nos estudos de ciências, matemática, história, português entre outros. Mas também classificavam como um espaço de vulnerabilidade, atribuindo ao ambiente, a violência entre alunos e também entre alunos e professores, a sujeira e espaços depredados da escola.

Também foi colocado nessa categoria o uso de bebida alcoólica. Apesar das falas dos jovens terem focado principalmente nos aspectos negativos da bebida, como violência intrafamiliar e no trânsito, mortes e perda da consciência, os jovens também puderam considerar positiva a ingestão de pequenas quantidades de bebida, fazendo bem à saúde, a exemplo do vinho, e também como possibilidade de diversão em festas e ocasiões especiais.



Figura V – foto de um copo de cerveja em um bar do Itapoã

Entre os fatores protetores, destaca-se a associação de esporte, lazer, amizade e contato com a natureza. Também foi possível observar uma associação direta entre alimentação saudável com frutas e verduras.

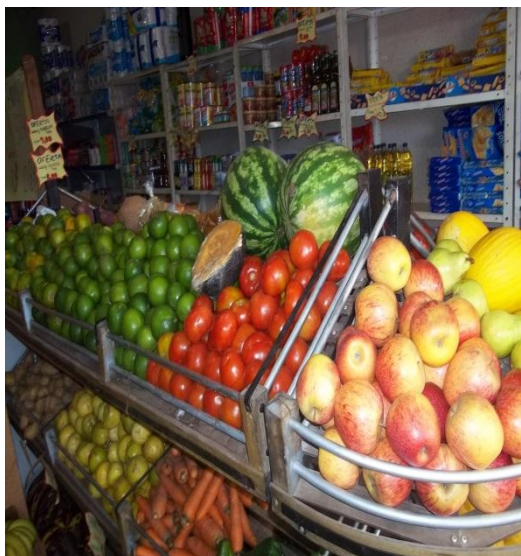


Figura VI – foto de um mercado do Itapoã
lazer



Figura VII – A bola simbolizando esporte e



Figura VIII – foto de amigos tocando violão



Figura IX – foto de uma paisagem do Itapoã

Tais conclusões só foram possíveis porque aliado ao fotovoz houve a realização do grupo focal. Assim, imagens foram traduzidas, e a verbalização propiciou um espaço externo e interno de reflexão.

O que buscamos nessa pesquisa enxergar através da lente dos adolescentes, para tanto há que se acolher suas ideias para então compreendê-las.

Trata-se de um importante aprendizado, entender o significado das imagens para quem as capturas, e aceitar que, por vezes tal olhar pode divergir do esperado. Assim, os adolescentes que foram ao bar e tiraram a foto de um copo de cerveja tem algo a dizer sobre aquilo. Dizem de um contexto sócio cultural em que a bebida faz parte de comemorações e brigas, de uma celebração da vida e também de um caminhar para a morte. Falam de uma sociedade de excessos, mas ao mesmo tempo ponderam suas opiniões em busca do equilíbrio.

Nesse sentido, as coisas que ficam "no meio do caminho", talvez também nos contem de um caminho de ponderação que os adolescentes buscam. De forma a garantir a saúde no sentido mais amplo em que ela pode ocorrer, para além do corpo.

No percurso de uma pesquisa qualitativa, principalmente, junto dos adolescentes, devemos criar um ambiente acolhedor e seguro em que o adolescente se sinta à vontade para expressar suas ideias sem medo de ser julgado. Para tanto precisamos preparar o ambiente e a ele mesmo, em busca da construção do vínculo, o que requer entrega.

Há um caminho em que espontaneidade e a preservação das ideias do outro, nesse caso o adolescente participante da pesquisa, devem estar presentes.

Durante todo o tempo, essa pesquisa sofreu as influências do encontro de sujeitos, pensamentos e mundos distintos. O que se pode avaliar como positivo, já que com a troca há também a ampliação do universo particular.

Por fim, nos reuníamos com os grupos para conversar sobre as fotos e também para definirmos o que faríamos com o material, lembrando que faz parte do processo do fotovoz, fazermos com que as imagens sejam levadas às autoridades, aos sujeitos capazes de transformar a realidade apresentada e a quem quer que os adolescentes tenham interesse em levar (WANG, BURRIS, 1997; WANG, 2001).

No G1, realizado numa escola pertencente àquele território, foi definido que as fotos capturadas pelos adolescentes fariam parte da 1ª Feira de Saúde, Arte e Cultura da escola, esta feira havia sido programada por conta da inserção da UnB com a disciplina Saúde e Sociedade, que tinha como objeto de estudo a pesquisa qualitativa, que neste caso, tratava-se do presente estudo. Além disso, em uma parceria da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB junto com esta escola, outras atividades foram programadas. Desta forma, os conteúdos de aula alinhavam-se com os conteúdos trabalhados na pesquisa e também por outras áreas da faculdade, como, por exemplo, o departamento de anatomia da UnB, presente na feira.

Para tanto, os estudantes elegeram as fotos que lhes eram mais representativas e suas legendas. Além disso, ficaram responsáveis por apresentar tais imagens aos atores sociais que participaram daquele espaço. Tais como: profissionais das equipes da ESF, da polícia militar, do programa de apoio às vítimas de violência, da administração do Itapoã e conselho tutelar.

Quando conversamos com os adolescentes sobre chamar profissionais com Conselho Tutelar e da polícia, muitos foram resistentes à ideia. Eles viam os conselheiros como profissionais que tiravam as crianças das famílias, e havia o medo que assim eles agissem dessa maneira com os adolescentes participantes, já a polícia militar apesar de exercer a função de proteção, é vista por muitos adolescentes como uma ameaça, provavelmente tal fato se dá devido à relação estabelecida entre a polícia militar e essa comunidade.

A partir desses dados, achamos importante estabelecer naquele espaço, um diálogo entre esses órgãos e os adolescentes, de forma a desmistificar tais papéis e também a apresentar a tais instituições a forma como os adolescentes os veem, e com isso, terem um conteúdo que subsidie ações que prezem o diálogo e a cultura da paz.

A Feira de Saúde, Arte e Cultura atraiu o público alvo e fez com que adolescentes e instituições dialogassem acerca das vulnerabilidades e sobre as possibilidades de mudança. Os jovens apresentavam-se confiantes e

pareciam empolgados por terem um papel social e por perceberem que suas fotos e suas opiniões tinham espaço e importância.

Após o evento, uma providência concreta que ocorreu foi a instalação de lixeiras por vários pontos do Itapoã, por parte da administração. Como já foi exposto, o lixo caracterizou-se como o tema que mais mobilizava e gerava preocupações, com isso, ao dialogarem com o administrador, tal tema foi abordado pelos adolescentes de forma enfática, não passando despercebido diante das diversas fotos que apresentavam concretamente tal situação de vulnerabilidade.

Com isso, durante a feira o administrador firmou um compromisso de instalar lixeiras pelo Itapoã. Meses depois as lixeiras foram instaladas por grande parte do território. É possível que essas instalações já fizessem parte da agenda da administração, mas o fato dos jovens denunciarem de forma tão concreta a situação das ruas do Itapoã, com tamanha quantidade de lixo, pode ter influenciado nesta tomada de decisão da administração.

Na figura 8, temos a imagem de uma das lixeiras instaladas na entrada da escola:



Figura X – foto das lixeiras instaladas pelo Itapoã após a pesquisa.

Já o G2, preferiu montar um mural com as fotos e expor no Centro de Saúde do Itapoã. As imagens foram agrupadas da mesma maneira em que se deu a discussão – em fatores de proteção, vulnerabilidade e, na categoria criada por eles, em imagens que geraram ambivalência.

Por ser este Centro de Saúde o local de trabalho de uma das pesquisadoras, foi possível verificar dia a dia pessoas que passavam por ali, parando para ler e para ver as imagens. Essas pessoas eram usuários da saúde, os profissionais que ali trabalham e estudantes que realizam estágio naquele espaço. Além disso, os próprios adolescentes, quando iam ao centro de saúde em outra ocasião, se certificavam que o mural estava ali e passavam a identificar as fotos das quais eram autores. Assim como o G1, pareciam satisfeitos pela autoria e pelo protagonismo social que apresentavam.



Figura XI – Foto do quadro com as fotos, confeccionado pelos adolescentes do G2

A escolha por apresentarem no Centro de Saúde estava relacionada ao fato da temática tratar de saúde e também por acreditarem que o mural poderia falar à consciência dos sujeitos que ali buscavam cuidados, despertando-lhes para o que era saudável e ao que precisava passar por mudanças, devido ao nível de vulnerabilidade que conferiam àquela comunidade.

O G3 optou por realizar um vídeo com a apresentação das fotos que pudesse ser apresentado em eventos no Itapoã e também que fosse colocado no “youtube”. Apesar do interesse na realização do produto, tal trabalho demandou mais do nosso tempo de pesquisadores, já que os adolescentes não tinham acesso à computadores e nem conhecimento técnico para executar tal projeto. Desta forma, a operacionalização do vídeo foi feita por nós.

A escolha fala da presença do mundo virtual na vida dos adolescentes, e do olhar deles acerca do alcance da internet. É interessante pensar que tal opção apareça justamente no grupo dos adolescentes mais velhos, nos parece que reflete maturidade e compreensão de um mundo para além do concreto, mas das relações e interações estabelecidas através do uso de imagens e

contando com uma ferramenta atual e cada vez mais presente na sociedade, a internet e redes sociais.

O vídeo foi postado no “youtube” e teve divulgação através do “facebook” dos pesquisadores e através do grupo de e-mail da “Rede Social do Paranoá/Itapoã”. Entendendo serem esses espaços democráticos e de grande alcance. Este é o link para assistir ao vídeo: <http://www.youtube.com/watch?v=yZg4FUy6SBc>

Ter utilizado o fotovoz como ferramenta metodológica nos ajudou a vinculação com os adolescentes e a constituir um espaço de diálogo através do concreto e a partir de algo autoral dos adolescentes. Quando apresentávamos a metodologia, os adolescentes já iam pensando nos locais em que gostariam de capturar fotografias, por terem muito a dizer de determinadas situações que faziam parte do cotidiano deles. Além disso, a valorização do ponto de vista dos adolescentes através da publicação das imagens capturadas por eles e destas serem veículos para as discussões que futuramente sugiram, trouxe às suas vidas um fator de proteção não citado por eles, mas percebidos por nós, a promoção à autoestima e mobilização para o agir. Trata-se de um empoderamento psicológico, com estratégias para fortalecer a autoestima e desenvolver mecanismos de autoajuda e de solidariedade (CARVALHO, GASTALDO, 2008).

5.2. ANÁLISE DAS CATEGORIAS

Após análise dos dados coletados, chegamos à uma categoria central e seis categorias e suas subcategorias, apresentadas no Quadro I

Categoria Central	Categorias	Subcategorias
S U J E I T O S E E S T A D O	Educação em Foco	<ul style="list-style-type: none"> ○ Sendo alguém no futuro ○ Depredação da escola por parte dos estudantes ○ Bullying entre professores e alunos ○ Sofrimento mental
	A Felicidade como Componente de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> ○ Brincar é felicidade ○ Música e amizade: a relação que protege ○ Lazer ○ Brincadeira improvisada ○ Futebol: o representante do esporte
	Meio Ambiente	<ul style="list-style-type: none"> ○ Fruta é saúde ○ Alimentação Saudável ○ Gases poluentes e o planeta ○ As plantas como fatores de proteção ○ Adubo e reciclagem ○ Contato com a natureza
	Lixo	<ul style="list-style-type: none"> ○ Os lugares horríveis cheios de lixo ○ Chuva e boeiros entupidos ○ Lixo não coletado
	Vivências e Mídia na Aprendizagem	<ul style="list-style-type: none"> ○ Eu conheço esse lugar ○ Imagens que dialogam ○ Vivências marcando aprendizagens ○ Passou na TV
	As Doenças e os Acidentes	<ul style="list-style-type: none"> ○ Relacionando fatores de vulnerabilidade ao surgimento de doenças ○ Dengue: o representante das doenças ○ Gases poluentes e o planeta ○ Um monstro chamado bactéria ○ Alguém pode sair machucado ○ Bebida e morte

Quadro I: Consolidado das categorias e subcategorias do estudo (A autora, 2013).

Como categoria central temos “Sujeitos e Estado”, tal categoria vai ao encontro da proposta do estudo referente à determinação social de saúde

através do olhar e de vozes de adolescentes do Itapoã, pois discute a questão de culpabilização do sujeito em detrimento da responsabilização do Estado, que chega a passar despercebido do cotidiano dos adolescentes. Arelados a essa categoria estão as categorias: educação, meio ambiente, lixo, doenças e acidentes, território e mídia na aprendizagem, e as atividades e as relações como componentes de saúde; e atreladas às categorias estão subcategorias, como apresentada no quadro acima.

Para fundamentar nossa discussão, traremos à tona a voz dos adolescentes e nossas interpretações a partir do que vimos, ouvimos, vivenciamos e estudamos.

Categoria a categoria serão abordadas, relacionadas e discutidas considerando estudos da área. Partiremos das categorias que trazem as especificidades do estudo e das questões observadas que fundamentam nossa teoria e categoria central, a qual será abordada por último com questões mais abrangentes.

5.2.1. Educação Em Foco

A questão da educação é vista pelos adolescentes como importante para que o sujeito venha a “ser alguém no futuro”. Nesse sentido, vir a ser alguém no futuro está relacionado com ter um trabalho e também a ocorrer alfabetização de fato, e não apenas funcionalmente. Ser alfabetizado de fato significa ter leitura suficiente para a compreensão e interpretação necessária e, desta forma, adquirir autonomia. Neste sentido, um exemplo que surgiu foi a capacidade de leitura de uma bula de remédio que lhes dessem condições de compreender o tipo de tratamento de saúde ao qual estariam sendo submetidos.

Estudos mostram que completar o ensino médio traz maiores benefícios à vida dos adolescentes, com a melhoria de sua saúde e bem estar, aumentam

a capacidade e motivação para prevenir a gravidez na adolescência, empoderando-os no sentido de terem maior responsabilidade sobre suas vidas e melhorando a vida de outros. Além disso, também proporciona melhoria no cuidado de seus filhos (GAKIDOU *et al.* 2010, *apud* VINER *et al.* 2012).

Assim, esta percepção acerca da influência da educação na saúde e no bem estar, tem sido apresentado em diversas pesquisas e aproxima-se das ideias apresentadas pelos participantes de nossa pesquisa.

Surge também um conceito mais abstrato sobre a educação e o saber. Os adolescentes em suas falas apresentavam a ideia da importância da educação para se adquirir sabedoria, neste ponto, não se trata de uma relação causal com questões concretas como a melhoria das condições de vida através de um trabalho melhor, ou exclusivamente da profissionalização, trata-se da educação com um fim em si. Nos mostra que os adolescentes estão necessitados de conhecimento e que atribuem à educação esse papel.

“Sem educação você não sabe nada”. G2

Retomamos assim a discussão do papel da educação sob a ótica freiriana, temos o elemento necessário por parte dos educandos, o desejo de aprender. Rubem Alves, ao falar sobre o papel do educador na crônica “A Arte de Produzir Fome” (2002), cita um trecho da poesia de Adélia Prado que diz: “Não quero faca, nem queijo. Quero a fome”.

Porque é a partir desta fome que se pode educar, quando educadores se colocam em diálogo com educandos, despidos do poder hierárquico de relações com papéis pré-estabelecidos e fixos.

“O pensar do educador somente ganha autenticidade na autenticidade do pensar’ dos educandos, mediatizados ambos pela realidade, portanto, na intercomunicação” (FREIRE, p.74, 1967).

Em alguns momentos os adolescentes colocaram a educação como uma ferramenta de ação voltada para a solidariedade, indo ao encontro do conteúdo acima discutido:

“Faz bem porque a visão nossa pode... A visão pode ficar ainda melhor, a gente pode ser alguém na vida, ajudando os outros”. G1

Solidarizar-se com o outro é uma forma de romper com o padrão perverso atual, em que sujeitos retêm conhecimentos, pois veem no compartilhar uma forma de enfraquecimento e perda de poder, enquanto que é no compartilhar e só no compartilhar que se torna possível a distribuição do poder e desconstrução dos polos opressor-oprimido. (FREIRE, 1967)

Ainda assim, é importante estarmos atentos para que atos genuinamente solidários não se tornem atos da “falsa generosidade” (FREIRE, 1967, p. 45) em que os oprimidos buscam tomar o lugar do opressor e para a manutenção desta dicotomia, fazem dos agora oprimidos, objetos de seu humanitarismo, sendo assim, instrumento de desumanização.

Mas a relação mais evidente entre educação e ser alguém no futuro está focada no trabalho. Há a ideia de que quanto maior o nível de estudo, melhor o espaço de trabalho e conseqüente de status social. Esta perspectiva apresenta convergência com o sistema capitalista em que vivemos, em que se vale o quanto se produz, e somente se apresentando produtivo, o que implica em ter um emprego, é que o sujeito pode “fazer parte do mundo”, além disso, a produção intelectual tem um valor de mercado maior, e confere à quem vende tal mão de obra, um status social proporcionalmente maior. Há uma relação entre o ser e o ter, quanto mais se é, mais se pode ter.

Este pensamento está presente também no discurso hegemônico e também da realidade em que estamos inseridos. Neste sentido, encontramos pensamento equivalente, quando a OMS define os DSS em 2007 como sendo:

A conjuntura em que pessoas nascem, crescem e vivenciam seus processos de trabalho e amadurecimento, levando em conta os sistemas estabelecidos para o combate das doenças. Estas são configuradas por um grupo mais amplo de questões: econômicas, sociais, normativas e políticas.

Desta forma, as condições estão “determinadas” de forma conjugada e rígida ao lugar que os sujeitos ocupam na hierarquia social; isto inclui o grau de vulnerabilidade individual a agravos na saúde e suas consequências (TAMBELLINI, SCHUTZ, 2009).

“Faz bem pra mente e pode conseguir uma profissão boa” G1

“Isso daí faz bem porque estamos estudando pra quando for no futuro termos alguma coisa”.G1

Retomando a análise do objeto de pesquisa, educação é tida como um fator de proteção à saúde, e o conhecimento é tido como importante para promover o cuidado à saúde. Neste sentido o papel da autonomia ocupa um espaço fundamental.

Para os adolescentes “ser alguém no futuro” está intrinsecamente relacionado aos estudos, contudo, não é levantada a questão da qualidade da educação e do ensino público a eles ofertado. Pois também se constitui em uma falácia a ideia de que, por esforço próprio, a partir de uma legítima vontade de aprender, é possível “tornar-se alguém na vida”. Para além de tal esforço, há um ponto fundamental, a competitividade do mercado de trabalho, e precedente ao próprio, em se tratando de um maior desenvolvimento intelectual, a competitividade presente nos vestibulares, que contam cada vez mais com escolas particulares especializadas em treinar estudantes a realizarem as provas para tais vestibulares, principalmente das universidades públicas.

Os adolescentes do grupo de 14 a 16 anos, abordaram, dentro da questão da educação, o espaço da escola, ao discutirem tal espaço, os adolescentes atribuíram à escola um papel dúbio. Apesar de reconhecerem nela um papel formador, e, portanto, promotor da saúde, também reconheceram a escola como um lugar em que sofrem violências, seja entre colegas ou mesmo entre professores e estudantes, atribuindo a essa violência o nome que tem sido popularizado pela mídia de “bullying”, que, segundo eles, poderia levar estudantes à depressão e até mesmo ao suicídio.

“...escola, estudar, prova, caderno, professor, bagunça, pichações, amizade, aprendizagem, lanche...” G2

Além disso, relatam agressões físicas entre estudantes e depredação do espaço da escola a partir de situações como “guerras de frutas” feitas com as frutas oferecidas como merenda na escola. Sendo assim, os jovens pesquisados conferiram à escola também um espaço de vulnerabilidades, deixando claro que questões como violência, depressão, depredação de espaço público, fazem parte desses fatores e se apresentam na escola.

A seguir apresentamos trechos das anotações do diário de campo durante o grupo focal, em que os adolescentes do G2 discutiram o que pensavam sobre a escola a partir da fotografia desta:

“Uma adolescente contou que na sua escola a diretora suspendeu o lanche por causa das guerras de comida constantes e foi conversar com os alunos antes de voltar a oferecer o lanche e segundo ela as guerrinhas pararam; teve outra adolescente que alegou que nem se fosse feito isso em sua escola, as guerrinhas não parariam”.

“Um adolescente disse ver a escola como um local ruim. Foi dito também que a escola era espaço importante para a garantia de um futuro melhor. Porém os jovens percebem a escola como ruim por causa dos apelidos depreciativos e dos alunos que respondem de forma agressiva e grosseira aos professores. Eles se lembraram da campanha contra o bullying que estava sendo feita nas escolas da região, e contaram que após essa campanha o bullying entre os alunos diminuiu, mas continuou acontecendo entre professores e alunos; os jovens nos davam exemplo de situações deste tipo como uma em que o professor chamou o aluno de gordo”.

“Ao ser perguntada a relação entre o bullying e a saúde, eles responderam que a pessoa que sofre dele se deprime, tem vontade de se matar. Um deles contou também que o seu professor chamava um aluno de burro, deixando-o triste e fazendo-o chorar”.

Situações como essas estão intrinsecamente relacionadas às relações de poder, neste sentido a educação bancária, em que há um ser detentor de todo o conhecimento – o depositante e pessoas que recebem esse conhecimento – o depositário; tem um papel de destaque, já que para a manutenção de sujeitos passivos, dóceis, ouvintes e calados, há de se usar o poder hierárquico, com a subjugação feita pelo ser mais para o ser menos. (FREIRE, 1967)

Um estudo feito em escolas do Distrito Federal aponta que, na percepção dos estudantes, 27,1% dos professores não conversem com eles, 30,2% não os respeite, 40,2% não se sentem incentivados por eles e 44,9% não se sentem incentivados e ainda 44,9% não percebem os docentes como sendo amigáveis aos estudantes. Além disso, ainda há 51,3% de estudantes que acreditam que os professores não sejam justos (ou são pouco justos) com eles (ABRAMOVAY *et al.* 2010). Esta pesquisa também aponta para uma dificuldade promotora de tal cenário - a comunicação entre estudantes e docentes.

Tanto nesta pesquisa como na supracitada, o ponto de vista dos estudantes não é unilateral, ou seja, os adolescentes também reconhecem que há uma relação desrespeitosa e desinteressada por parte dos estudantes. Apontando para o fato que mais do que encontrar culpados nessas relações, é necessário perceber que se trata de relações inseridas em um contexto de cultura de violência e de pouca estrutura e de recursos humanos.

Os dados de nosso estudo e a proximidade destes com os de outra pesquisa pode indicar que sua abrangência seja maior, pois encontra correspondência com outras realidades, e nos coloca alertas à situação das escolas, inseridas num contexto de tamanha vulnerabilidade, que indiretamente afeta a saúde do indivíduo.

Os adolescentes, ao debater a educação, nos falam claramente da importância desta em suas vidas, contudo ficam confusos, pois desde sempre aprenderam que o espaço para a aprendizagem fosse principalmente o

ambiente escolar, e ao adentrarem neste local e não encontrarem um ambiente profícuo para o pleno desenvolvimento de suas habilidades percebem este descompasso.

Temos um Estado que não investe suficientemente em educação (GUZZO, EUZÉBIOS FILHO, 2005), escolas sem estruturas promotoras de saúde, professores desmotivados, estudantes que não se apropriam do espaço escolar e que não criam uma relação de pertencimento, e junto a tudo isso, uma forte cultura de violência.

Novamente, o que percebemos é que enquanto o Estado não colocar em prática suas políticas sociais e cumprir com seu papel estruturante e essencial, ao voltarmos o olhar para as soluções pontuais e pautadas no território, estaremos agindo na consequência, fadados a, em algum momento, para além de responsabilizar, culpabilizar, e assim reproduzir esse ciclo social perverso, em que atribuímos a sujeitos muitas responsabilidades, muita culpa e pouco poder, enquanto minimizamos o papel do Estado. (CARVALHO, GASTALDO, 2009)

Há evidências sobre a importância de uma vinculação positiva com a escola na vida dos adolescentes e também de seus pais, influenciando diretamente na saúde (RESNIK, 1997, FLEY, 2004 apud VINER et al 2012).

Os jovens bem sabem da necessidade do diálogo, da importância da educação. Se pudermos dar-lhes voz e entregar nossos ouvidos e nossa atenção saberemos, que através de uma aprendizagem legitimada por suas vivências, eles sabem bem das vulnerabilidades e sabem também o que de fato lhes protege. Faz-se importante nos colocar em diálogo, a partir de relações horizontalizadas, em um intercâmbio de saberes, cientes que nosso papel não é tão somente o de ensinar de forma depositária, mas o de estar em relação, o que confere à essa estrutura uma via de mão dupla, em que o papel de aprender e ensinar é conferido à todos os sujeitos que se encontram na relação.

5.2.2. Meio Ambiente

A categoria “meio ambiente” também apresenta discussões pautadas em conteúdo de aulas, os adolescentes fotografaram plantas para falar do bem que fazem à respiração, à estética dos lugares e ao bem estar pessoal, sendo vistas como representantes da saúde.

“sentir a natureza já que estavam jogando descalços” G2 [sobre a imagem de crianças jogando bola].

“frutas, natureza, sombra, árvore, desmatamento, macaco, folha, esquilos, descanso, saúde, leitura, brincar, meio-ambiente, campo, traz vida, borboleta, cor, cerca viva, frescor, outono, beleza, sujeira, paisagem bonita.”G2 [em uma associação livre acerca da fotografia de uma árvore].

“(...) saúde... porque, tipo, esse negócio de ficar: ai, criança num pode mexer com terra, criança num pode fazer isso... A criança só vai adoecendo.” G3 [falando de brincar descalço.]

“A árvore que existe no meio-ambiente ajuda a limpar o ar, o oxigênio”. G2

Já a questão de reciclagem e adubagem é vista como uma forma de contribuir para o meio ambiente com uso racional dos recursos e os reutilizando para ajudar na diminuição de lixo e suas consequências ambientais.

Tais questões estavam sendo abordadas nas aulas de ciências do grupo de 10 a 13 anos, que fora justamente o grupo que tratou tais questões de forma mais relevante, trazendo a experiência da horta da escola que utilizava “lixos” orgânicos para adubagem e confeccionavam brinquedos e materiais educativos a partir de materiais reciclados.

“Faz bem porque isso é reciclável. Se todo mundo fizesse isso, o planeta não estaria tão poluído como está, né?” G1

“(...) Mas não é verdade que só vira adubo aqueles lixos orgânicos, tipo fruta, casca de banana, etc?” G1 discutindo sobre lixo e adubo

Em um estudo sobre o significado de viver saudável para jovens de um programa de inclusão social da região sul do Brasil (BACKES *et al.*, 2009), as questões de sustentabilidade ambiental também se mostraram presentes na visão dos adolescentes, para eles, estas questões contribuíam para um viver saudável, contudo, não foi apresentado com a mesma ênfase em que se deu nesta pesquisa.

A utilização de veículos foi tida como prejudicial à natureza por conta da emissão de gases poluentes, levando ao aumento do buraco na camada de ozônio. Em um dado momento, o uso da bicicleta como uma forma alternativa de transporte também foi debatido.

“Faz mal, porque a fumaça do carro vai direto para a atmosfera e prejudica o planeta”.G1

“Faz mal, porque isso é carbono e todo mundo joga lixo pela janela” G1

“Porque você respira o ar poluído e vai pro pulmão e estraga tudo” G1

Os jovens apresentam esta fala, de certa maneira por uma reprodução de conteúdo escolar, mas parece que se apropriaram destes conceitos na medida em que vivenciam no cotidiano, situações que comprovam o que lhes é transmitido. Em vários momentos, para falar sobre questões do meio ambiente os adolescentes recorreram a vivências, e estas extrapolaram o conteúdo apresentado nas imagens que claramente falava de natureza. Encontramos elementos referentes ao meio ambiente no esporte, na questão do lixo e no brincar. Nestes eles falam de contato com a natureza durante atividades e brincadeiras, e de reciclagem, na categoria do lixo.

Além de fotografias revelando imagens de vegetação, as imagens de frutas apresentaram-se em todos os grupos e junto a essas imagens havia sempre o debate sobre a alimentação saudável e o reconhecimento das frutas e deste tipo de alimentação à proteção à saúde. Os adolescentes em todos os

momentos associaram elementos da natureza como verduras, frutas, leguminosas com fatores de proteção.

“faz bem porque é um vegetal” G1

“(...) saúde, alimentação saudável, fome, frutas e legumes, mercado, colorido, bem-estar, bactéria, saúde, vontade de comer, bom para a saúde, comida, maçã faz bem pra saúde, horta, melancia dá água na boca porque é molhada; porque eu gosto, salada de fruta.” G2 [fazendo associação livre a partir da imagem capturada das frutas em um mercado].

“Isso é saúde (...) São as frutas.” G3

Este olhar vai ao encontro das políticas públicas atuais que prezam por uma melhoria da qualidade da alimentação dos sujeitos. E o fato de um elemento ser sempre relacionado ao outro nos diz do alcance desse discurso em saúde.

“A alimentação e a nutrição constituem requisitos básicos para a promoção e a proteção da saúde, possibilitando a afirmação plena do potencial de crescimento e desenvolvimento humano, com qualidade de vida e cidadania. No plano individual e em escala coletiva, esses atributos estão consignados na Declaração Universal dos Direitos Humanos, promulgada há 50 anos, os quais foram posteriormente reafirmados no Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1966) e incorporados à legislação nacional em 1992”. (BRASIL, 2005)

Ainda com os crescentes níveis de obesidade na população mundial, as noções básicas de alimentação saudável tem sido bem difundidas na população (TORAL *et al.*, 2009)

Porém, no cotidiano desses sujeitos, a alimentação saudável não tem feito parte de suas mesas de forma proporcional a que aparece no discurso. Isso pode ocorrer devido ao fato de nesta idade os adolescentes já terem incorporado falas desejáveis de serem ouvidas, seja para agradar a nós, pesquisadores, ou para atender às falas esperadas pelos colegas (TORAL *et al.* 2009), desta forma desenvolvem-se falas mais performáticas a respeito das temáticas.

Alguns pontos que podem contribuir para isso são o maior acesso e menor preço dos produtos industrializados em relação aos das hortaliças, frutas e leguminosas prezadas pela alimentação saudável. Além disso, há a influência da mídia com propagandas dirigidas às crianças e aos adolescentes vendendo produtos industrializados, processados, como é o caso de refrigerantes, lanches, sucos de caixinha, entre outros; e os associando a brinquedos, no caso das crianças, e ao sucesso e bem estar, no caso dos adolescentes.

Tais fatores, na pesquisa realizada por Toral (2009) em uma região do DF, são inclusive verbalizados pelos adolescentes participantes.

Esta temática foi amplamente abordada pelo documentário “Muito Além do Peso”, que pode ser assistido através do site www.muitoalemdopeso.com.br que fala dos índices alarmantes de obesidade infantil no Brasil, presente em todas as camadas sociais, e da atuação perversa da publicidade da indústria alimentícia junto da criança. Mais uma vez, encontra-se presente a culpabilização dos sujeitos, publicitários atribuem aos pais a culpa pelas condições de saúde dos filhos, pelos seus hábitos alimentares e consequente obesidade.

O documentário também aborda o outro lado desta questão, fala da confiança que muitas vezes os próprios pais têm na publicidade. É possível que os pais acreditem que, estando um alimento protagonizando uma propagando que só fala coisas positivas sobre ele, certamente esse produto não fará mal.

Notamos que para além do acesso à informação acerca de alimentação saudável, é necessário ter acesso a esta, além de buscar junto com pais, adolescentes, professores e demais atores sociais, a desconstrução da cultura alimentar instaurada nas últimas décadas para então construirmos o que é possível e que faça parte dos desejos e vontades dos sujeitos em relação à alimentação e aliada a isso, a própria saúde.

Toral (2009), fala da importância de se estabelecerem práticas em saúde pautadas em conceitos, necessidades e crenças da população a ser atendida, sendo esta uma forma de intervir que apresenta uma maior probabilidade de sucesso na promoção de práticas alimentares saudáveis.

Outro ponto importante é a presença do Estado com os órgãos de controle e regulação alimentar, coleta seletiva de lixo, entre outras ações vinculadas às políticas públicas e de dever do Estado.

5.2.3. Lixo

A questão do lixo teve grande destaque durante a pesquisa, e perpassa praticamente por todas as categorias, abordada junto de fatores de proteção, quando se diz de recicláveis e adubagem, e principalmente junto dos fatores de vulnerabilidade, se relacionando ao surgimento de doenças, ao aspecto ruim das ruas do Itapoã, a culpabilização do sujeito e ao risco de acidentes.

Decidimos por colocar o lixo como uma categoria, e não uma subcategoria vinculada ao meio ambiente, por exemplo, por sabermos do peso que esta temática teve, seja concretamente nas inúmeras fotos, seja no discurso que acompanhou todos os grupos, contudo, sua discussão acontece durante toda essa análise não estando presa a esta categoria.

Antes da captura das imagens do território havia uma discussão ampliada das questões de saúde e o destaque para fatores de proteção se dava na mesma proporção em que apareciam os fatores de vulnerabilidade. Contudo, ao depararem com o território, os adolescentes apresentaram imagens e, com isso, um discurso polarizado em fatores de vulnerabilidade principalmente pautados na discussão sobre o lixo - presente em quantidade abundante em todo o território do Itapoã, e presente no cotidiano dos adolescentes.

Tais imagens geraram sentimentos de espanto, horror e um incômodo, principalmente por se tratar do local onde vivem.

“(...) Sujeira, lixo, saúde em risco, bactérias acumuladas, pedra, plástico, papel, lixo não coletado, lixo no chão, mau cheiro, lixo jogado na rua.” G2

“(...) Tanque velho, lixo, entulho, terra, pedra, coisa velha, casinha para o mosquito da dengue, ferrugem, tristeza, bactéria, vírus, prejuízo,” G2 [em um exercício de associação livre a partir das imagens de lixo capturadas por eles no território].

Em outro momento os jovens constataavam a questão do lixo não estar pontualmente em uma localidade do território, mas espalhado por todo ele:

“(...) Num precisa nem andar muito...eu tirei essa foto por conta do entulho do lixo...” G3

Percebemos que era um momento de alívio quando os adolescentes se deparavam com uma imagem que traduzia um fator de proteção, durante o grupo focal em que discutiam as fotografias que tiraram. Neste processo, a discussão sobre os entulhos e a associação direta com a dengue era comum.

“Faz mal porque dá dengue quando chove. Cria o mosquito ali e ele transmite a dengue pra gente”. G1

Este ponto será mais bem discutido na categoria “Mídia e Vivências na Aprendizagem”, devido à proximidade com a questão da informação em saúde e também de uma educação para a saúde.

As discussões tiveram continuidade numa associação indireta entre o lixo não coletado, entupimentos e a chuva, tornando o território vulnerável a situações de alagamento, aparecimento de animais e insetos e surgimento de doenças. O que também será mais bem abordado na categoria seguinte.

Houve um processo de busca por culpados, numa tentativa de explicar e justificar tal situação. Neste sentido, a “culpa” recai sobre sujeitos como os moradores e os lixeiros que eram para alguns sujeitos de pesquisa, pessoas

que não recolhem o lixo e trabalhadores que não atuam diante de determinadas circunstâncias, como é o caso de quando cães abrem os lixos e os espalham pelas ruas, impossibilitando o trabalho do lixeiro. Portanto, nos parecia que a questão das ruas descuidadas, dos lixos espalhados e da situação de vulnerabilidade instalada se dava quase que exclusivamente por conta da ação ou da falta dela, destes atores sociais.

Contudo, o que pouco se via, como será debatido na categoria central, é a presença do Estado nesses espaços, que muitas vezes é tão oculta e omissa no cotidiano quanto foi na fala dos jovens.

Desta forma, a responsabilidade do sujeito por sanar questões estruturais que estão além de seu alcance tem sido cada vez maior, numa lógica individualista, em que por mais complexa que seja nossa realidade, ainda assim, nos encontramos numa busca por adequação às normativas de saúde que o poder hegemônico nos impõe (CASTIEL, 2013).

5.2.4. Doenças e Acidentes

Esta categoria encontra proximidade com a categoria “Território e Mídia na Aprendizagem”, contudo se distinguem por essa apresentar ideia de causalidade, não só através de experiências vivenciadas, como também pelo raciocínio lógico e crítico. Os adolescentes percebiam situações como é o caso de vidros e pregos no chão e imaginavam que uma criança poderia brincar naquele local e se machucar. Capturavam fotos de espaços com entulhos e faziam uma associação com o surgimento de roedores e animais peçonhentos dentro das casas, enchentes e foco de dengue.

Além disso, apresentavam figuras que falavam de autocuidado, ou então de terra e pés descalços e associavam às bactérias, também muito presente durante todo o trabalho, contudo de forma decrescente entre os grupos, ou seja, o grupo de 10 à 13 anos era o mais enfático para essas questões,

passando pelo grupo de 14 à 16 anos, com menos ênfase para essas questões, e chegando ao último grupo, de 17 à 19 anos, que apresentava esse tipo de argumentação e causalidade em menor escala, dando mais ênfase às questões que falavam de um bem estar que poderíamos denominar como sendo mais abstrato.

“Porque pega várias bactérias, depois pega com a mão, pode passar na boca, nos olhos, pode passar conjuntivite”. G1

O mesmo pé descalço fortemente associado a doenças causadas por bactérias no G1, era visto como um símbolo de liberdade, brincadeira e bem-estar pelo G3. Isso porque, apesar de perceberem as possíveis consequências de se andar descalço, o G3 também percebia benefícios e ia além de uma ideia fundamentada à conteúdos de escola.

“Faz mal, você pode pegar um monte de bactérias, pode dar muitas doenças”. G1 [se referindo a mexer com lama].

“Faz mal porque lixo tá jogando e pode causar doenças” G1

“(...) Ah, ele pode trazer rato e cobra porque ele se esconde em lugar escuro”. G3 [falando do que o lixo pode trazer].

“(...) esse portão tá todo quebrado lá na rua, e pode até correr o risco de uma criança estar brincando na calçada e se machucar”. G3

Percebemos também a influência da escola nesta forma de pensar, no G1, que se deu dentro do ambiente da escola e numa faixa etária em que a esta ocupa um papel de grande relevância. Os conteúdos oferecidos como a higiene e bactérias, preservação do meio ambiente, reciclagem, adubagem, acidentes de trânsito, acidentes domésticos, entre outros, surgiram de forma preponderante nos discursos destes adolescentes.

Com isso, surge também o discurso hegemônico, fundamentado na supervalorização da responsabilidade de sujeito, e isenção das obrigações do Estado em prover melhorias que levem estes a terem condições de exercer seu

papel social, para além da busca pela sobrevivência, mas como sujeitos de direitos, de voz e de autonomia.

“... uma Política Nacional de Promoção da Saúde terá maior eficácia à medida que construa ações quanto aos modos de vida que apostem na capacidade de auto-regulação dos sujeitos sem que isso signifique a retirada das responsabilidades do Estado quanto às condições de vida...”. (FERNANDEZ, WESPHAL, 2012, p.597)

Neste ponto, podemos perceber a relação desta categoria à categoria central “Sujeito e Governo”; o conteúdo, desenvolvido pelas escolas, fundamentado na responsabilidade social focado no microespaço das casas, das famílias e do ambiente escolar, não deixa de ser uma forma de alienação do sujeito que responde às necessidades de controle e isenção de deveres do Estado.

Os elementos referentes ao autocuidado e às vulnerabilidades as quais todos estão sujeitos, são postos de uma forma extremada:

“Pode ter caco de vidro, aí a pessoa fura o pé, e o vidro pode tá infectado com alguma coisa, aí o pé pode até ser amputado”. G1

Deste modo, andar descalço apresenta um risco supervalorizado, resquício ainda de uma visão higienista de saúde (DAVID, ACIOLI, 2010 *apud* MERHY, 1984, COSTA, 1985).

5.2.5. Vivência e Mídia na Aprendizagem

Esta categoria trata da influência do contexto de vivências e da mídia na aprendizagem de conceitos de saúde. Ao longo de toda a pesquisa as vivências pelas quais os adolescentes tinham passado na comunidade e o que eles tinham visto passar na mídia surgiam no discurso destes aliados às imagens capturadas.

Por vezes havia a associação direta entre a experiência e o que viam passa na televisão, meio de comunicação citado por eles.

Nesta categoria, pudemos perceber a presença da mídia no cotidiano dos adolescentes, representada pela televisão. Atuante em questões referentes à informação em saúde. Os casos da dengue apareceram com frequência vinculada à mídia e, a partir disso, os adolescentes traziam tais informações para seus cotidianos, se apropriando dos dados e mostrando compreender as questões de prevenção veiculadas a tais informações.

O que nos traz uma dimensão do alcance da informação e também alguns questionamentos: pode a informação formar? É suficiente ter acesso às informações para uma mudança de comportamento? Nosso acesso à informação por meio da mídia é irrestrito? E, neste sentido, o que buscamos? Mudança de comportamento ou transformação social?

A mídia é, em tese, um espaço simbólico com acesso a todos (MONSORES DE SÁ, 2012). Contudo, na medida em que esse acesso passa por uma regulação, esse espaço torna-se restrito

Pensamos que a informação, apesar de trazer a tona dados que muitas vezes a comunidade não tinha acesso, pode não alcançar ou fazer muito sentido, à medida que não se estabelece diálogo, trata-se de uma ação hierárquica, em que há um comunicador, detentor do saber de um lado, e de outro a comunidade ignorante e desprovida de conhecimento, que deve aceitar tal “verdade”. Desta forma, desconsidera-se o contexto socioeconômico, cultura, desejos e vontades.

Além disso, o acesso às informações transmitidas pela mídia, passa por um filtro, há quem decida o que e como apresentar determinado assunto na mídia e a que olhar privilegiar, a cultura midiática é vista por alguns autores como uma mercadoria (HORKHEIMER, ADORNO, 1969; DIJK, 2008, *apud* MONSORES DE SÁ, 2012), assim como a saúde também tem sido vista (CASTIEL, 2013).

Desta forma, o que se vende são modos de vida, comportamentos tidos como adequados, ideias que muitas vezes estão à serviço e sustentam o sistema hegemônico.

A informação veiculada verticalmente sempre será domesticadora. Não necessita participação, é manipulativa e geradora de depósitos de conteúdos, e jamais de problematizações que encaminhem à reflexão crítica. Daí não haver verdadeira comunicação entre opressores e oprimidos (BORDENAVE, CARVALHO, 1979, p. 221-222).

A educação para a saúde e não a educação em saúde, deixa evidência a chamada para a 'participação ativa', mas é modelada e utilitária, se traduz em um paradoxo entre o modelo de estado autoritário e a sociedade. Participar ativamente é, para esta concepção, incorporar-se consensualmente a um modelo de Estado moderno, cujo autoritarismo se oculta através de fórmulas burocráticas e cientificistas de planejamento e gestão (NATANSOHN, 2004).

Buscamos mudanças de comportamento, praticadas muitas vezes de forma impositiva, sem espaço para escuta e compartilhamento de saberes. Certamente, primamos pela transformação social, porém, se a busca por esta não se der na natureza e riqueza das relações, quebrando as barreiras da hierarquia, certamente veremos de forma ilusória, em mudanças pontuais de comportamento a transformação social, e esta mesma, fracassada a cada sujeito que colocar acima do que julgarmos verdade absoluta, e exemplo a ser seguido; o seu desejo e a sua autonomia.

Este sim é o risco que corremos ao sermos prescritivos, e pensarmos-nos detentores de uma verdade absoluta, o de avaliar mal o que de fato tem uma importância coletiva, e o que diz da autonomia do sujeito, que de maneira alguma deveria ser retirada.

Segundo Castiel (2013), a promoção da saúde, traz um aspecto que deve ser enfrentado: da responsabilização das vítimas a partir de conceitos sobre atividades de saúde pública que se naturalizam sem terem suas premissas debatidas criticamente. Tais conceitos passam a definir a nossas

vidas de forma padronizado, calculável e mensurável, realizados por meio dos resultados de estudos que a objetivaram normativamente e a modelaram. Empobrecendo assim as singularidades dos sujeitos.

“Se (...) o sonho que nos anima é democrático e solidário, não é falando aos outros, de cima para baixo, sobretudo, como se fôssemos portadores da verdade a ser transmitida aos demais, que aprendemos a escutar mas é escutando que aprendemos a falar com eles. Somente quem escuta paciente e criticamente o outro, fala com ele, mesmo que em certas condições precise falar a ele. O que jamais faz quem aprende a escutar para poder falar com é falar impositivamente (...) O educador que escuta aprende a difícil lição de transformar os seu discurso, às vezes necessário, ao aluno, em uma fala com ele. FREIRE, 1997

As vivências dos adolescentes também apareceram em vários momentos, levando ao que poderíamos chamar de “lições de vida”. Situações que influenciaram positiva ou negativamente sua saúde, e que levaram a compreensão de questões de saúde. Por exemplo, os acidentes de moto relacionados ao uso de álcool, casos de dengue na família e a proximidade da casa a algum terreno baldio, o cuidado maior com os dentes devido a um descuido anterior que culminou em dor de dente e procedimentos dolorosos.

Neste sentido, as vivências tiveram um papel relevante no aprendizado de questões de saúde, levando, em alguns casos, a repensar certos hábitos e atitudes.

“Uma vez passou no bem-estar que a maioria das pessoas que não fumam, fumam mais do que as que não fumam porque respira a fumaça todinha que tava no cigarro da outra pessoa” G1

“(...) eu conheço uma pessoa, menino menor que tem 9 anos, ele achou um cigarro completo, ai ele fumo mais o amigo dele e ele ofereceu pra mim e eu não aceitei.”G1

“Uma vez passou no Globo Repórter um bando de peixe que tava sofrendo por causa disso” G1

“Tem um cara que tava bêbado e foi andar de moto empinando, sem capacete, aí já era”.

“Hoje aconteceu isso na minha rua. Um cara tava andando de moto, sem capacete, aí ele bateu a cabeça no meio-fio...”G1

“Teve uma vez quando eu tinha sete anos, lá em casa tinha um espaço de terra que eu sempre gostava de brincar, aí sempre aparecia um bocado de alergia, aí minha mãe me levou na farmácia, aí falaram que podia ser bactéria de cocô de cachorro que tava na areia”. G1

“(…) fio dental, eu sei, risos, tô passando por isso, então eu acho assim, isso evita, isso protege a saúde...” G3 [participante falando da importância do uso do fio dental e das consequências que teve para sua saúde bucal, o fato de ter negligenciado o uso deste].

Durante a apresentação das imagens, o grupo as reconhecia dentro do território, sendo locais familiares aos olhos por serem “perto de casa” ou ainda “na rua da casa dos meus primos”, além disso, também reconheciam os locais públicos como as escolas e o centro de saúde; demonstrando domínio dos espaços e apropriação daquele território.

“(…) Eu sei onde é que é isso, essa rua, antes do asfalto era um lixão, e só fede a cavalo(…)” G3

“(…) Eu odeio passar por essas ruas ai...” G3

“(…) Lá na rua atrás de casa, lá na teixeira, isso ai já foi pior gente agora que tá melhor”. G3

“(…) da uma dengue, nessa rua ai teve um monte de caso de dengue, meu primo teve dengue.” G3

Muitas imagens os levavam a lembrar de outras que haviam sido capturadas, seja por proximidade entre os locais fotografados ou por ideias de causalidade, como, por exemplo, fotografarem um bueiro cheio de lixo e em outra imagem estar presente uma rua alagada. Os adolescentes entendiam que a imagem da rua alagada era consequência de situações como as do bueiro cheios de lixo.

“(...) Mas só que isso ai é reflexo daquela foto anterior, do bueiro né”. G3

“(...) É esse ai que eu falei que qdo chove fica do mesmo jeito ou pior da foto que o...menino tirou.” G3 [participante falando do bueiro e o relacionando a outra foto capturada por outro integrante do grupo].

Os adolescentes sentiam-se empolgados ao reconhecer os espaços fotografados e também ao se reconhecerem e serem reconhecidos por fotografias capturadas por eles.

Neste sentido, reconheciam a participação ativa deles nas pesquisas, como sujeitos de vozes e de olhares reconhecidos pelo outro e colocados em discussão. A importância deste processo de ser reconhecido e de perceber-se atuante pode levar a um processo de compreensão de seu papel perante sua família, comunidade e, de forma mais ampla, perante a sociedade.

Esta é uma das potencialidades de se trabalhar com ferramentas metodológicas como é o caso do fotovoz, observar essas associações e relações causais em muito se deu devido à escolha metodológica. O que as lentes das câmeras capturaram passaram pelo filtro das vivências dos adolescentes no território que estrutura seus cotidianos. Vivência que ensina, e aprendizagem que legitima o olhar e a linguagem

5.2.6. A Felicidade como Componente de Saúde

Nesta categoria, as subcategorias preponderantes, relacionadas pelos adolescentes de forma direta ou indireta à felicidade, são as que envolvem lazer, esporte e relações interpessoais.

Os adolescentes apresentaram fotos, muitas vezes improvisadas, através da organização de um cenário doméstico que pudesse simbolizar a questão do lazer. Isso pode estar relacionado à falta de espaços de lazer dentro da comunidade que pudessem ser capturados, e, ao mesmo tempo, ao

fato dos adolescentes olharem para tal questão como tão relevante à saúde que não teria como não aparecer nas imagens.

Durante as discussões, os adolescentes reivindicaram por esses espaços, falando da falta e da importância destes em suas vidas. Com criatividade, o ambiente doméstico e mesmo o da rua, se torna um espaço de lazer. Contudo, trata-se de um espaço restrito, seja por acontecer dentro de casa, sem exploração do ambiente e sem o contato direto com a natureza, ou por acontecer nas ruas, com questões como trânsito e violência que traz fatores de vulnerabilidade ao adolescente.

“(...) criança também tem que ser feliz né...num é só ficar trancada dentro de casa.”G3



Figura XII – meninos jogando futebol num campo improvisado nas ruas do Itapoã

Palavras que associavam a essa figura:

“Amigos, gostoso, entretenimento, bola de vôlei, improviso.” G2

“O jogo faz bem para a saúde, ajuda a melhorar problemas”. G2

A amizade também foi tema recorrente, mais nas falas dos adolescentes que propriamente em fotos. O grupo fotografou uma situação que eles apontaram principalmente como “amizade”, foi o G3 (imagem 7), talvez por já terem desenvolvido um pensamento mais abstrato que os fazem fotografar o que seriam símbolos, partir do concreto e conseguir abstrair em um nível maior.

Contudo, em todos os grupos a questão da amizade estava presente, como um fator protetor que os levava a ter saúde, por não sentirem-se solitários, por terem com quem compartilhar suas ideias e sentimentos, e, desta maneira, ajuda-los a não deprimirem.

É importante notar que tal fator de proteção aparece intrinsecamente relacionado à saúde mental, fator que deve ser considerado nas intervenções em saúde. Um estudo realizado em uma escola da Ceilândia, região do DF, (SOUZA *et al.* 2006), sobre a autopercepção do estado de saúde de adolescentes, mostrou que 22,9% dos adolescentes referiram irritabilidade fácil e 20,6% identificaram tristeza intensa, que reconheceram como depressão.

Desta forma, podemos pensar que espaços de interação, grupos de apoio e o fortalecimento de vínculos podem contribuir para a promoção da saúde.

A música também surgiu na discussão do grupo de 17 a 19 anos, associada à amizade e como um fator de proteção, uma arte que ajuda na expressão e identificação dos sentimentos. Neste grupo, também surgiu a experiência junto da música, seja tocando ou cantando. Frases de senso comum, como “quem canta seus males espanta” também surgiram, apresentando a música como um importante fator de proteção.

“(...) eu pensei no lado da amizade, que é o que faz bem à saúde, o que é saúde”. G3

“(...) E no caso também da música né, que todo mundo fala que quem canta seus males espanta, sim eu pensei pelos dois lados, dois amigos conversando e tocando violão”. G3

O esporte foi um componente apresentado em todos os grupos através de fotos e discussão. Principalmente através do futebol, que é um símbolo de esporte para a cultura brasileira. O futebol faz parte do cotidiano dos sujeitos, seja em casa com o futebol de toda semana pela TV, na rua com a “pelada”, e nas escolas, através da educação física ou mesmo nos intervalos das aulas.

Em uma das fotos capturada por um adolescente, é deflagrada a situação da quadra do colégio, com componentes que podem gerar acidentes, como a grade danificada, ferros pontiagudos expostos e enferrujados. Tal foto fala da necessidade que os adolescentes veem de preservação daquele espaço pela importância que tem em suas vidas.

“(...)essa quadra é toda enferrujada.”

“(...) faz mal porque eles tão jogando perto da grade e uma pessoa pode empurrar outra lá que pode se machucar.” G1

O esporte surge como protetor e promotor de saúde. E, apesar de se apresentar como atividade física, é tido também como um lazer.

“(...) faz bem porque é fazer exercício, brincar.” G1 se referindo ao jogo de futebol

“Jogar bola faz bem né!”. G1

“Ajuda a desenvolver o corpo, os ossos e músculos ficam mais fortes”.
G1

Ainda apresenta uma forte relação com gênero masculino, mas atrai também o interesse das adolescentes, principalmente, G2 e G3, tal fato pode estar relacionado com um papel sociocultural apresentado desde cedo à pessoas do sexo masculino e feminino, em que se espera da menina o desempenho de determinados papéis e do menino, o desempenho de outros.

Tal diferenciação não esteve presente nas falas dos adolescentes, mas a presença se fez na ausência do discurso sobre o futebol na fala das meninas; no G1, apenas adolescentes do gênero masculino falaram sobre futebol, nos outros grupos, tal discurso foi tomando corpo na fala das adolescentes.

Aos 10 anos ainda há uma proximidade com a infância, e em alguns casos, aos 10 anos, o sujeito ainda é um infante, em que os papéis são bem definidos e há a busca de afirmação de gênero. Ao adolecer, há uma busca por identidade que rompe as barreiras do gênero e vai ao encontro das atividades prazerosas e significativas, que dão sentido ao cotidiano do sujeito, afasta-o dos padrões colocados pelos pais e parte da sociedade, para assim, aproximá-los do encontro com eles mesmos. O esporte, em específico o futebol, deixa de ser tão vinculado ao gênero para encontrar uma linguagem universal, a linguagem do corpo, dos desejos, da vontade e da subversão.

Desta forma, a questão de adotarmos adolescências (MAYORGA, 2003) e não adolescência fez sentido na pesquisa, na medida em que as questões principalmente referentes ao contexto social e ao gênero teve influência direta na forma de experimentação deste momento da vida.

Na pesquisa de Backes (2009) sobre viver saudável com adolescentes de um projeto de inclusão social da região sul do Brasil, já citada neste estudo, às mesmas questões relacionadas ao lazer, esporte e bem estar estiveram presentes nos resultados, contudo, tinha uma associação direta e muito forte com a questão da estética e forma física, fator não observado em nosso estudo.

As atividades referidas eram mais associadas ao prazer em executá-las, às sensações corporais de bem estar e felicidade. Portanto, apresentavam um fim em si. Havia também uma forte associação destas ações com um sentir-se livre, parece-nos que realizar atividades que sejam prazerosas, para estes jovens, torna-os mais livres e desta forma promove a felicidade, o que torna tais atividades, importantes fatores de proteção à saúde.

Novamente temos situações que falam da singularidade da vivência das adolescências, ao mesmo tempo em que nosso estudo encontra pontos de correspondência importantes com outros estudos sobre esse processo, há também algo de autêntico e singular, talvez seja possível inferir que existam desta mesma forma, infâncias, vidas adultas e velhices, porque ainda que encontremos pontos comuns relativos a cada fase da vida, representantes de nossa coletividade, esta mesma vida sempre se apresentará de forma singular, temos em nós a parte e o todo, o senso coletivo e os desejos individuais.

5.2.7. Sujeitos e Estado

Esta categoria esteve presente em todos os grupos, numa crescente ideia de culpabilização dos sujeitos. No grupo de 10 à 13 anos, aparece de forma mais branda, relacionada à conteúdos escolares, questões como o futuro do planeta:

“(...) se todo mundo contribuísse, né?”

“(...) é porque tem muita pessoa que joga lixo na água e mata muitos animais, nem pensam no que esses animais tão passando”

A reciclagem e adubagem são apresentadas em um discurso que busca soluções para questões de vulnerabilidade do macroespaço (o planeta Terra), focadas exclusivamente nos sujeitos.

“Esse pessoal podia recolher esse lixo e plantar coisa aí, né?”

Neste ponto propomos uma reflexão sobre o papel da educação, e mais especificamente da escola na formação dos sujeitos:

- As escolas têm sido um instrumento de formação de senso crítico e de ampliação do olhar para as políticas públicas, da mesma forma com que aborda o papel do governo perante sujeitos de direitos e de deveres?

-Ou seria a escola um espaço reprodutor da alienação e culpabilização, a que os indivíduos são expostos em todas as esferas de suas vidas, oferecendo ao sujeito uma visão ingênua acerca de grandes problemas de sociedade e das comunidades?

Paulo Freire em uma de suas célebres obras, “Pedagogia do Oprimido” de 1967, nos fala sobre a forma de ensino preponderante, a educação bancária, em que educandos são depositários de conteúdos por meio de narração, que implica em um sujeito ativo e prescritor daquilo que entende como verdade – o educador; e de um sujeito passivo e dócil, capaz de decorar conceitos, sem que isso o leve a qualquer criticidade acerca da realidade e do que lhe é transmitido – o educando.

Tais conteúdos, identificados como partes de uma realidade, apresentam-se desconectados da totalidade e, com isso, de sua complexidade. Neste contexto, a palavra se torna oca, vazia de significados, ocupando espaço de verbosidade alienada e alienante.

Parece que as escolas também são reprodutoras de um sistema vigente, não falamos aqui de uma reprodução intencional por parte dos educadores, pois como aponta Freire (1967), há um tanto de educadores bem intencionados que, não obstante, não se percebem a serviço da desumanização ao trabalharem com o ensino bancário; mas sim por conta da forma como as pessoas vivem em sociedade e do aprendizado pelo qual tem passado. Se os mesmos não são sabedores de seus direitos e deveres, se também culpabilizam sujeitos, é natural que no microespaço social da escola, estes reproduzam e ensinem tal comportamento.

Desta forma, ao se praticar este tipo de educação, o que se busca é a manutenção da situação de opressão, em que há um necessitado – o oprimido, e um salvador – o opressor.

No G2, a ideia de responsabilização do sujeito surge em processo de cristalização, com foco na depredação dos espaços da escola pelos alunos e dos lixos que as pessoas da comunidade deixam pelas ruas.

“precisa de cuidado, catar essas coisas, falta de respeito...”

“ele se acha o dono da rua?” [sobre quem jogou o lixo ali].

E de uma forma mais severa, no grupo de adolescentes do G3, surge a culpabilização, o olhar para o ser humano como sujo e irresponsável, cuja sentença para seus maus hábitos é permanecer em um local de vulnerabilidade, com lixo, escolas depredadas e doenças espalhadas pelo território.

“Olha, na verdade(...) Num é o Itapoã são as pessoas”

“(...) Tem as exceções, mas são bem raras porque no Itapoã o que você mais vê é lixo, é bagunça...” [ao serem questionados sobre o que eles estavam achando das fotos capturadas].

“É isso, o que a gente mais vê, infelizmente é né, é até triste falar... É...Vergonhoso.”

Não queremos com isso desresponsabilizar sujeitos, mesmo porque há situações em que os hábitos e atitudes de um sujeito podem afetar terceiros bem como tornar-se oneroso à órgãos públicos (GAUDENZI, SCHRAMM, 2010); contudo há de se ver estas situações através do macrospaço social. Estamos nos referindo a um território vulnerável, em que muitas pessoas que ali vivem, não fazem mais que sobreviver. Sem informação ou formação, sem acesso às políticas públicas e apartadas de direitos vitais como alimentação, moradia e estudo. Não há como responsabilizarmos sujeitos que se encontram em situações sociais tão perversas, para isso seria necessário a presença e ação do Estado, direitos garantidos e condições mínimas de vida.

Alguns conceitos advindos da promoção de saúde discutem a questão da responsabilização e da linha tênue que a separa da culpabilização; é o caso o empoderamento, com vertentes e definições distintas, advindas principalmente de dois sentidos: o psicológico e o social/comunitário (CARVALHO, GASTALDO, 2008).

O sentido psicológico surge como um processo que objetiva que os indivíduos tenham uma sensação maior de controle sobre suas vidas, assim, o sujeito empoderado é aquele que se apresenta de forma comedida, autoconfiante, independente e capaz de apresentar determinados comportamentos que vão ao encontro de cada ocasião e de influenciar seu meio, atuando de acordo com princípios de justiça e equilíbrio. É um conceito pautado em estratégias de fortalecimento da autoestima, adaptabilidade ao meio, autoajuda e solidariedade (CARVALHO, GASTALDO, 2008).

Está prática certamente apresenta sua relevância, principalmente num âmbito mais individual, contudo é insuficiente para abranger intervenções que busquem uma distribuição de poder e de recursos na sociedade. Pode também tornar-se um instrumento de controle e de regulação do social a serviço de determinados grupos sociais (CARVALHO, GASTALDO, 2008).

Assim, pode-se criar a ilusão do poder e autonomia em indivíduos, enquanto que a maior parte de suas vidas é controlada por políticas e ações macrossociais (CARVALHO, GASTALDO, 2008), o alerta maior é para que o desenvolvimento de certas habilidades sociais e de uma autonomia num campo mais individual e particular não seja sobreposto às necessidades de empoderamento no campo do coletivo, para uma busca por mudanças sociais que passem pelo entendimento político e pelas políticas.

“Confundir as reais habilidades de controlar recursos com a sensação de empoderamento despolitiza este último” (RIGES, 1993, p.279)

Segundo os referidos autores, o empoderamento social/comunitário, que nasceu sob uma forte influência do pensamento freiriano, surgiu dentro do projeto de promoção à saúde, e destaca a ideia da saúde com um processo e o resultado de lutas dos coletivos sociais por seus direitos. Tal conceito não nega os elementos do empoderamento psicológico, mas vai além à medida que busca trazer à tona a necessidade de enfrentarmos as raízes e as causas das inequidades sociais (CARVALHO, GASTALDO, 2008).

Os adolescentes, em alguns momentos, também percebem que não há como rotular os sujeitos sob o mesmo estigma. Percebem a singularidade dos sujeitos e colocam a eles mesmos como atores sociais, agentes de mudanças, sem deixar de se responsabilizarem por ações que também contribuem para as condições negativas que percebem. Refletem de forma crítica acerca do papel dos adolescentes na comunidade.

Neste ponto, o que esperamos é que a reflexão leve a uma reformulação do estar no mundo. A pesquisa qualitativa tem como objeto de estudo o sujeito e suas interações. Não busca somente a coleta de dados, mas compreende uma transformação de pesquisador e pesquisado, pela própria interação, na troca de saberes, e na aproximação de seus universos particulares e coletivos, ampliando assim o olhar sobre o mundo e as ações destes.

Durante as discussões, sub-categorias que diziam da melhoria do território como “isso já foi pior”, surgem dando ênfase a estruturação do Itapoã através das obras públicas iniciadas em 2009 com o asfaltamento e saneamento básico. Além disso, os adolescentes notaram espaços em que houve diminuição do lixo. Aqui, podemos fazer uma conexão direta sobre como a estruturação de um território através da intervenção governamental pode contribuir para a melhoria de uma comunidade, de sua condição de vida e do entendimento de preservação daquele espaço.

Em alguns momentos a figura do Estado aparece através de serviços prestados, como é o caso do recolhimento do lixo, feitos em uma frequência notada pelos adolescentes como quase diária. Tal fato traz à tona momentos em que se é percebida a presença do Estado, contudo, são momentos pontuais que não se apresentaram de forma significativa no diálogo com os adolescentes e tampouco através das imagens capturadas.

Admitimos que se nossa pesquisa tivesse uma pergunta direta acerca da presença do Estado, talvez o resultado acerca da percepção do adolescente seria outro, até mesmo por conta de respostas aprendidas e repetidas presentes em discursos de pais, colegas e da mídia. Contudo, o fato é que esta

pesquisa deflagra a atuação e percepção do adolescente sobre o Estado, a partir da ausência deste poder no discurso geral do adolescente acerca da saúde e dos pontos de proteção e vulnerabilidade, e, principalmente, a partir de a quem ele confere a “culpa” pelos fatores de vulnerabilidade que seus olhares capturam.

5.3. A TEORIA EMERGENTE: A COEXISTÊNCIA DOS FATORES DE PROTEÇÃO E VULNERABILIDADE

Como teoria emergente das categorias no processo do desenvolvimento da “grounded theory” (CHARMAZ, 2009), anteriormente referida na metodologia percebemos que ao tratar dos fatores de proteção e vulnerabilidade, os adolescentes primavam por uma compreensão mais abrangente das questões. Apesar da dicotomia “faz bem-faz mal”, presente principalmente nas falas dos adolescentes mais novos, os adolescentes mostravam a complexidade do que era observado, entendiam que o mesmo fator que protegia poderia prejudicar.

Apresentamos aos adolescentes a possibilidade de dizer se as imagens protegiam ou prejudicavam, tais alternativas não os contemplavam, e eles mesmos encontraram uma forma de dizer da necessidade de olhar determinadas situações ou ambientes por vários ângulos, colocando outra alternativa, chamada de “no meio do caminho”.

Nesta classificação foram colocadas imagens como o ambiente escolar, bebida alcoólica, andar e brincar descalço. Quanto maior era o debate, mais os adolescentes identificavam essa impossibilidade de lidar com as situações de forma dicotomizada.

Com isso retomamos a ideia de Zioni e Westphal (2007), sobre a necessidade de trabalharmos a convergência entre os aspectos estruturalistas e questões mais individuais. Perdemos quando separamos conceitos e os isolamos como se um excluísse ou fosse contrário ao outro. Dentro de

situações individuais e específicas podemos observar aquilo que se repete no macroespaço, e situações mais amplas e estruturais influenciam diretamente no cotidiano dos sujeitos.

A riqueza da teoria emergente surge quando nos deparamos com nossa visão ainda entrecortada e cindida. Pois ao colocarmos somente a opção de algo ser fator protetor ou de vulnerabilidade, reforçamos o paradigma reducionista. Os adolescentes, conforme o nível de maturidade, puderam nos ensinar que a vida e os fatores que a influenciam são muito mais dinâmicos e complexos. Assim, não existe “isso **ou** aquilo”, abre-se espaço para a coexistência, para o “isso **e** aquilo”.

Os adolescentes, durante todo o tempo, estavam nos alertando acerca do contexto, que teoricamente nunca abandonamos, mas concretamente nos escapava ao tentarmos classificar a partir de alternativas reduzidas, as situações cotidianas. As questões levantadas por eles fazem parte de nossas vidas também, assim como de toda a sociedade, e mais uma vez, a parte se encontra com o todo.

Podemos dizer que parte e todo, proteção e vulnerabilidade, determinantes e determinação, nunca deixaram de se encontrar, pois compõem um mesmo corpo, contexto e história. Desta forma, esta teoria pode nos mostrar um caminho diferente na abordagem de tais questões, um caminho que compreenda e contemple a dinamicidade da vida e dos fatores que a permeiam, buscando aproximar questões estruturais da sociedade de questões estruturantes da vida.

5.4. AUSÊNCIAS E SILÊNCIOS QUE REVELAM: O LUGAR DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA PARA OS ADOLESCENTES

O serviço de saúde não foi inserido em uma categoria, ou mesmo em uma subcategoria, devido à baixa alusão a este feita por parte dos adolescentes, contudo, decidimos por abordar este tema, pois achamos

importante deflagrar esta ausência e, desta forma, contribuir para que o serviço de saúde possa vir a ser mais presente no cotidiano dos jovens e a das famílias assistidas, não só nas situações de doença, mas principalmente na promoção da saúde.

Considerando que na pesquisa qualitativa o silêncio ou a ausência também são objeto de análise, destacamos neste tópico que durante os grupos, apesar de a saúde estar em foco nas discussões, os adolescentes pouco falaram dos serviços de saúde, foram capturadas apenas duas fotos do Centro de Saúde, e ainda assim, pelo G2, que fora justamente o grupo que ocorreu naquele no espaço.

Ao falar sobre o Centro de Saúde, as palavras que vieram à cabeça dos adolescentes do G2 foram:

saúde, se cuidar, doença - se tá lá é porque tem motivo, família, sala de injeção, dinheiro - porque o profissional que está lá ganha dinheiro, se prevenir, futuro, proteção, agulha, dor, coitadinho, médico.

Os adolescentes, ao se referirem ao Centro de saúde, chamavam-no de hospital, o que claramente nos diz do fato dos adolescentes não saberem diferenciar um espaço do outro.



Figura XIII – foto do centro de saúde do Itapoã

Perguntamos: esta confusão surge devido à reprodução naquele espaço, de práticas pautadas em doenças e em atendimentos pontuais e emergenciais, e de poucas ações voltadas para a promoção da saúde?

A partir da nossa inserção neste serviço de saúde, podemos afirmar que não há nenhum grupo ou ação voltada exclusivamente para adolescentes, e as poucas tentativas de se implantar algo para essa população, foram fracassadas, pois sem o vínculo e o estabelecimento de uma relação de confiança entre profissional de saúde e comunidade, que se dá através da presença no cotidiano e de um atendimento integral que leva em conta a identidade daqueles sujeitos, daquelas famílias e daquele coletivo; deixa de ser significativo para o adolescente frequentar aquele espaço.

Além disso, os adolescentes são uma parcela da população que dificilmente comparece aos serviços de saúde (SANTIAGO et al 2012). Mas ainda assim necessitam de cuidados que vão dos gerais aos específicos.

Essa dificuldade em conseguir aproximar o público jovem dos serviços de saúde também já foi abordada em outras pesquisas com essa população, como é o caso da pesquisa sobre a percepção de enfermeiros e médicos de uma ESF do Paraná a respeito da atenção à saúde dos adolescentes (FERRARI et al 2006). Nesta os profissionais de saúde também relatam essa dificuldade de vincular os adolescentes aos serviços oferecidos. As pesquisadoras referem ser difícil afirmar se essa ausência é devido às poucas ações voltadas para esse público ou por conta da baixa procura dos jovens, já que estes são pontos interligados e que estão associados à estrutura dos serviços de saúde do país.

Em 04 de setembro de 2008, pela Portaria nº 1.861, foi instituído o Programa Saúde na Escola (PSE), trata-se de uma parceria interministerial – Saúde e Educação – com o objetivo de desenvolver ações de promoção da saúde, promover a cultura da paz, e de articular ações entre os dois setores, aproveitando o espaço fecundo da escola, de forma a fortalecer os estudantes

para o enfrentamento das vulnerabilidades e incentivo à participação comunitária. (BRASIL, 2008; BRASIL, 2009).

Faz-se importante pensarmos em novas formas de intervir no território, superando o modelo de saúde centrado em atendimentos em consultórios, focados em doenças instaladas, ações no território, como, por exemplo, na escola, trazem oportunidades ímpar de promover saúde, tendo neste espaço a população que nos propomos atender. Além disso, o vínculo saúde e educação traz benefícios para ambos os setores, na medida em que potencializa suas ações.

Foge do alcance desta pesquisa trazer à tona as questões referentes à estrutura, planejamento, contexto, entre outras que a saúde neste território apresenta, as questões levantadas acima são feitas devido à nossa proximidade com o Centro de Saúde, pois nele ocorrem práticas da Unb e é também local de trabalho. Mas é importante percebermos que não basta haver uma estrutura de ESF, se esta não corresponde ao papel a ela designado.

Os adolescentes do G2 não conseguiram classificar essa imagem como sendo um fator de proteção ou de doença. Junto da imagem da escola, esta também ficou “no meio do caminho”, os adolescentes justificavam essa escolha dizendo que não seria saúde porque é um local que se vai quando se está doente, mas também não quiseram colocar em fatores de proteção, pois é um local que oferece cuidado quando se adocece. Mesmo com essa discussão, os jovens, ao elaborarem o cartaz que ficaria exposto no Centro de Saúde não escolheram essa figura para fazer parte deste.

Os jovens identificaram a saúde e a proteção no que mais se distancia da doença - a felicidade. Enquanto os ditos espaços de saúde não trabalharem de fato com promoção da saúde, através de lazer, do brincar, do esporte, da alimentação saudável e relações interpessoais pautadas na cultura da paz, extrapolando os muros das instituições, estes continuarão sendo identificados como locais de doença e de tratamento.

Os adolescentes desta pesquisa deixaram claro quais são suas demandas e oferecem um norte para a elaboração de intervenções em saúde junto desta população. Fica nossa dúvida se os gestores e profissionais de saúde apresentam essa mesma clareza.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo geral desta pesquisa foi analisar a visão dos adolescentes acerca da determinação social da saúde. Compreendemos que tal objetivo foi alcançado, pois ainda que estes jovens não tivessem pra si conceitos teóricos sobre a determinação social da saúde, esta é uma temática que perpassa todo o cotidiano dos sujeitos, principalmente quando se trata de fatores de vulnerabilidade e de proteção. E foi a partir do questionamento desses fatores que a pesquisa se desenvolveu.

Em relação às temáticas levantadas na “Carta dos DSS” elaboradas pelos jovens e referidas anteriormente no referencial teórico, temos uma clara proximidade com os elementos encontrados nos discursos dos adolescentes desta pesquisa, contudo, no tocante à abrangência e complexidade do discurso, o que percebemos é que enquanto os jovens presentes na conferência percebem a necessidade da ação e presença do Estado de forma a garantir acesso e os direitos dos jovens que se aplicam também às crianças e aos adultos; os jovens do Itapoã acabam por buscar em recursos próprios e na própria comunidade a solução para questões de vulnerabilidade de amplo alcance.

Há de se levar em conta o fato dos adolescentes da CMDSS, serem justamente os representantes dos jovens de seus países, e, portanto, lideranças políticas com uma compreensão diferenciada acerca do tema. Estes sujeitos foram à conferência internacional para discutir a temática. Já nossos adolescentes fazem parte de um recorte de território, representam sim, a realidade do contexto vulnerável da periferia de uma metrópole, com toda a amplitude de alcance de suas vivências e com toda falta de acesso à políticas públicas, sejam em tese, não sendo sabedores de seus direitos e deveres; ou na prática, com a parca intervenção do Estado.

O que pudemos perceber, através da análise dos dados é que apesar desta questão da minimização do papel do Estado, a percepção dos jovens

acerca das necessidades e potencialidades de temas e ações no tocante à saúde apresentam grande proximidade, sendo assim representativa, para além de um território.

Dentre as vulnerabilidades identificadas pelos adolescentes, chama atenção a questão ambiental, com destaque para a situação do lixo no território em que vivem e à associação direta à ocorrência de acidentes e de doenças. Questões sociais como o abuso do álcool e a propagação da violência, de acidentes automobilísticos e a proximidade destas questões com a morte também foram debatidos amplamente.

O dado que mais nos impactou foi a visão deles sobre o ambiente escolar, por se sentirem vulneráveis em um espaço que tem por definição ser voltado para a proteção.

Como fatores de proteção, os jovens também se referiram às questões de meio ambiente, como reciclagem, preservação, adubagem e consumo de frutas e hortaliças, bem como sobre o próprio contato com a natureza. O esporte e o acesso ao lazer também tiveram grande destaque. Além disso, questões mais subjetivas referentes à saúde como ter amigos, brincar e ouvir música estiveram presentes no discurso dos participantes da pesquisa.

Se por um lado, a presença desses fatores foi vista como protetora, houve também a percepção de que a falta destes causa vulnerabilidade. E foi na falta que por muitas vezes o discurso se fez. Estava presente nos desejos, mas concretamente, no momento em que iam capturar as imagens, os adolescentes não encontravam correspondência. Era claro o incômodo que sentiam ao apresentar um número tão maior de imagens referentes às vulnerabilidades em seu território.

A verificação do vínculo dos adolescentes a ESF foi o primeiro objetivo respondido, ainda na fase de seleção dos adolescentes, quando percebemos que sequer um levantamento do número de adolescentes da área atendida havia e o desconhecimento das equipes em relação aos adolescentes atendidos e destes em relação às suas equipes de referência. Fator que

dificultou em muito nossa aproximação com os adolescentes e vinculação, pois partíamos da “estaca zero”, nos apresentando como pesquisadoras e também como trabalhadoras da saúde e tínhamos que contar com a confiança daquela comunidade, a partir do que comunicávamos e de como comunicávamos.

Na presente pesquisa, ao nos propormos estudar o olhar dos adolescentes acerca da saúde, seus fatores de proteção e vulnerabilidade, deflagramos o encontro dos conceitos presentes na determinação social da saúde nas falas dos adolescentes e, com isso, podemos oferecer subsídios teóricos e práticos às equipes da Estratégia Saúde da Família, para que de fato, realizassem ações voltadas às questões mais essenciais da determinação, potencializando assim suas práticas.

As temáticas apresentadas são um recorde do estudo, devido às limitações de tempo e da direção para a qual esta pesquisa esteve voltada. Certamente há muito mais o que ser dito acerca das categorias emergentes, bem como das ausências, como é o caso da família, que quase não surgiu nas discussões, sendo este um elemento surpresa para nós, pois quando pensamos em iniciar o estudo, nos parecia evidente que esta temática não só surgiria como também teria destaque.

A metodologia e ferramentas metodológicas utilizadas foram ao encontro de nossa escolha por ser uma metodologia qualitativa que destacasse a percepção e a fala dos sujeitos, contudo, o fato de termos utilizado o fotovoz, por exemplo, que parte da concretude da imagem, ainda que contivesse simbolicamente muito de abstrato, talvez tenha dificultado uma maior abrangência das questões debatidas, já que a determinação social da saúde nos parece difícil de materializar-se. Tal fato nos levou a um esforço maior de conexões, associações e exploração do diálogo.

Deixamos como recomendações para as equipes do ESF, a necessidade dos profissionais de realizarem ações voltadas para a promoção de saúde, tendo em vista a importância revelada pelos adolescentes de atividades de cultura, esporte e lazer. Para tanto é importante que não percam

de vista a relevância das parcerias e da atuação em rede, sejam estas as instituídas dentro do cenário da saúde ou intersetorias, distribuídas pela comunidade.

Desta maneira, os profissionais não podem perder de foco a importância da escuta qualificada, ultrapassando as ações normativas e prescritivas, que se fundamentam em condutas pré-estabelecidas e pouco se ocupam das reais necessidades e demandas dos sujeitos assistidos.

Durante esse estudo pudemos perceber a importância de ver os adolescentes em toda sua complexidade e integralidade. Os diálogos sobre a vida devem ser estabelecidos e favorecidos pelos profissionais, não restringindo a saúde e os indivíduos a aspectos e permeiam suas vidas, como sexualidade, nutrição, gravidez.

Percebemos uma real dificuldade da realização de grupos de adolescentes dentro da unidade de saúde, os próprios grupos que realizamos tiveram que ser alterados devido a esse espaço. Porém, não podemos esquecer que a saúde deve estar no território e não restrita ao centro de saúde em que os profissionais estão alocados, dito isso, retomamos a ideia da importância das ações intersetorias e também de utilizarmos melhor dispositivos e programas, como é o caso do PSE, em que se preconizam ações mediante a parceria educação – saúde, no ambiente escolar e de forma programática e processual. Com isso, a questão da aproximação do adolescente dos centros de saúde, se daria por meio de um vínculo estabelecido em um ambiente cotidiano, a escola.

Para além dos grupos, ou do trabalho coletivo, o profissional de saúde deve valorizar situações de atendimento ao adolescente, fazendo daquele espaço um ambiente profícuo para a construção de uma relação de confiança e afeto. A clínica pode ser realizada com a perspectiva da reorientação do modelo de atenção

Ao tocarmos nessas questões de gestão do cuidado, devemos nos atentar à importância da formação dos profissionais de saúde. Neste ponto

ensino – gestão – profissionais formam um tripé a ser trabalhado. A linguagem e as ações da academia, da gestão e do profissional deve estar alinhada e de acordo com as políticas públicas de saúde e, portanto, ao que o SUS preconiza. Para tal, recomendamos o investimento na sustentabilidade de programas como o Pró Saúde e o PET Saúde pelos Ministérios da Saúde e da Educação em parceria com as secretarias de estados, municípios e Distrito Federal.

Não é possível trabalhar com promoção de saúde se continuarmos numa lógica acadêmica voltada ao biologicismo e às tecnologias duras em detrimento de questões psicossociais e da integralidade do saber.

Nesse sentido, também se torna inviável esse tipo de ação, se os profissionais não têm o apoio da gestão, a qual, muitas vezes, ao invés de primar pela qualidade dos serviços e consistência das intervenções, cobra por uma produtividade pautada, exclusivamente, em números de procedimentos clínicos. Faz-se necessário avançar no registro, monitoramento e avaliação das ações de educação e de promoção da saúde no âmbito do SUS.

Da mesma forma, se os profissionais acomodarem-se ao antigo paradigma biologicista da saúde e não romperem com tal estrutura de pensamento, corremos um grande risco de não atender de fato às demandas apontadas pelos sujeitos, no caso desta pesquisa, os adolescentes. Considerando a teoria emergente desta pesquisa, sugerimos a realização de mais estudos buscando a interrelação dos aspectos da macro e micropolítica e da coexistência dos fatores que protegem com as vulnerabilidades do contexto do território do Itapoã.

O fato de uma pessoa desta pesquisa ser também trabalhadora da saúde naquele território, dia a dia nos dá pista da relevância deste estudo. Ainda hoje, seja no Centro de Saúde ou em outros espaços do território, quando há o encontro com os adolescentes que participaram desta pesquisa, há o reconhecimento, o afeto, o vínculo. Tornamo-nos mais que pesquisadoras, somos pessoas com quem os adolescentes, se alegram ao reencontrar,

conversam e confiam. Os espaços de pesquisa eram espaços de um compartilhar de vida, através da interação e das conversas que escapavam da temática desta pesquisa. Ao participarmos de discussões sobre saúde do adolescente, protagonismo juvenil, percebemos uma mudança na nossa postura e no nosso olhar para tais questões, ganhamos potência de discurso por agora trazeremos junto conosco a legitimidade do olhar do adolescente sobre eles mesmos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAMOVAY, M.; CUNHA, A. L.; CALAF, P. P. **Revelando tramas, descobrindo segredos: violência e convivência nas escolas de Brasília**. 1.ed. Brasília: Rede de Informação Tecnológica Latino-americana - RITLA, Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal - SEEDF, 2009. 496 p.

ALAMES, CEBES. **El debate y la acción frente a los determinantes sociales de la salud**: documento de posición conjunto de alames y cebes. Conferência Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em < <http://www.alames.org/documentos/alamescebesrio.pdf>> Acesso em ago.12

ALVES, R. **A arte de produzir fome**. São Paulo, 2002. Disponível em <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/sinapse/ult1063u146.shtml>> Acesso em abr.2013.

ANDRADE, G. R. B., [VAITSMAN, J.](#) Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. **Rev. Ciênc. Saúde Coletiva**. 2002, v.7, n.4, p. 925-34.

AYRES, J. R. C. M. - **HIV/AIDS, DST e abuso de drogas entre adolescentes: Vulnerabilidade e avaliação de ações preventivas**. Casa de Edição. 19p, 1996.

AYRES J. R. C. M. Vulnerabilidade e AIDS: para uma resposta social à epidemia. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo/Programa de DST/AIDS. **Bol Epidemiol**. v.15, n.3, p.2-4, 1997.

AYRES, J. R. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M.

(Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117-140.

BACKES D.S.; Significado de viver saudável para jovens que integram um projeto de inclusão social. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2009, v. 11, n.4, p.877-83.

BOCK, A. M. B.; MARCHINA, M. G.; FURTADO, O. (Org.), **Psicologia Sócio-histórica**. São Paulo: Cortez, 2001. p.129-140.

BORDENAVE, Juan. D.; CARVALHO, H. M. **Comunicação e Planejamento**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

BRASIL. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação dos Profissionais da Saúde - Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimentos potenciais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Decreto nº. 6.286, de 5 de dezembro de 2007. **Institui o Programa Saúde na Escola - PSE**, e dá outras providências. Diário Oficial da união 6 dez 2007.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. **Política nacional de alimentação e nutrição**. 2a Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

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

BRASIL, Ministério da Saúde, Ministério da Educação. **Programa Saúde na Escola**. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Informe da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **SIAB: manual do sistema de Informação de Atenção Básica**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente** (1990). Diário Oficial da União. Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990. Brasília, DF: Palácio do Planalto.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **Physis: Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, p. 77-93, 2007.

CARVALHO, S.R.; GASTALDO, D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v.13(Sup 2) p.2029-40, 2008.

CARLINI-COTRIM, B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, n. 3, 1996.

CASTIEL, L.D. **Vender e comprar saúde tornou-se um investimento**. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/31961>> Acesso em 08 mar 2013.

CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada: guia prático para pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 1ª ed. 2009.

CODEPLAN. **Indicadores de Desigualdade Social no Distrito Federal**. Brasília, novembro de 2007.

CODEPLAN. **Perfil do jovem do Distrito Federal**. Brasília, agosto de 2012.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CNDSS). **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. Disponível em: <<http://www.cndss.fiocruz.br/pdf/home/relatorio.pdf>> Acessado em: out. 2011.

COSTA, M. C. O.; BIGRAS, M. Mecanismos pessoais e coletivos de proteção e promoção da qualidade de vida para a infância e adolescência. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n.5, p. 1101-09, 2007.

COULON A. **Etnometodologia**. Petrópolis (RJ): Vozes; 1995.

DAVID, H.M.S.L.; ACIOLI, S. Mudanças na formação e no trabalho de enfermagem: uma perspectiva da educação popular e de saúde. **Rev Bras Enferm**, v. 63, n.1, p. 127-31, 2010.

ESCOREL, S. **Os dilemas da equidade em saúde**: aspectos conceituais. Disponível em <<http://www.opas.org.br/servico/Arquivos/Sala3310>>. Acessado em: jan. 2011.

FERNANDEZ, J.C.A., WESTPHAL, M.F. The place of subjects and the issue of hypo-sufficiency in health promotion. Interface – **Rev. Comunic., Saude, Educ.**, v.16, n.42,p.595-608, jul./set. 2012.

FERRARI, R.A.P.; THOMSON, Z.; MELCHIOR,R. Atenção à saúde dos adolescentes: percepção dos enfermeiros das equipes saúde da família. **Rev. Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.11, p.2491-2495, 2006.

FREIRE P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 1997.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 17 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

GARRAFA, V.; CÓRDON, J. Determinantes sociais da doença. **Rev. Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 388-396, set./dez. 2009.

GARRAFA, V.; OSELKA, G.; **DINIZ, D. Saúde Pública, Bioética e Equidade.** Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br/revista/bio1v5/saudepub.html>>. Acessado em: nov. 2011.

GAUDENZI, P.; SCHRAMM, F. R. A transição paradigmática da saúde como um dever do cidadão: um olhar da bioética em Saúde Pública. **Rev. Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 14, n. 33, Jun. 2010.

GOMES, F. B. C. **Relação entre o conceito de equidade em saúde e princípios éticos de acesso a órgãos para transplante.** Série Anis v. 56, Brasília, p. 1-12, jul., 2008.

GUZZO, RSL, EUZEBIOS FILHO, A. Desigualdade social e sistema educacional brasileiro: a urgência da educação emancipadora. **Escritos educ.** vol.4, n.2, p. 39-48, 2005.

IERVOLINO, S. A.; PELICIONE, M. C. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Rev. Esc. Enf. USP.** São Paulo, v.35, n.2, p. 115-21, jun. 2001.

KAHAN, B.; GOODSTADT, M. Health promotion: developing and implementing a best practices approach to health promotion. **Health Prom Practice**, v. 2, n. 1, p. 43-67, 2001.

LOPES C. H .A. F., JORGE M. S. B. Interacionismo simbólico e a possibilidade para cuidar interativo em enfermagem. **Rev. Esc. Enfermagem** (USP), v.39, n.1, p. 1038, 2005.

MARCELLI, D; BRACONNIER, A. **Adolescência e psicopatologia**, 6ª. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

MAYORGA, C. Identidades e Adolescências: Uma Desconstrução. **Rev. Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v.1, n.1, p. 1-18, São João del Rei, jun. 2006.

MINAYO, M. C. S. *et al.* Métodos, técnicas e relações em triangulações. In: MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R. [Org]. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MONSORES SÁ, N. **Discurso, Biotecnociência e Bioética**: Análise dos discursos morais acerca de células-tronco em mídia de massa. 2012. 148f. Tese (doutorado em bioética) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília.

Muito além do peso. Direção: Estela Renner, Produção: Maria Farinha Filmes, 2013. Disponível em < <http://www.muitoalemdopeso.com.br>> Acessado em mar.2013.

NATANSOHN, G. Comunicação & Saúde: interfaces e diálogos possíveis. **Revista de Economía Política de las Tecnologías de la Información y Comunicación** V. 6, n. 2, Mai – Ago, 2004.

NICO L.S. et al. A grounded theory como abordagem metodológica para pesquisas qualitativas em odontologia. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.3, p. 789-97, 2007.

NOGUEIRA, R.P. Determinantes, determinação e determinismo sociais. **Saúde em Debate**, v.33, n.83, p. 397-406, set./dez. 2009.

OMS; OPS. **Posicionamiento de los adolescentes y jóvenes de las américas frente a los determinantes sociales de salud**. Conferência Mundial dos Determinantes Sociais da Saúde, Rio de Janeiro, 2011.

PAHO/WHO. **Division of Health and Human Development**. Principles and Basic concepts of equity and health, 1999.

RIGER S. What's wrong with empowerment. **American Journal of Community Psychology**; v. 21, p. 279-92, 1993.

SANTIAGO L.M.; RODRIGUES M.T.P.; OLIVEIRA JUNIOR A. D.; MOREIRA T. M. M. Implantação do Programa Saúde na Escola em Fortaleza - CE: atuação de equipe da Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm**, v.65, n.6, p. 1026-29, nov-dez, 2012.

SENNA, M.C.M. Eqüidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18(Supl.), p.203-11, 2002.

SILVA, C.M. Equidade e promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: desafios a serem enfrentados. **Rev. APS**, v.11, n.4, p.451-58, 2008.

SISSON, S.C. Considerações sobre o Programa de Saúde da Família e a promoção de maior equidade na política de saúde. **Saúde Soc.** São Paulo, v.16, n.3, p.85-91, 2007.

SOUZA, E. M., ABRÃO, F. P. S., MOTTA, I. A., ALMEIDA, J. O. Autopercepção do estado de saúde: um estudo de prevalência com adolescentes de Ceilândia, Distrito Federal, Brasil. **Rev. Comun Ciênc Saúde**, v.17, n.1, p. 9-15, 2006.

SOUZA, E. M., Integração entre gerações na promoção da saúde: estudo qualitativo no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v.37, n.4, p.463-9, 2003.

STRACK, R.; MAGILL, C.; MCDONAGH, K.. Engaging youth through photovoice. **Health Promotion Practice**, v.5, n.1, p. 49-58, 2004.

TAMBELLINI, A.T.; SCHÜTZ, G.E. Contribuição para o debate do Cebes sobre a “Determinação Social da Saúde”: repensando processos sociais, determinações e determinantes da saúde. **Rev. Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 371-79, set./dez, 2009.

TORAL, N.; CONTI, M. A.; SLATER, E. A alimentação saudável na ótica dos adolescentes: percepções e barreiras à sua implementação e características esperadas em materiais educativos. **Rev. Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.11, p.2386-94, 2009.

TORRES, S. Z. M. **Adolescências**: diferentes contextos, diferentes histórias. 2008. 185 f.. Dissertação (Mestrado em Educação) – Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2008.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. Petrópolis RJ: Editora Vozes, 2003.

UNICEF. **O direito de ser adolescente**: Oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades. Brasília, DF: Unicef, 2011.

VILLAR, E. Los Determinantes Sociales de Salud y la lucha por la equidad en Salud: desafíos para el Estado y la sociedad civil. **Saúde Soc.** São Paulo, v.16, n.3, p.7-13, 2007

VINER, R. M.; et al. Adolescent Health: Adolescence and the social determinants of health. Disponível em < www.thelancet.com > V. 379, 28 abr. 2012.

WANG, C., BURRIS, M. Photovoice: Concept, methodology, and use for participatory needs assessment. **Health Education & Behavior**, v.24, n.3, p. 369-87, 1997.

WANG, C. Photovoice ethics: Perspectives from flint photovoice. **Health Education & Behavior**, v.28, n.5, p. 560-72, 2001.

WANG, C.; MORREL-SAMUELS, S.; HUTCHISON, P.; BELL, L.; PESTRONK, R. Flint Photovoice: community building among youths, adults, and policymakers. **American Journal of Public Health**, v.94, n.6, p. 909-11, 2004.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity in health. **International Journal of Health Services**, v.22, n.3, p. 429-45, 1992.

WHO. **Child and adolescent health and development** . Geneva; 2004 .

ZIONI F, WESPHAL M.F. O Enfoque dos Determinantes Sociais de Saúde sob o Ponto de Vista da Teoria Social. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.16, n.3, p.26-34, 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE 01- TCLE dirigido aos Responsáveis Legais



Universidade de Brasília

Faculdade de Ciências da Saúde

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Responsável Legal

Seu(sua) filho(a) está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa saúde dos adolescentes da área do Centro de Saúde 1 do Itapoã. O projeto está sendo desenvolvido pelas pesquisadoras (----NOME DO(A) PESQUISADOR(A), sob a orientação da pesquisadora responsável Prof^a Dr^a Profa. Dra. Dais Rocha, celular: (61) 93194652) da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB). O estudo tem o objetivo principal analisar a visão dos adolescentes sobre os principais problemas e fatores de proteção (redes pessoais e sociais) relacionados aos Determinantes Sociais da Saúde, no território das Equipes de Saúde da Família do Itapoã.

Para isso, inicialmente, serão identificadas os domicílios que têm adolescentes e que são beneficiários do Programa Bolsa Família. Em seguida, os adolescentes serão convidados para participar de três encontros com as pesquisadoras onde eles serão esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e convidados a fotografar a região que vivem. A partir destas fotos, realizadas observações das aulas em que ele(a) participa, como também das competições e outras atividades realizadas pela equipe pesquisada, incluindo para isso registro através da gravação em vídeo e fotografias. A realização dessas etapas acontecerá no 1º semestre de 2011, nos meses de abril e maio.

Os benefícios esperados dessa pesquisa envolvem oferecer indicadores para a melhoria das abordagens do ensino de esportes para crianças em clubes.

Destaca-se que será assegurada a privacidade de todos os pesquisados quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa. Caso você se sinta constrangido(a) em permitir a participação de seu filho(a) neste estudo você tem todo o direito de não autorizá-lo(la) ou a desautorizá-lo(la) a qualquer momento sem quaisquer riscos de ser penalizado(a). É importante ressaltar que não haverá despesas pessoais ou compensação financeira para o(a) participante em nenhuma fase da pesquisa. Não haverá riscos adicionais aos sujeitos da pesquisa. Esclarecemos ainda que, para controlar os riscos da coleta de imagens por meio de vídeo e fotografia, os materiais gravados serão mantidos exclusivamente no acervo da pesquisa, restringindo-se o seu acesso às pesquisadoras. Os resultados dos dados coletados na pesquisa serão analisados, registrados em artigo científico no Programa de Iniciação Científica – ProIC e publicados em congressos.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido se encontra redigido em duas vias, sendo uma para os pais ou responsáveis e outra para as pesquisadoras. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob guarda das mesmas. Quaisquer dúvidas decorrentes da pesquisa poderão ser esclarecidas antes, durante e depois da realização da mesma, presencialmente com a pesquisadora ou pelos contatos celular: (61) ----- email: ----- ou no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, tel.: 3107-1947, e-mail: cepfs@unb.br.

Brasília, ____ de ____ de 2010.

Assinatura do Responsável Legal

Pesquisadora Responsável

Pesquisadora

APÊNDICE 02 - TCLE dirigido aos participantes



Universidade de Brasília

Faculdade de Ciências da Saúde

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Participante

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa sobre a didática do ensino de esporte para crianças em clubes. O projeto está sendo desenvolvido pela NOME DO(A) PESQUISADOR(A), sob a orientação da pesquisadora responsável (-----) da Faculdade Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB). O estudo tem o objetivo principal de identificar tendências e caracterizar metodologicamente o ensino de esportes para crianças em clubes. Para isso, inicialmente, serão realizadas observações das aulas ministradas, como também das competições e outras atividades realizadas pela equipe pesquisada, incluindo para isso registro através da gravação em vídeo e fotografias. Também será realizada uma entrevista envolvendo questões sobre o(a) pesquisado(a) e sua intenção didática.

Os benefícios esperados dessa pesquisa envolvem oferecer indicadores para a melhoria das abordagens do ensino de esportes para crianças em clubes. Destaca-se que será assegurada a privacidade de todos os pesquisados quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa. Caso você se sinta constrangido(a) em responder alguma das perguntas você tem todo o direito de não respondê-las e a qualquer momento você pode desistir de participar da pesquisa sem quaisquer riscos de ser penalizado(a) no âmbito da sua profissão. É importante ressaltar que não haverá despesas pessoais ou compensação financeira para o(a) participante em nenhuma fase da pesquisa. Não haverá riscos adicionais aos sujeitos da pesquisa. Esclarecemos ainda

que, para controlar os riscos da coleta de imagens por meio de vídeo e fotografia, os materiais gravados serão mantidos exclusivamente no acervo da pesquisa, restringindo-se o seu acesso às pesquisadoras. Os resultados dos dados coletados na pesquisa serão analisados, registrados em artigo científico no Programa de Iniciação Científica – ProIC e publicados em congressos.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido se encontra redigido em duas vias, sendo uma para o(a) pesquisado e outra para as pesquisadoras. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob guarda das mesmas. Quaisquer dúvidas decorrentes da pesquisa poderão ser esclarecidas antes, durante e depois da realização da mesma, presencialmente com a pesquisadora ou pelos contatos celular: (61) -----ou email: (-----) ou no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, tel.: 3107-1947, e-mail: cepfs@unb.br.

Brasília, ____ de ____ de 2010.

Assinatura do Participante

Pesquisadora Responsável

Pesquisadora

APÊNDICE 03 - Termo de Uso de Imagem dirigido aos participantes



Universidade de Brasília

Faculdade de Ciências da Saúde

Termo de Uso de Imagem – Participante

Eu _____ -
 _____, CPF _____, RG _____, depois de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios da pesquisa, bem como de estar ciente da necessidade e das condições do uso de minha imagem, especificados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), autorizo, através do presente termo, a ----(nome de pesquisador(a)-----, sob a orientação da pesquisadora responsável Profª Drª -----, da Faculdade de Ciências da Universidade de Brasília (UnB), cujo projeto de pesquisa intitula-se “-----” a realizar gravação em vídeo e captar fotografias da minha imagem que se façam necessárias para fins científicos e de estudos, em favor das pesquisadoras acima especificadas, atendendo aos requisitos legais sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes.

Esclarecemos que para controlar os riscos da coleta de imagens por meio de vídeo e fotografia, os materiais gravados serão mantidos exclusivamente no acervo da pesquisa, restringindo-se o seu acesso às pesquisadoras.

Brasília, ____ de ____ de 2010.

Assinatura do Participante

Pesquisadora Responsável

Pesquisadora

Apêndice 04 - Termo de uso de imagem dirigido aos Responsáveis Legais



Universidade de Brasília

Faculdade de Ciências da Saúde

Termo de Uso de Imagem – via Responsável Legal

Eu _____ -
_____, CPF _____, RG _____, depois de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios da pesquisa, bem como de estar ciente da necessidade e das condições do uso da minha imagem do meu(minha) filho(a), especificados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), autorizo, através do presente termo, a pesquisador(a) _____, sob a orientação da pesquisadora responsável Prof^a Dr^a (-----), da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB), cujo projeto de pesquisa intitula-se “-----” a realizar gravação em vídeo e captar fotografias da imagem do meu(minha) filho(a) que se façam necessárias para fins científicos e de estudos, em favor das pesquisadoras acima especificadas, atendendo ao que está previsto nas Leis que resguardam os direitos das crianças e adolescentes (Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, Lei N.º 8.069/ 1990), sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes.

Esclarecemos que para controlar os riscos da coleta de imagens por meio de vídeo e fotografia, os materiais gravados serão mantidos exclusivamente no acervo da pesquisa, restringindo-se o seu acesso às pesquisadoras.

Brasília, ____ de ____ de 2010.

Assinatura do Responsável Legal

Pesquisadora Responsável

Pesquisadora

Apêndice 5: Aplicação da Grounded Theory nos dados da pesquisa:

Códigos focais dos grupos:

1. Os lugares horríveis cheios de lixo
2. Ser humano sujo – a responsabilização do sujeito
3. Eu conheço esse lugar!
4. Vivências marcando ensinamentos
5. Imagens que dialogam
6. Não tem coisa melhor que brincar, brincar é felicidade
7. Isso já foi pior
8. Música e amizade: a felicidade que protege
9. Futebol: o representante do esporte
10. Conexão Doenças
11. Fruta
12. Nem todo mundo é assim...
13. O governo até tenta fazer sua parte
14. Relacionando fatores de vulnerabilidade ao surgimento de doenças
15. Identificando uma rede de proteção
16. Dengue: o representante das doenças
17. Passou na tv
18. Gases poluentes e o planeta
19. Sendo alguém no futuro
20. O cigarro, a doença e a morte
21. As plantas como fatores de proteção
22. Um monstro chamado bactéria
23. Alimentação saudável
24. Esporte
25. Meio ambiente, adubo e reciclagem
26. Higiene pessoal
27. Lixo, chuva e bueiros entupidos
28. Matando a sede

29. Posto de saúde – lugar de cura
30. Alguém pode sair machucado
31. Lixo não coletado
32. A culpa é do lixeiro
33. Lazer
34. Contato com a natureza
35. Amizade
36. Brincadeira improvisada
37. Estudar
38. Depredação da escola
39. Aprendizagem
40. Lanche da escola como fator de depredação do espaço
41. A escola como um local ruim
42. Bullying entre professores e alunos
43. Sofrimento mental
44. Saúde – doença
45. Autocuidado
46. Procedimentos dolorosos
47. Bem estar
48. Fruta engorda
49. Água protetora
50. Seca
51. Mal estar
52. Transporte
53. Acidente de trânsito
54. Violência (seqüestro)
55. Trânsito e estresse
56. Sendo bom ter carro e não precisar andar muito
57. O bem que os animais fazem
58. Leitura
59. Educação-escola
60. Descuido de alunos com a escola

61. Álcool/vício
62. Acidente por ingestão de álcool
63. Violência por ingestão de álcool
64. Bebida e diversão
65. Medo do vício
66. Bebida em pouca quantidade fazendo bem para a saúde
67. Cultura X vício
68. Bebida e morte
69. Bebida e atitudes impulsivas
70. Relação céu-liberdade
71. Relação céu – deus
72. Relação céu – esperança

Tabela de códigos focais e frequência por grupo:

*O primeiro número é referente ao código focal e o segunda à frequência com que apareceu nas falas.

Amarelo: maior frequência em cada grupo

Rosa: aparece em todos os grupos

O código no. 2 é o que aparece em todos os grupo e com maior frequência.

Grupo de 10-13 anos	Grupo de 14-16 anos	Grupo de 17-19 anos
2.5	1.3	1.31
4.5	2.2	2.15
6.1	4.2	3.19
9.2	5.1	4.10
10.19	6.2	5.6
17.2	9.1	6.11
18.7	10.2	7.2
19.5	11.4	8.5
20.6	16.2	9.5
21.3	18.3	10.1
22.16	19.2	11.1
23.3	21.3	12.3
24.4	22.2	13.2
25.10		
26.2		
27.4		
28.2		
29.1		
30.2		

	23.2	14.7
	24.2	15.4
	29.1	16.4
	31.1	
	32.2	
	33.1	
	34.1	
	35.2	
	37.1	
	38.2	
	39.1	
	40.1	
	41.1	
	42.3	
	44.1	
	45	
	46.1	
	47.5	
	48.1	
	49.1	
	50.2	

	51	
	52.1	
	53.2	
	54.2	
	55.1	
	56.2	
	57.1	
	58	
	59	
	60.1	
	61.1	
	62.1	
	63.1	
	64.1	
	65.1	
	66.1	
	67.1	
	68.2	
	69.1	
	70.1	
	71.1	

	72.1	
--	------	--

Categorias:

Lixo:

1 – Os lugares horríveis cheios de lixo

27 - Lixo, chuva e bueiros entupidos

31 – Lixo não coletado

32 – A culpa é do lixeiro

“Sujeira, lixo, saúde em risco, bactérias acumuladas, pedra, plástico, papel, lixo não coletado, lixo no chão, mau cheiro, lixo jogado na rua.” G2

“Tanque velho, lixo, entulho, terra, pedra, coisa velha, casinha para o mosquito da dengue, ferrugem, tristeza, bactéria, vírus, prejuízo,” G2

“...do meu lixo e do meu matagal né...mas é que meu irmão num tem coragem de tirar, e eu até a semana passada inda tava de...” G3

“Eu, aqui também, já vendo, num precisa nem andar muito...eu tirei essa foto por conta do entulho do lixo...” G3

“É porque eu queria encontrar ele numa situação bem feia, assim bem horrível, bem terrível, mas o dia em que eu tirei num tava tão feio assim não, tava feio...” G3

Reconhecimento do território:

3 – Eu conheço esse lugar

5 – Imagens que dialogam

“A gente tirou essa foto também porque perto da quadra tinha muita lama.” G

“Essa quadra e toda enferrujada.” G1

“Eu sei onde é que é isso, essa rua, antes do asfalto era um lixão, e só fede a cavalo.” G3

“Eu odeio passar por essas ruas ai.” G3

“Lá na rua atrás de casa, lá na teixeira, isso ai já foi pior gente agora que tá melhor.” G3

“Ali dá uma dengue, nessa rua ai teve um monte de caso de dengue, meu primo teve dengue.” G3

“Como diz meu irmão: tá feia a coisa no itapoã!” G3

“Ai é o esgoto que eu passei de bicicleta.” G3

“Que horror!” G3

“Mas só que isso ai é reflexo daquela foto anterior, do bueiro né...” G3

“Só que a outra nem tinha tanto lixo lá dentro. A outra tinha aquelas gradezinhas pra proteger.” G3 relacionando uma foto a uma imagem anterior.

“É esse ai que eu falei que qdo chove fica do mesmo jeito ou pior da foto que o menino tirou.” G3

Teoria e prática

4 – Vivências marcando ensinamentos

17 - Passou na TV

“Uma vez passou no bem-estar que a maioria das pessoas que não fumam, fumam mais do que as que não fumam porque respira a fumaça todinha que tava no cigarro da outra pessoa.” G1

“Uma vez passou no Globo Repórter um bando de peixe que tava sofrendo por causa disso.” G1

“Tem um cara que tava bêbado e foi andar de moto empinando, sem capacete, aí já era”. G1

“Hoje aconteceu isso na minha rua. Um cara tava andando de moto, sem capacete, aí ele bateu a cabeça no meio-fio.” G1

“Faz mal, já cheguei com o olho roxo em casa”. G1 falando sobre brigas

“Faz mal! A gente já falou disso antes né tio? O lixo faz mal porque traz bichos e doenças pra gente”. G1

“Teve um dia que eu tava andando com um tênis novo na água, eu fiquei com uma frieira no dedo, aí eu tive que botar um pó amarelo pra curar”. G1

“Teve uma vez quando eu tinha sete anos, lá em casa tinha um espaço de terra que eu sempre gostava de brincar, aí sempre aparecia um bocado de alergia, aí minha mãe me levou na farmácia, aí falaram que podia ser bactéria de cocô de cachorro que tava na areia”. G1

“Faz mal porque ele tava sem camisa e descalço na chuva”. G1

“Pode ficar gripado, resfriado”. G1

“Pode trazer doença e até uma pneumonia”. G1

“Teve um dia que eu tava andando com um tênis novo na água, eu fiquei com uma frieira no dedo, aí eu tive que botar um pó amarelo pra curar”. G1

“Teve uma vez quando eu tinha sete anos, lá em casa tinha um espaço de terra que eu sempre gostava de brincar, aí sempre aparecia um bocado de alergia, aí minha mãe me levou na farmácia, aí falaram que podia ser bactéria de cocô de cachorro que tava na areia”. G1

[Um dos adolescentes relata já ter fumado.] G1

“Eu conheço uma pessoa, menino menor que tem 9 anos, ele achou um cigarro completo, ai ele fumo mais o amigo dele e ele ofereceu pra mim e eu não aceitei.” G1

“Fio dental, eu sei, risos, tô passando por isso,então eu acho assim, isso evita, isso protege a saúde...” G3

“Porque tipo, você só escova os dentes, esquece do fio, ou então, passa o fio, esquece da escova...isso não é bom.” G3

“É, aqui em casa de vez em quando aparece, porque fica aqui perto, fica aqui do lado aí aparece.” G3 falando sobre o aparecimento de escorpiões.

“Um dia desses, tava chovendo aqui e tinha uma menina que mora na esquina que é muito danadinha e ela tava correndo no meio da rua, chovendo e ela brincando na rua, ai a mãe dela desviou para falar com a amiga dela, quando a mãe dela chegou tava só a menina com os braços de fora gritando.” G3

A felicidade como componente de saúde

6 – Não tem coisa melhor que brincar, brincar é felicidade

8 - Música e amizade: a felicidade que protege

33 - Lazer

35 – Brincadeira improvisada

36 – Amizade

57 - O Bem que os animais fazem

“E também faz bem para o nosso estar porque a gente fica brincando.” G1

“...brincar na rua, bem-estar.” G2

“amigos, gostoso, entretenimento, bola de vôlei (bola que eles utilizavam no jogo de futebol), improvisado (pois os gols não eram fixos e foram colocados no meio da rua, em um campinho improvisado).” G2

“O jogo faz bem para a saúde, ajuda a melhorar problemas”. G2

“O que é melhor brincar do que descalço? Acho que assim, todo mundo...acho...assim...eu prefiro brincar descalço, na terra, na areia, coisas assim...” G3

“Criança também tem que ser feliz né...num é só ficar trancada dentro de casa”

G3

“...Foi, eu pensei no lado da amizade, que é o que faz bem à saúde, o que é saúde...” G3 falando da foto de dois amigos tocando violão

“E no caso também de...da música né, que todo mundo fala que quem canta seus males espanta, sim eu pensei pelos dois lados, dois amigos conversando e tocando violão...” G3

“Eu quis representar a brincadeira de criança, que faz bem à saúde né...” G3

Esporte

9 - Futebol: o representante do esporte

15 – Identificando uma rede de proteção

24 – Esporte

“Faz bem, porque a gente tá jogando futebol e é a mesma coisa da gente tá jogando e respirando num lugar bom, cheia de paisagem, natureza.” G1

“Faz bem porque a gente tá praticando um esporte e não prejudica o meio ambiente” G1 falando sobre andar de bicicleta.

“Isso faz bem porque é fazer exercício, brincar.” G1 se referindo ao jogo de futebol

“Jogar bola faz bem né!” G1

“Ajuda a desenvolver o corpo, os ossos e músculos ficam mais fortes”. G1

“Brigar faz bem só quando eu faço na escola de boxe, de jiu-jitsu, de judô. Só quando é esporte”. G1

“esporte, saúde, lazer, diversão” G2

“Então eu pensei nisso, futebol como esporte como é, pra representar o que faz bem à saúde.” G3

“O show de bola é um lugar que lá tem tipo totó, mesa de sinuca, ai tipo tem um fliperamas, ai tem um gramado sintético pra jogar futebol, é só lugar de esporte.” G3

“É, próximo do entrelagos, show de bola, ai eu fazia um projeto lá...a gente se encontrava, todo mundo ali na BR e ia todo mundo correndo, essa época eu num tava, risos, tava gordinha não... A gente ia correndo, chegava lá, todo mundo praticava esporte e voltava correndo...foi bem legal...” G3

As doenças e os acidentes

10 - Relacionando fatores de vulnerabilidade ao surgimento de doenças

16 – Dengue: o representante das doenças

18 – Gases poluentes e o planeta

20 – Cigarro, doença e morte

22 – Um monstro chamado bactéria

30 – Alguém pode sair machucado

62 – Acidente por ingestão de álcool

63 – Violência por ingestão de álcool

68 – Bebida e morte

69 – Bebida e atitudes impulsivas

“Porque pega várias bactérias, depois pega com a mão, pode passar na boca, nos olhos, pode passar conjuntivite.” G1

“Faz mal, você pode pegar um monte de bactérias, pode dar muitas doenças.” G1 se referindo a mexer com lama.

“Faz mal porque lixo tá jogando e pode causar doenças.” G1

“Faz mal porque dá dengue quando chove. Cria o mosquito ali e ele transmite a dengue pra gente.” G1

“A maioria das pessoas morrem por causa de acidente de moto. Algumas pessoas morrem porque estavam sem capacete.” G1

“E também faz mal porque quando chover, vai direto pros bueiros.” G1

“Ficar andando na água da chuva, porque pode dar muito micróbio no pé.” G1

“Isso aqui também é perigoso. Essa lata aqui enche d’água e pode dar dengue. E quando chover, esses lixos vão pro bueiro.” G1

“Isso aí também pode dar queimada e a fumaça vai se espalhando para outros lugares. É perigoso, faz mal, faz fumaça preta”. G1

“Mas também pode fazer mal porque o chão tá sujo!”. G1

“Se alguém cair aí pode encostar a boca e se encher de bactérias”. G1

“Pode machucar alguém né? As pessoas podem sair machucadas e muitas vezes podem sair mortas”. G1

“Aí tá cheio de bactérias!”. G1

“Ficar andando na água da chuva, porque pode dar muito micróbio no pé”. G1

“Pode ter caco de vidro, aí a pessoa fura o pé, e o vidro pode tá infectado com alguma coisa, aí o pé pode até ser amputado”.

“A chuva traz lixo, aí pode transmitir doença, né?”. G1

“Faz mal porque ele tava sem camisa e descalço na chuva”. G1

“Pode ficar gripado, resfriado”. G1

“Pode trazer doença e até uma pneumonia”. G1

“A primeira chuva sempre é suja e depois ela vai vindo mais limpa, porque traz toda a sujeira que acumulou durante o tempo seco”. G1

“A gente tirou essa foto também porque perto da quadra tinha muita lama.” G1

“Essa quadra é toda enferrujada.” G1

“Faz mal porque eles tão jogando perto da grade e uma pessoa pode empurrar outra lá que pode se machucar.” G1

“Faz mal porque transmite dengue e muitas outras doenças também.” G1

“Faz mal porque vai que a pessoa tem um machucado e pisa na água suja, ela pode pegar varias doenças.” G1

“E também quando essa água seca a terra pode ficar lisa e a pessoa pode cair e se machucar.” G1

“Cigarro faz mal.” G1

“Tem gente que fica com doença no pulmão.” G1

“Tem várias crianças que pegam esses bitucas de cigarro e fumam.” G1

“Tem gente que fuma e morre.” G1

“Faz mal porque vai que isso entra na unha da pessoa e pode transmitir bactérias e doenças.” G1

“Às vezes pode até ter que amputar o dedo ou o pé.” G1

“Há uma vasilha que pode reter água e virar moradia do mosquito da dengue.”
G2

“Ele teve dengue, porque é cheio de pneu, cheio de ferro velho, essas coisas assim.” G3

“Ah, ele pode trazer rato e cobra porque ele se esconde em lugar escuro.” G3
falando do que o lixo pode trazer.

“Esse portão tá todo quebrado lá na rua, e pode até correr o risco de uma criança estar brincando na calçada e se machucar.” G3

Alimentação saudável

11 – Fruta

23 – Alimentação Saudável

“faz bem porque é um vegetal” G1

“saúde, alimentação saudável, fome, frutas e legumes, mercado, colorido, bem-estar, bactéria, saúde, vontade de comer, bom para a saúde, comida, maçã (faz bem pra saúde), horta, melancia (dá água na boca “porque é molhada”; “porque eu gosto”), salada de fruta.” G2

“Isso é saúde ...são as frutas.” G3

Meio Ambiente

18 - Gases poluentes e o planeta

21– As plantas como fatores de proteção

25 – Meio ambiente, adubo e reciclagem

34 - Contato com a natureza

“Faz bem porque isso é reciclável. Se todo mundo fizesse isso, o planeta não estaria tão poluído como está, né?” G1

“Faz mal, porque a fumaça do carro vai direto para a atmosfera e prejudica o planeta”. G1

“Faz mal, porque isso é carbono e todo mundo joga lixo pela janela” G1

“E esse lixo acaba indo pros boeiros” G1

“Porque você respira o ar poluído e vai pro pulmão e estraga tudo” G1

“E pode até dar câncer.” G1 sobre o uso do carro

“Mas pode virar adubo” G1

“Mas não é verdade que só vira adubo aqueles lixos orgânicos, tipo fruta, casca de banana, etc.” G1 falando sobre lixo e adubo

“Faz mal demais da conta porque tá poluindo nosso planeta. Se não fosse por causa disso, não ia ter a maioria das enchentes”. G1

“As plantas são muito importantes, pois fazem a gente respirar melhor, purificam o ar.” G1

“Mas se a gente olhar lá no fundo da foto a gente vê que tem aquele monte de coisa ali atrás que parece sujeira na verdade é adubo. E adubo faz bem pras plantas.” G1

“Faz bem porque as arvores consomem o gás carbônico e soltam o oxigênio.” G1

“Mas se a gente olhar lá no fundo da foto a gente vê que tem aquele monte de coisa ali atrás que parece sujeira na verdade é adubo. E adubo faz bem pras plantas.” G1

“Faz bem porque serve de adubo.” G1 sobre as fezes de algum animal na rua.

“Sentir a natureza já que estavam jogando descalços” G2

“Frutas, natureza, sombra, árvore, desmatamento, macaco, folha, esquilos, descanso, saúde, leitura, brincar.” G2

“A árvore que existe no meio-ambiente ajuda a limpar o ar, o oxigênio.” G2

“Natureza, meio-ambiente, campo, traz vida, borboleta, cor, cerca viva, frescor, outono, beleza, sujeira, paisagem bonita.” G2

“Árvore faz bem para a respiração”. G2

“Saúde...porque tipo, esse negocio de ficar: ai criança num pode mexer com terra, criança num pode fazer isso... A criança só vai adoecendo.” G3 falando de brincar descalço.

Sendo alguém no futuro

19 – Sendo alguém no futuro

37 – Estudar

39 - Aprendizagem

58 - Leitura

59 - Educação-escola

“Faz bem pra mente e pode conseguir uma profissão boa.” G1

“Faz bem porque a visão nossa pode.. A visão pode ficar ainda melhor, a gente pode ser alguém na vida, ajudando os outros.” G1

“Isso daí faz bem porque estamos estudando pra quando for no futuro termos alguma coisa”. G1

“Depende! Se a gente ficar estudando tempo demais e não dormir faz mal”. G1

“E também sentar de mal jeito! Faz mal pras costas”. G1

“Sem educação você não sabe nada”. G2

Uma questão de higiene

26 – Higiene

45 – Autocuidado

“É porque quando a gente vai ao banheiro, lava a mão e pode tirar até as bactérias. Higiene física, quer dizer, higiene pessoal?” G1

O lugar da saúde

29 – Posto de saúde – lugar de cura

44 - saúde – doença

45 - auto-cuidado

46 - procedimentos dolorosos

47 – bem estar

“saúde, se cuidar, doença, se tá lá é porque tem motivo, família, sala de injeção, dinheiro (pois o profissional que está lá ganha dinheiro), história (tem essa palavra escrita na foto), cuidado, se prevenir, futuro, proteção, agulha, dor, coitadinho, atendimento de rotina, médico.” G2

Escola e vulnerabilidade

38 - Depredação da escola

40- Lanche da escola como fator de depredação do espaço

41 - A escola como um local ruim

42 - Bullying entre professores e alunos

43 - sofrimento mental

60 – Descuido dos alunos com a escola

“escola, estudar, prova, caderno, professor, bagunça, pichações, amizade, aprendizagem, lanche” G2

[adolescente contou que na sua escola a diretora suspendeu o lanche por causa das guerras de comida constantes e foi conversar com os alunos antes de voltar a oferecer o lanche e segundo ela as guerrinhas pararam; teve outra adolescente que alegou que nem se fosse feito isso em sua escola, as guerrinhas não parariam.] G2

[O adolescente mais tímido disse ver a escola como um local ruim. Foi dito também que a escola era necessária para se ter um futuro melhor. Foi citado também que a escola seria ruim por causa dos apelidos ruins e dos alunos que respondem (no mal sentido) os professores. Eles se lembraram da campanha contra o bullying que estava sendo feita nas escolas da região, e contaram que após essa campanha o bullying entre os alunos diminuiu, mas o bullying do professor com os alunos continuou o mesmo; houve um dia em que um padre chamou um menino de gordo (os adolescentes consideraram esse episódio como bullying). Ao ser perguntada a relação entre o bullying e a saúde, eles responderam que a pessoa que sofre dele se deprime, tem vontade de se matar. Um deles contou também que o seu professor chamava um aluno de burro, deixando-o triste e fazendo-o chorar.] G2

[Os adolescentes disseram que nessa escola têm mais brigas, pois ela é de menino grande, já a mostrada anteriormente era de meninos pequenos. Mais dificuldade.] G2

“A gente não cuida da escola”. G2 ao debater foto da escola

Transporte

52 - transporte

53 - acidente de trânsito

54 - violência (seqüestro)

55 - trânsito e estresse

56 - sendo bom ter carro e não precisar andar muito

“Bicicleta é a melhor opção de transporte para ajudar o meio ambiente” G1

Bebidas alcoólicas

61 – Álcool/Vício

64 - bebida e diversão

65 - medo do vício

66 - bebida em pouca quantidade fazendo bem para a saúde

67 - cultura X vício

cachaça, álcool, vício, doença, acidente, estresse, hospital, briga, cemitério, desrespeito, diversão (se tomada moderadamente), fantasia, amargo.

“Que graça tem beber?” G2

“Se beber pouco é diversão”. G2

“Parece xixi”. G2

“Ruim é quando vai e não volta, experimenta a bebida e não pára”. G2

“Bebida em pouca quantidade faz bem pra saúde, tanto que os médicos indicam o vinho”. G2

“Tem países que as pessoas bebem e não viciam, eles bebem pinga como se fosse água.” G2

“Isso me lembra de interrupção, porque quando você é pequeno você quer muito uma coisa, bebe a primeira vez e acha ruim, mas continua, tenta gostar, bebe de novo, até morrer e interromper a vida.” G2

“Faz mal, causa muitas mortes, gera órfãos...pessoa bebe, faz sexo, engravida, aborta ou tem a criança e abandona.” G2

Olhando para o céu

70 - relação céu-liberdade

71 - relação céu – deus

72 relação céu – esperança

Categoria Central:Sujeitos X Governo:

2 - Ser humano sujo: a responsabilização do sujeito

7 – Isso já foi pior

12 – Nem todo mundo é assim...

13 – O governo até tenta fazer sua parte

“E seria muito melhor se todo mundo jogasse o lixo no lixo” G1

“É porque tem muita pessoa que joga lixo na água e mata muitos animais, nem pensam no que esses animais tão passando” G1

“Em vez de jogar lixo aí, era pra ter jardim, essas coisas..” G1

“Se todo mundo contribuísse, né?” G1

“Faz bem porque se todo mundo cumprir isso o planeta não estaria do jeito que está.” G1

“Esse pessoal podia recolher esse lixo e plantar coisa aí, né?” G1

“Tem algumas pessoas que jogam cigarro aceso no meio-ambiente, aí queimam a mata ali” G1 “Tem algumas pessoas que jogam cigarro aceso no meio-ambiente, aí queimam a mata ali” G1

“O bebedouro faz bem e pode fazer mal também, se todo mundo fizer certo e não encostar a boca não tem problema”. G1

“Tem várias pessoas que pegam o cigarro e jogam na mata e provocam queimadas.” G1

“Muitas vezes os lixeiros não os recolhem, e uma das adolescentes contou logo em seguida, que os lixeiros nunca pegam os sacos rasgados. G2

“Descuido” G2

“Precisa de cuidado, catar essas coisas, falta de respeito...” G2

“ele se acha o dono da rua?” G2 sobre quem jogou o lixo ali .

“Itapoã, mal-estar, bactéria, sujeira, descuido, falta de higiene, falta de respeito, falta de trabalho, falta de vergonha na cara, é o que resume essa foto, lixo é para jogar no lixo, preguiça.” G2

“Aí a gente vê como que o ser humano é sujo...não todos né...” G3

“Oxi, eles tem que cuidar mais ué, olha o que tá fazendo aí...faz só sujeira

Acho que muitas vezes eles pegam a carroça e vão buscar lixo de outros lugares e jogam ai do lado” G3

“Aí prejudica eles mesmo, e os outros...tá aí.” G3

“Gente, vcs precisavam de ver ai antes do asfalto, era tipo aquele lodo verde assim. Oh, em volta da casa deles todinha assim, nojento, horrível.” G3

“É ruim.” G3

“Olha, na verdade...Num é o Itapoã são as pessoas, a comunidade...” G3

“Porque tem suas exceções, mas são bem raras porque no itapoã o que você mais vê é lixo, é bagunça...”G3 ao serem questionados sobre o que eles estavam achando das fotos capturadas.

“É isso, o que a gente mais vê, infelizmente é né...é até triste falar, é...vergonhoso.” G3

“Porque querendo ou não é uma cidade jovem né, porque o que a gente mais vê aqui é criança, é jovem, adolescente, e é desse jeito, terrível...” G3

“Tá vendo que a prefeitura inda tentou colocar aqueles negócios ali oh, pra num cair o lixo lá...” G3

“Mas é as pessoas que jogam um monte de lixo ali, todo dia o gari passa ali, depois à noite vou ver se consigo tirar uma foto com o celular da minha irmã pra mostrar pra vocês, todo dia eles limpa ali.” G3 falando da imagem de um bueiro com ferros de proteção e com lixo dentro.

“Essa dai é...gasto, gastando a água, o carinha ali.” G3

“É, mas no caso o que eu quis mostrar foi esse lixo no chão porque eles trocaram o portão, quebraram o portão de Madeira e jogaram todo o lixo todo lá no chão e deixaram lá, e isso também já tem muito tempo. G3

“Aí cabe às pessoas, num...como é que fala? Num cobrar...já que tá sendo o líder delas as pessoas tem o direito de cobrar, tipo assim, não de crucificar, jogar pedra, mas de cobrar.” G3 falando sobre o padre que, para uma participante, estava mais preocupado com as obras da igreja do que com “pregar a palavra”

“Aham, em vez de pegar uma vassoura e varrer não, fica ai...” G3 falando sobre a foto de uma pessoa lavando a calçada com mangueira

“Porque eu pensei o caso da limpeza, dela estar limpando a calçada, pra manter a casa dela limpa, no caso como ela falou, da higiene né, não só pessoal mas como também da casa, mas também no desperdício, porque realmente a rua tava toda molhada.” G3

“Mas tipo assim, deixa eu te falar uma coisa, se simplesmente ela varrer e pra poeira, era só aguar, não precisava ela ficar, o tempo todo lá com a mangueira...” G3

A categorização inicial contém 17 categorias e 72 subcategorias, retiradas da codificação focal, serão escolhidas as categorias com um maior conteúdo de discussão e mais voltadas às questões de determinação social de saúde. Mesmo assim, ainda temos 15 categorias, sendo necessário um recorte maior com agrupamento de categorias por afinidade

Categorias Iniciais:

1 - Lixo 2 - Bebidas alcoólicas 3 - Transporte 4 -Escola e vulnerabilidade 5 - O lugar da saúde 6 - Uma questão de higiene 7 - Sendo alguém no futuro 8 - Meio Ambiente 9 - Alimentação saudável 10 - As doenças e os acidentes 11 - Esporte 12 - A felicidade como componente de saúde 13 - Sujeitos X Governo 14 - Reconhecimento do território 15 - Teoria e prática

Categorias refinadas e agrupadas por afinidade de temática:

- 1 - Sujeitos X Governo (Categoria Central)
- 2 - Sendo alguém no futuro + escola e vulnerabilidade
- 3- Meio ambiente + alimentação saudável
- 4 - As doenças e os acidentes + transportes+ bebidas alcoólicas
- 5 - Reconhecimento do território + teoria e prática
- 6 - A felicidade como componente de saúde + esporte
- 7 – Lixo

Categoria Central:

Sujeitos e Estado

Categorias:

Educação em Foco

Meio Ambiente

Lixo

Doenças e Acidentes

Vivência e Mídia na Aprendizagem

A felicidade como componentes de saúde