

(RE)PENSAR A SAÚDE: ANALISANDO NARRATIVAS DE ADOLESCENTES

(RE)THINKING HEALTH: ANALYZING NARRATIVES OF ADOLESCENTS

RAQUEL CRISTINA BRAUN DA SILVA

Universidade Federal do Pampa, Uruguaiana, RS, Brasil

Mestra em Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde. E-mail: cris.braunrc5@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-1443-434X>

FABIANE FERREIRA DA SILVA

Universidade Federal do Pampa, Uruguaiana, RS, Brasil

Doutora em Educação em Ciências. E-mail: fabianeunipampa@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-0608-4490>

Submissão: 26-08-2024 - Aceite: 27-08-2025

RESUMO: Neste trabalho, situado no campo dos Estudos Culturas e de Gênero, em interface com a Saúde Coletiva, objetivamos conhecer e problematizar os entendimentos de adolescentes sobre saúde. Através da realização de grupos focais com adolescentes, de duas escolas públicas de ensino médio de um município do Rio Grande do Sul. Participaram do estudo quatorze adolescentes, treze meninas e um menino, em sua maioria pretas(o) e pardas e todas(os) provenientes de classes populares. O desinteresse masculino e a participação massivamente feminina demonstram que a saúde ainda é uma responsabilidade feminina. Com o estudo foi possível identificar noções pouco ampliadas de saúde. Para as(o) adolescentes a saúde esteve associada com a doença, sendo definida em relação a sua ausência e entendida também enquanto uma dádiva, que necessita ser cuidada para que se mantenha íntegra, demandando intenso cuidado de si. Além disso, esteve associada à qualidade de vida, no que tange às condições socioeconômicas mínimas para uma vida digna e para o acesso à saúde. Assim, é importante a ampliação do entendimento de saúde, compreendendo-a como a capacidade ativa de produzir vida e resistir às condições que nos ameaçam, para isso, atividades de educação em saúde com foco nesse entendimento podem ser produtivas. **PALAVRAS-CHAVE:** Educação em saúde. Escola. Saúde. Adolescência. Gênero.

ABSTRACT: On this study, located in the field of Cultural and Gender Studies, in interface with Collective Health, we aim to know and problematize adolescents' understandings of health. By conducting focus groups with adolescents, from two public high schools in a municipality in Rio Grande do Sul. Fourteen adolescents participated in the study, thirteen girls and one boy, most of them are black and brown skinned and all of them are from popular classes. Male desinterest and massive female participation demonstrate that health is still a female responsibility. That study it was possible identify little expanded notions of health. For adolescents, health was associated with the disease, being defined in relation to its absence, and it was also understood as a gift, which needs to be cared for in order to



Esta obra está licenciada com uma Licença Creative Commons
Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional.

remain intact, demanding intense self-care. Moreover it was associated with life quality, regarding the minimum socioeconomic conditions for a decent life and for accessing health system. Thus, it is important to broaden the understanding of health, understanding it as the active capacity to produce life and resist the conditions that threaten us, for that purpose, health education activities, that focus on this understanding can be productive.

KEYWORDS: Health education, Health Care, Adolescent, Social Gender Construction.

Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1946, definiu saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de afecções ou enfermidades. Essa definição serviu como contraponto à construção tradicional de saúde, que a avaliava e quantificava apenas por critérios biológicos e individuais.

Considerando a época em que foi forjada, essa definição foi a pioneira a remover da doença a possibilidade de definir a saúde, e baseou a compreensão de saúde como um conceito ampliado (Meyer, 2012). Entretanto, o conceito de saúde da forma com que foi definido pela OMS, pode ser caracterizado como uma utopia, como um estado inalcançável, tanto pela dificuldade de caracterizar o que é estar em completo bem-estar, quanto pelo fato de que a angústia e o mal-estar são inerentes a própria condição do ser-humano (Segre, 1996).

Assim, ao longo do tempo a saúde foi conceituada de diferentes formas por diferentes autoras(es), de maneira que, já não se pode falar em saúde no singular e sim no plural, saúdes (Almeida-Filho, 2011). Ceccim (2012, p. 37) define saúde como o “estado capaz de potencializar nossa capacidade humana (orgânica, intelectual e afetiva) de reestabelecer uma vida social de acordo com a nossa necessidade de uma existência alegre e geradora de transformações individuais e coletivas”. Nesse sentido, Czeresnia, Maciel e Oviedo (2013) apontam que a saúde é, ao mesmo tempo um bem precioso, que prescinde a doença, e uma conquista que implica resistência ativa às dificuldades que estão ligadas a condição de estar viva(o). Entretanto, é possível perceber que a noção de saúde como a ausência de doenças ainda persiste no imaginário social e no planejamento de ações de assistência e educação em saúde.

A adolescência também foi por muito tempo definida através de características essencialistas e biológicas, portanto, universais. Porém, entendemos que a adolescência deve ser entendida no plural, adolescências, como uma produção histórica e humana, cujo significado é constituído na cultura, na linguagem e nas relações estabelecidas por cada adolescente (Quadrado, 2013).

Cabe pontuar que os marcadores sociais da diferença (gênero, sexualidade, raça, etnia, geração, nacionalidade, classe, dentre outros) e os seus intercruzamentos atuam produzindo diferentes adolescências, entendimentos de saúde e produzindo efeitos no acesso e no cuidado em saúde. Nesta intersecção, surge uma questão importante: O que as(os) adolescentes entendem por saúde? Com o objetivo de buscar pistas que nos ajudem a entender essa questão, nos movimentamos neste texto.

Metodologia

O presente estudo se encontra situado no campo dos Estudos Culturais e de Gênero, em articulação com a Saúde Coletiva, em uma perspectiva pós-crítica, e pode ser caracterizado quanto aos seus objetivos como qualitativo exploratório. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Pampa, sob o parecer nº 3.246.494/2019.

Para a produção dos dados utilizamos a técnica de grupo focal, que se trata de um grupo composto por pessoas conhecidas ou não, reunidas por uma(um) pesquisadora(or) com objetivo de discutir um tema, cuja discussão e direcionamentos são mediados pela(o) mesma(o) (Dal'igna, 2014). A potencialidade dos grupos focais são as interações que ocorrem entre as(os) participantes, possibilitando o estímulo tanto ao aprofundamento de ideias consensuais quanto de ideias contrárias a análise dos diálogos e das relações estabelecidas durante os encontros (Dal'igna, 2014).

Com o intuito de conhecer algumas características que poderiam ser potentes para as análises empreendidas nessa pesquisa, as(os) participantes também foram convidadas(os) a preencher um formulário com seus dados pessoais e socioeconômicos.

Estavam aptas(os) a participar do estudo, adolescentes com idades entre 15 e 18 anos, que estivessem regularmente matriculadas(os) em qualquer ano do ensino médio em duas Escolas Públicas do município de Uruguaiana, selecionadas previamente por critérios geográficos. Além disso, que tivessem autorização das mães, pais e/ou responsáveis e aceitassem participar voluntariamente da pesquisa.

Cada grupo focal foi organizado em quatro encontros com duração aproximada de uma hora e meia, o encontro para o qual lançaremos nossa atenção, teve como tema os entendimentos das(os) adolescentes em relação à saúde e foi dividido em três momentos distintos. No primeiro momento, utilizamos, para promover a discussão, algumas(uns) bonecas(os) de tecido com diferentes características, representando diferentes pessoas e identidades, tais como: mulheres brancas e negras, homens brancos e negros, pessoas com deficiência física, pessoas com deficiência visual, pessoas em situação de rua, dentre outras. Solicitamos que as(os) participantes se dividissem em duplas e que cada dupla escolhesse uma(um) boneca(o). Após a escolha, cada dupla foi encarregada de criar uma história para a(o) boneca(o) escolhida(o), com foco na relação dessa(e) personagem com a sua saúde.

No segundo momento, após a criação das histórias, cada dupla apresentou para as(os) demais a(o) boneca(o) escolhido e respectiva história. Já o terceiro e último momento do encontro consistiu na discussão das questões relacionadas à saúde que emergiram ao longo do encontro como forma de sistematização e de fechamento da discussão.

O encontro foi registrado integralmente por gravações de áudio e vídeo e também por anotações feitas pela pesquisadora e pela equipe de pesquisa que auxiliou na realização dos grupos focais. Posteriormente essas gravações foram transcritas para possibilitar a análise das informações. Para garantir a confidencialidade das(os) participantes elas(es) serão apresentadas nesse texto através de codinomes escolhidos por elas(es).

O primeiro eixo de análise trata-se dos dados produzidos a partir dos formulários socioeconômicos, que foram analisados através de estatística descritiva. Já a análise das informações

produzidas nos grupos focais se deu a partir da leitura atenta e minuciosa das transcrições, para investigar e compreender as dinâmicas verbais e não verbais estabelecidas pelas(os) participantes e também pela visualização dos registros de vídeo.

Não há uma forma única e acabada para análise dos dados nos grupos focais, entretanto, alguns pressupostos podem ser seguidos nessa movimentação. Após a produção dos dados, o primeiro passo a dar em direção a análise dos mesmos é perguntar, interrogar, buscar conexões, sentidos, continuidades e rupturas nos discursos e práticas (Paraíso, 2014). Então, caminhar em direção à descrição minuciosa para por meio dela estabelecer relações entre textos, discursos e suas ramificações, concomitantemente, analisar as relações de poder (Paraíso, 2014). Após essas etapas, multiplicar para que os enunciados não fiquem paralisados e fixos e sim tornar plurais e amplas as perspectivas e sentidos (Paraíso, 2014).

Resultados e discussões

Os dados produzidos pelos grupos focais foram analisados conforme os pressupostos acima seguindo os eixos de análise: Quem são os(as) adolescentes? e O que é saúde? E serão apresentados e discutidos a seguir.

Quem são as(os) adolescentes?

Nas duas escolas a participação foi predominantemente feminina. Os grupos foram compostos por sete adolescentes em cada escola, na escola 1 foram seis meninas e um menino e na escola 2 todas as participantes eram do gênero feminino. Foram semelhantes também, as características quanto à raça/etnia, a maioria delas(e) se autodeclarou pretas(o) ou pardas. Na escola 1, três se autodeclaravam brancas, três pardas e um preto, e na escola 2 uma se autodeclarou branca, duas pardas e quatro pretas. A média de idade foi de dezessete anos em ambas as escolas.

Quanto à renda familiar as(o) adolescentes estavam economicamente situadas nas classes populares, nas duas escolas. Todas as adolescentes moravam com suas mães, variando as demais pessoas da casa. Ao analisarmos as profissões de suas mães e pais/padrastros, percebemos na organização familiar das adolescentes, que os limites entre o público, enquanto espaço masculino e o privado enquanto feminino está presente e bem delimitado. Já que, a maioria das mães das participantes trabalhava nas tarefas do lar e os pais e padrastros em diversas ocupações, todas externas ao lar.

As hierarquias de gênero, expressas de diversas formas, inclusive através da divisão sexual do trabalho, são percebidas e produzem sentido em outras esferas das vidas de meninos e meninas. O gênero, trata-se de “um elemento constitutivo de relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos” (Scott, p. 86), se configura como “uma forma primária de dar significado às relações de poder” (Scott, p. 86), e mais do que isso ele “torna-se implicado na concepção e na construção do próprio poder” (Scott, p. 86), pois é através dele que se estabelecem as distribuições de poder, entendidas como “um controle ou um acesso diferencial aos recursos materiais e simbólicos” (Scott, p. 88). É expresso na convergência das múltiplas dimensões sociais a que os indivíduos fazem parte, como classe, raça/etnia, geração, religião, nacionalidade (Meyer,

2003). É nessa trama de relações que podemos pensar sobre a baixa participação e interesse masculino pela temática dos grupos focais.

Historicamente, o discurso da saúde foi voltado às crianças e às mulheres, mais direcionado ainda aos aspectos reprodutivos da vida das mesmas, assim, não incluiu outras demandas femininas e as necessidades masculinas (Botton; Cúnico; Strey, 2017). É através da reprodução e das relações de poder/saber que inscrevem a maternidade nos corpos femininos que se agencia, mobiliza e difunde os conhecimentos de saúde. Não só a maioria das usuárias dos serviços de saúde são mulheres como também, elas são interpeladas e responsabilizadas pelos programas e estratégias, individuais e coletivas, de promoção da saúde e prevenção de doenças (Meyer, 2003). Em meio a muitos artefatos que exercem pedagogia, as mulheres aprendem desde muito cedo a cuidar e assim naturalizam o cuidado como essencialmente feminino, constituindo-se com uma preocupação maior com o autocuidado e também com a função de ser “cuidadora qualificada dos componentes do núcleo familiar” (Meyer, 2003, p. 34).

A masculinidade, construída em oposição àquilo que é considerado feminino, se distânciaria do discurso da saúde. Os homens, de uma maneira geral, têm uma menor autopercepção das demandas de cuidados em saúde por concebê-las como “tarefa de mulher” (Machin *et al.*, 2011). Esse processo se dá também na subjetivação das(os) profissionais da saúde, pois costumam não enxergar os homens como sujeitos de cuidado e como potenciais cuidadores, reforçando e esperando esse comportamento das mulheres e as situando também como mediadoras entre os homens e os serviços de saúde (Machin *et al.*, 2011).

Assim, a socialização de gênero implica na criação de dois polos distintos, o feminino e o masculino, que agenciam os comportamentos e entendimentos dos sujeitos em relação à saúde. Entendemos que o baixo interesse e participação dos meninos é um reflexo dessas questões, eles não consideram a saúde uma esfera sobre a qual eles precisam aprender ou refletir, pois cuidar da mesma não é entendida como tarefa deles. Além disso, não participar de atividades com foco na saúde, pode ser uma forma de afirmar a própria masculinidade ao delimitar uma fronteira entre o que é “coisa de homem” e o que é “coisa de mulher” e não a ultrapassar.

No eixo seguinte apresentaremos os entendimentos das(o) adolescentes acerca da saúde.

O que é saúde?

Apresentamos nesse eixo, três categorias que emergiram das análises: Ausência de doenças; Dádiva; Qualidade de vida.

Ausência de doenças:

Na atividade dos bonecos solicitamos que criassem uma história sobre a saúde para as(os) bonecas(os). Ao ouvirem essa orientação a primeira reação das(o) participantes foi fazer os questionamentos transcritos abaixo:

Sophia: “A saúde normal?”

Pesquisadora: “Como assim?”

Marina: “Pode falar de qualquer doença?”

As falas dessas duas participantes nos dão indícios dos seus entendimentos sobre a saúde e possibilitam que começemos a trilhar um caminho de análise em direção a eles. A norma pode ser entendida como um modelo geral a partir do qual se organizam e operam poderes em direção a conformar as pessoas dentro desse modelo (Foucault, 2008). Em uma perspectiva foucaultiana, “há um caráter primitivamente prescritivo da norma, e é em relação a essa norma estabelecida que a determinação e a identificação do normal e do anormal se tornam possíveis” (Foucault, 2008, p. 75).

O questionamento de Sophia cria condições para pensarmos que existe uma norma para definir o que é saúde e que essa norma também diz respeito a ausência de doenças que aparece na fala de Marina. A partir da saúde normal, se pode conformar o que é o seu oposto, a doença, e também o que é a saúde de uma forma geral. Normalização é o termo que Foucault (2008) utilizou para designar o processo em que primeiro se estabelece o normal, depois o anormal e posteriormente a norma, nas distribuições entre eles.

Nesse sentido, entendemos que para Sophia, a “saúde normal” é aquela que, considerando as medidas e avaliações se expressa por resultados dentro do espectro de normalidade, em contraponto o anormal se expressa através da doença, do patológico. Assim, os questionamentos das participantes apresentam uma relação estreita entre si, pois de formas diferentes ambas estavam em dúvida sobre qual saúde deveriam falar. Marina deixou explícita a relação entre saúde e doença pois ao ser orientada a criar uma história sobre saúde, a sua dúvida foi se essa história poderia ser de qualquer doença.

Ao voltarmos os olhares para as histórias produzidas pelas(o) participantes nos grupos focais foi possível identificar que todas(o) elas(e) foram mobilizadas a partir da doença, sendo essa experiência o tema central das histórias. Na escola 1 as(o) participantes divididas(o) em duplas, criaram quatro histórias, três delas tinham como tema central a suspeita, descoberta e complicações do HIV/aids, dessas histórias duas tiveram como desfecho final a morte da(o) personagem. Na escola 2 por sua vez, foram criadas três histórias, duas abordaram demandas de saúde mental, sendo que uma girava em torno da depressão e ansiedade e outra do uso e abuso de drogas, e a terceira foi sobre o diagnóstico e tratamento de câncer de mama. Uma questão que divergiu nas escolas foi a inspiração para a construção das narrativas, enquanto na escola 1 as(o) participantes disseram que não se inspiraram em alguém específico ou caso já presenciado por elas(e), na escola 2 todas as histórias foram inspiradas em casos reais vivenciados por elas mesmas ou presenciado em seus familiares e namorada(o).

O saber em saúde foi constituído a partir de práticas de prevenção e tratamento de doenças, pois a gestão das mesmas fazia parte das estratégias utilizadas pelo Estado para controlar a população (Ceccim, 2012).

Assim, a forma pela qual se construiu o conhecimento sobre doença, principalmente a partir da modernidade, fez com que a mesma se tornasse “o limiar para a abordagem da saúde como tema” (Costa, 2012, p. 824). Para as(os) autoras(es) “o discurso onto-epistêmico da modernidade ‘sobre a doença’ conforma o discurso derivado e negativo ‘sobre a saúde’: a saúde é não doença” (2012, p. 824). Nessa construção, a saúde e a doença adquiriram sentidos contrários, de forma que os discursos veiculados nos diferentes meios de comunicação e nas diferentes instituições sociais acabaram classificando como saúde a condição na qual se encontra

uma pessoa que não tem doenças, e como doença, a condição física que retira a saúde de um corpo.

Essas questões ficam mais explícitas nas falas abaixo:

Marina: “[Saúde] É estar bem.”

Sophia: “[...] geralmente só se fala da saúde pensando em doença. Na minha família é assim pelo menos. A minha mãe fala: ‘Ah, mas eu estou bem de saúde o diabetes não atacou’. Ou coisa assim. Tipo assim, agora eu descobri que a minha mãe tá com diabetes, e a minha bisavó morreu com diabetes. E o pior é que se ela não cuidar... Ai credo não gosto nem de pensar.”

Bia: “Eu acho que ter saúde é ter a mente boa, ter uma estrutura boa! Pra depois daí tu poder cuidar do teu físico.”

Diana: “É que falam em saúde e a gente pensa em tá mal e doente, ninguém vai procurar o médico se tá bem, se não tem nada.”

Anitta: “A palavra saúde pra gente significa doença praticamente! Fala em saúde e a gente já pensa em gripado, doente, alguma coisa. Não pensa em saúde, saúde... - [gira as mãos em um gesto que representa não saber].”

No campo do senso comum encontra-se muita dificuldade para dissociar as noções de saúde e doença, já que uma está sempre remetendo à outra (Ayres, 2007). E foi essa associação entre saúde e doença, estar bem e estar mal, mente e corpo que percebemos na fala das participantes dos grupos, uma relação de oposiçãoumas às outras. Além disso, a doença já assume uma validade em si mesma (Ayres, 2007), ou seja, o diabetes, como aponta Sophia, é algo palpável, tangível, reconhecível e existente de forma autônoma, sem necessitar de comparações com outras questões para que possa ser entendido. Assim, enquanto a doença tem caráter objetivo, a saúde adquire caráter subjetivo, necessita de vieses de comparação para que possa “existir” discursivamente (Ayres, 2007). Como aponta a participante Anitta, “fala em saúde e a gente já pensa em gripado, doente, alguma coisa. Não pensa em saúde, saúde...” e ao falar isso podemos perceber que ela não consegue definir a saúde sem não falar da doença.

De maneira geral, no campo da biomedicina e da biologia, aprendemos sobre saúde a partir do óculo da doença, como se uma fosse o contrário da outra, como se ambas não fossem inerentes a nossa condição humana. Entretanto, saúde e doença não são conceitos definitivos nem se encontram em situação de oposição, já que ambos dizem respeito à sobrevivência, à qualidade de vida e à produção de vida (Ceccim, 2012). Nesse sentido, ambos os termos são construções linguísticas oriundas das vivências de cada sujeito, de maneira que elas são ao mesmo tempo coisas diferentes e indissociáveis (Ayres, 2007).

Embora pareça mais confortável conceitualmente e viável metodologicamente, entender a saúde como a ausência de doença é insuficiente para abranger a complexidade dos fenômenos referentes a vida, ao adoecimento e até mesmo a morte (Almeida-Filho, 2011). Assim, a saúde extrapola os limites da ausência ou do inverso da doença (Almeida-Filho, 2011), como fica evidente na fala da participante Sophia: “A minha mãe fala: ‘Ah, mas eu estou bem de saúde o diabetes não atacou’”, evidenciando que é possível sentir-se com saúde mesmo tendo alguma doença.

Dádiva:

Helena: “A gente já nasce com saúde, só tem que cuidar.”

A saúde também adquire um sentido mágico, como um presente ou uma dádiva que necessita ser cuidada para que se mantenha íntegra. Esse entendimento pode ser associado às percepções de que ter saúde está associado com uma série de comportamentos e atitudes que precisam ser realizados ou evitados para mantê-la, já que de uma forma inicial todas(os) a tem.

Helena: “É se cuidar, assim na comida, dormir, tipo, porque falam que a gente tem que dormir oito horas né. Acho que é se alimentar bem, se cuidar, não comer muita gordura e muito doce. Porque se a gente come muita gordura faz mal, ou come muito doce, muito sal, tipo tudo faz mal quase, então tem que se cuidar.”

Marina: “Fazer exercício também.”

Bia: “Fazer exames também é cuidar da saúde né. Não pegando DST é a conta né. Mas eu acho que a gente se preocupa também em se alimentar bem, pra não prejudicar nossa saúde quando a gente for mais velho.”

A partir dessas falas as participantes elencam uma série de hábitos e comportamentos que devem ser perseguidos com o objetivo principal de evitar adoecer, portanto, mesmo nesse contexto, para essas adolescentes ter saúde é efetivamente evitar de ter doenças.

Além disso, há estreitas relações entre essas concepções e o modelo preventivo de educação em saúde (Oliveira, 2005), esse modelo tem como objetivo principal a prevenção de doenças, e opera a partir do entendimento de que o modo de vida de cada indivíduo é o principal causador da sua falta de saúde. De forma que “hábitos insalubres são tidos como consequência de decisões individuais equivocadas” (Oliveira, 2005, p. 425). A saúde nesse contexto, é entendida como sinônimo de capricho individual, ou seja, aqueles que não cumprem as regras de conduta são punidos com a doença (Alves; Cortinovi, 1998). Cabe salientar aqui que compreendemos que é a partir da ótica da prevenção de doenças que se mobilizaram ao longo do tempo e ainda se mobilizam diversas ações de saúde, desde as promovidas por instituições de educação e de saúde, quanto aquelas difusas nos meios de comunicação sociais, filmes, programas de televisão, novelas, revistas.

Além disso, no contexto apontado pelas participantes, só é possível ter saúde um corpo que é disciplinado, pois a disciplina funciona como uma anatomia política do detalhe, de forma que nada escape do seu conjunto de técnicas direcionadas ao corpo como objeto e alvo do poder (Foucault, 2009). Quando voltada às práticas de saúde, a disciplina produz um espaço administrativo e político em articulação com um espaço terapêutico, assim ela atua individualizando corpos, doenças, sintomas, vidas e até mesmo mortes (Foucault, 2009). No relato das participantes é possível observar que munidas de “informações sobre a saúde” como a importância da alimentação “adequada”, atividades físicas, tempo “necessário” de sono, elas precisam ser disciplinadas o suficiente para incluir essas questões em suas vidas e serem vigilantes para mantê-las. Além disso, esses corpos precisam ser periodicamente examinados, pois, como afirmou Bia: “fazer exames também é cuidar da saúde”.

A saúde, nessa perspectiva é uma responsabilidade individual, e está relacionada com um intenso cuidado de si (Foucault, 2004), como se pode perceber na fala de Helena: “[...] tipo tudo

faz mal quase, então tem que se cuidar”. Em uma perspectiva foucaultiana, de maneira ativa os indivíduos se constituem a partir das práticas de si, práticas essas que não são inventadas por cada uma(um) e sim “esquemas que ele encontra em sua cultura e que lhe são propostos, sugeridos, impostos por sua cultura, sua sociedade e seu grupo social” (Foucault, 2004, p. 276).

Essas questões apresentadas pelas adolescentes, também se constituem enquanto práticas ascéticas contemporâneas ou bio-aseses (Ortega, 2005). Utilizadas no cuidado de si, no sentido de controlar e adaptar o corpo às normas biomédicas e estéticas, à normas de “saúde” da atualidade.

Nesse processo, a “vigilância, que estava na base dos processos de disciplinamento corporal” não mais assume uma função de assujeitamento, “e sim, de libertação, na consciência, na vigilância, na constância do querer e na atenção, exigida pelas práticas ascéticas” (Ortega, 2005, p. 145). Por meio de diferentes práticas operadas em conjunto as bio-aseses produzem subjetividades, que vão ser expressas nos corpos (Quadrado, 2012). Ortega (2005, p. 154) discute que nesse processo

[...] criam-se novos critérios de mérito e reconhecimento, novos valores com base em regras higiênicas, regimes de ocupação de tempo, criação de modelos ideais de sujeito baseados no desempenho físico. As ações individuais passam a ser dirigidas com o objetivo de obter melhor forma física, mais longevidade, prolongamento da juventude, etc. Na biossociabilidade todo um vocabulário médicofisicalista baseado em constantes biológicas, taxas de colesterol, tono muscular, desempenho físico, capacidade aeróbica populariza-se e adquire uma conotação “quase moral”, fornecendo os critérios de avaliação individual. Ao mesmo tempo todas as atividades sociais, lúdicas, religiosas, esportivas, sexuais são ressignificadas como práticas de saúde.

Essas questões estão presentes nas falas das participantes, que tentam ser peritas de si mesmas, prática comum nas bio-aseses (Ortega, 2005; Quadrado, 2012), onde o indivíduo se autocontrola, autovigia e autogoverná. “Através das numerosas práticas bio-ascéticas, o indivíduo demonstra sua competência para cuidar de si e construir sua identidade” (Ortega, 2005, p. 156). Nesse contexto, a saúde não é tratada apenas como um instrumento na vida cotidiana, mas tratada como um investimento futuro, na qual através das escolhas “adequadas” na juventude é que ela será garantida na velhice. Sendo uma(um) “boa(om)” idosa(o), aquela(e) que foi responsável e cuidou de sua saúde garantindo uma velhice independente, e uma(um) má(mau) idosa(o) aquela(e) que não o fez (Ortega, 2005), essa questão pode ser notada na fala de Bia: “eu acho que a gente se preocupa também em se alimentar bem, pra não prejudicar nossa saúde quando a gente for mais velho”.

Nesse processo de subjetivação, parte-se do princípio de que todas as pessoas sabem quais hábitos e atitudes devem ser tomados para manter a saúde e segui-los ou não é uma escolha pessoal que demonstra o caráter de cada uma(um). Ao questionar as participantes o motivo pelo qual as pessoas mesmo sabendo sobre esses hábitos por elas apontados não os praticam em suas vidas, as respostas foram no sentido de culpabilizar essas pessoas e apontar como uma falha moral das mesmas, como podemos perceber no diálogo abaixo:

Pesquisadora: “Mas essa é uma outra questão, porque será que a gente sabe o que tem que fazer e não se cuida?”

Sophia: “Por sem vergonha!”

Algumas questões podem ser problematizadas nessa percepção de saúde, na individualização da promoção da saúde através da prevenção de doenças (Oliveira, 2005). Já que, essa visão desconsidera as desigualdades estruturais que interferem diretamente nas condições objetivas de vida de cada sujeito, bem como desconsidera os marcadores sociais da diferença que se interseccionam na sua própria constituição enquanto sujeitos, além disso por não considerar esses fatores isenta a sociedade e o Estado de promover a equidade de condições entre todos os indivíduos como instrumento para promover sua saúde.

Qualidade de vida:

Bia: “Ah, eu acho que pra ti ser saudável tu precisa ter qualidade de vida boa. Tipo pra um morador de rua ele não tem comida todo dia, dizem que uma alimentação boa tu tem que se alimentar de três em três horas, será que um morador de rua tem condição disso?”

Assim, algumas participantes discutiram a definição de saúde em relação às condições socioeconômicas de cada uma(um), em um movimento em que a saúde está diretamente relacionada com a qualidade de vida.

Bia: “Fica difícil. Tu procurar uma qualidade de vida, se tu não tens um serviço, pra ti ter uma qualidade de vida. E aí eu acho que pra ter uma saúde boa, tu precisa ter uma qualidade de vida boa. E hoje em dia é muito difícil ter isso. Vai interferir até, quando a gente ficar mais idoso, a gente precisa ter dinheiro pra ter uma qualidade de vida. E com a aposentadoria que ganham, vai à maioria em remédio, porque geralmente tomam bastante remédio. E cada vez diminui mais e diminui também a qualidade de vida.”

Gabi: “Se a gente conseguir se aposentar!”

Lari: “Uma aposentadoria não dá pra nada. [mescla uma expressão de indignação com tristeza]. Minha mãe é aposentada, e muitas vezes no fim do mês a gente tem que conseguir dinheiro emprestado.”

Bia: “A minha mãe também, como meu pai é falecido, ela ficou recebendo o benefício do meu pai, mas ela tem que trabalhar pra conseguir pagar as contas e ainda não fecha as contas no mês, por isso que eu acho que primeiro pra ti ter saúde, tu precisa ter qualidade de vida.”

Nessa discussão foi possível identificar uma ampliação da noção de saúde, como algo não apenas dependente da ausência de doenças, mas também de uma qualidade de vida. Ao referirem-se à qualidade de vida, elas não se referem a bem-estar, elas fazem menção à condição socioeconômica, acesso à bens e serviços, renda adequada às necessidades, à aposentadoria digna e principalmente à realidade social na qual estão imersas e às dificuldades que elas mesmas encontram para “ter saúde”. Nesse contexto, “o corpo assume uma dimensão que vai além do biológico, constituindo um território de encontro do indivíduo e do coletivo e é, igualmente, significado por dimensões sociais, econômicas, culturais e políticas de um determinado período histórico” (Carvalho; Gastaldo, 2008, p. 2034).

Embora expressa no corpo físico, a saúde não é apenas de caráter biológico, ela abrange todas as dimensões que perpassam a existência de uma pessoa. Para Meyer (2012, p. 8) a saúde deve ser entendida como

[...] a capacidade de interação e reação física e emocional que indivíduos e grupos desenvolvem e exercitam quotidianamente, quando enfrentam a vida em sua complexidade; nessa complexidade o biológico é apenas uma dimensão a ser compreendida a partir de sua inserção nas condições sociais, econômicas, políticas e culturais vigentes nas sociedades, em diferentes momentos históricos.

Assim, a percepção das participantes se aproxima também com o que é postulado na Lei 8080/9024, que institui o Sistema Único de Saúde, na qual podemos ler em seu artigo terceiro:

Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

Esses determinantes sociais da saúde expressam, a noção de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e das populações relacionam-se com sua situação de saúde (Buss; Filho, 2007). Os autores (Buss; Filho, 2007) discutem que o principal desafio desses determinantes reside em estabelecer as relações entre esses fatores e as formas que eles incidem nos indivíduos e nas populações, já que eles não exercem uma relação direta de causa-efeito. Contudo, para as adolescentes essa relação não parece ser tão complexa. Para Bia e Lari os determinantes relacionados com a classe econômica e com a renda parecem produzir efeitos nos entendimentos de saúde e nas práticas de saúde individuais e coletivas, como podemos perceber em diversas falas que pontuam a importância do emprego, renda, aposentadoria digna para garantir o acesso às medicações, alimentação, lazer e outras questões relacionadas com a saúde.

Entendemos assim, que as adolescentes têm nas suas vivências marcas das intersecções das questões por elas apresentadas como a qualidade de vida, no caso delas, a falta dessa qualidade de vida. A dificuldade do acesso à bens e serviços, não saber se o valor recebido por suas mães será suficiente ao final do mês, ver suas mães trabalhando fora de casa ou solicitando auxílio à outras pessoas para dar conta das demandas básicas de suas vidas impacta na saúde dessas adolescentes e suas famílias, ficando evidente que ainda há muito que se avançar no sentido de criação e efetivação de políticas públicas que garantam saúde à essa população. As adolescentes apresentaram diferentes noções de saúde, que entre outros fatores, são produzidos pelas diferentes intersecções dos marcadores sociais da diferença raça, classe, gênero e geração.

Considerações finais

Procuramos olhar para a saúde a partir do óculo dos Estudos Culturais e de Gênero em articulação com a Saúde Coletiva, para conhecer os entendimentos de saúde das(o) participantes dos grupos focais e problematizar esses entendimentos, não pretendemos aqui encerrar essa discussão e sim demonstrar caminhos de análise nesse campo tão rico.

A baixa participação e interesse dos meninos nos grupos focais nos indica o primeiro caminho, de que a saúde é entendida como uma responsabilidade feminina. Nas expectativas de gênero em que somos socializadas(os), pensar sobre e cuidar da saúde encontram-se dentro da “caixa” feminina, sendo poucos os meninos que ousam abri-la, mesmo que seja para tratar de algo que implique diretamente nas suas vidas, no caso do nosso estudo apenas um o fez. Ainda

assim, ele se manteve em silêncio na maior parte do tempo, não manifestando diretamente suas opiniões e entendimentos sobre o tema, por esse motivo, não há falas dele nas análises.

O outro caminho que seguimos nessa pesquisa é de que para algumas das adolescentes participantes dela, a saúde é basicamente a ausência de doenças, sendo uma definição quase impossível de ser realizada sem o contraponto da doença. A doença é o que mobiliza o entendimento e as práticas de saúde dessas adolescentes, práticas essas que estão para elas, diretamente relacionadas com os hábitos e atitudes individuais que devem ser tidas e mantidas para manutenção da saúde.

Entretanto, para outras participantes a saúde é entendida como uma dádiva ou um presente a ser cuidado e cultivado a partir do autocuidado. Para outras ainda, a saúde foi expressa como qualidade vida, associada a boa alimentação, emprego, recursos financeiros e condições minimamente adequadas de vida, no que diz respeito a renda, lazer e segurança, para que possam efetivamente terem saúde.

Por meio dessas reflexões, chamamos a atenção para a necessidade de se ampliar os entendimentos de saúde. Percebendo-a como a capacidade ativa de produzir vida e resistir às condições que nos ameaçam. E com isso, também trilhar um novo caminho na educação em saúde, seja com adolescentes ou com as mais diferentes populações, produzindo noções de saúde, saúde mental, sexualidade e todos os temas que fazem parte da existência humana de uma forma menos prescritiva e medicalizada, com foco nas potencialidades de cada uma(um).

Nesse sentido, faz-se importante refletir sobre o que entendem por saúde as(os) profissionais da saúde e da educação que mediam essas ações com as(os) adolescentes, já que é a partir desses entendimentos que se darão as atividades propostas por essas(es) profissionais. Além disso, um conceito de saúde mais ampliado, que seja operacionalizado desde a formação inicial e abranja as atividades de educação continuada das(os) profissionais dessas áreas apresenta uma grande potência.

Referências

- ALMEIDA-FILHO, N. **O que é saúde?**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011.
- ALVES, G.; CORTINHOVI, T. A sala de aula como espaço potencializador do ser saudável. In: MEYER, D.E. (org.). **Saúde e sexualidade na escola**. Porto Alegre: Mediação, 1998. P. 51-56.
- AYRES, J. Uma concepção hermenêutica de saúde. PHYSIS: **Rev. Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 43-62, 2007.
- BRASIL. LEI nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF. (19 de setembro de 1990).
- BOTTON, A.; CÚNICO, S.; STREY, M. Diferenças de gênero no acesso aos serviços de saúde: problematizações necessárias. **Mudanças - Psicologia da Saúde**, v. 25, n. 1, p. 67-72, 2017.

BUSS, P. M.; FILHO, A. P. A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, 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. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 2, p. 2029-2040, 2008.

CECCIM, R. O que é saúde? O que é doença? In: MEYER, D. E.; SOARES, R. F.; ZEN, M. I.; XAVIER, M. L. (Orgs.). **Saúde, sexualidade e gênero na educação de jovens**. Porto Alegre: Mediação, 2012. p. 29-40.

COSTA, M.L.; BERNARDES, A.G. Produção de saúde como afirmação de vida. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n. 4, p. 822-835, 2012.

CZERESNIA, D.; MACIEL, E.; OVIEDO, R. **Os sentidos da saúde e da doença**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013.

DAL'IGNA, M.C. Grupo focal na pesquisa em educação: passo a passo teórico-metodológico. In: MEYER, D.E.; PARAÍSO, M. (org.). **Metodologias de pesquisas pós-críticas em educação**. 2. ed. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2014. P. 197-219.

FOUCAULT, M. **Ditos & Escritos V**: Ética, Sexualidade, Política. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

FOUCAULT, M. **Segurança, território e população**: curso dado no Collège de France (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. 36. ed. Petrópolis/RJ: Vozes, 2009.

MACHIN, R. et al. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4503-4512, 2011.

MEYER, D. E. Educação, saúde e modos de inscrever uma forma de maternidade nos corpos femininos. **Movimento**, v. 9, n. 3, p. 33-58, 2003.

MEYER, D. E. Saúde, sexualidade e gênero na educação de jovens, por quê? In: MEYER, D. E.; SOARES, R.; ZEN, M.; XAVIER, M. (org.). **Saúde, sexualidade e gênero na educação de jovens**. Porto Alegre: Mediação, 2012, p. 05-12.

OLIVEIRA, D.L. A “nova” saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 423-431, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Constituição da Organização Mundial da Saúde. Nova Iorque (EUA), julho, 1946.

ORTEGA, F. Da ascese à bio-ascese ou do corpo submetido à submissão ao corpo. In: RAGO, M.; ORLANDI, L.; VEIGA-NETO, A. (org.). **Imagens de Foucault e Deleuze**: ressonâncias nietzschianas. Rio de Janeiro: DP&A, 2005. P. 139-173.

PARAÍSO, M. A. Metodologias de pesquisas pós-críticas em educação e currículo: trajetórias, pressupostos, procedimentos e estratégias analíticas. In: MEYER, D.E.; PARAÍSO, M. (org.) **Metodologias de pesquisas pós-críticas em educação**. 2. ed. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2014. P. 25-47.

QUADRADO, R. A adolescência como uma construção sócio-cultural e histórica. In: RIBEIRO, P.R.; QUADRADO, R. (org.). **Corpos, gêneros e sexualidades: questões possíveis para o currículo escolar**. (Caderno pedagógico - anos finais). 3. ed. Rio Grande: Editora da FURG, 2013. P. 11-15.

QUADRADO, R. Práticas bioascéticas contemporâneas: Notas sobre a produção dos corpos nas diversas instâncias sociais. In: SILVA, F.; FREITAS, D. P. (org.). **II Seminário corpos, gêneros, sexualidades e relações étnico-raciais na educação**. Uruguaiana: Unipampa, 2012. P. 10-25.

SCOTT, J. Gênero: Uma categoria útil de análise. **Educação e Realidade**, v. 20, n. 2, p. 71-99, 1995.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. O conceito de saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 31, n. 5, p. 537-542, 1996.