



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

ROSÁLIA TEIXEIRA DE ARAÚJO

**DEMANDAS DE SAÚDE DE ADOLESCENTES: CONSTRUINDO BASES PARA O
CUIDADO**

SALVADOR

2016

ROSÁLIA TEIXEIRA DE ARAÚJO

**DEMANDAS DE SAÚDE DE ADOLESCENTES: CONSTRUINDO BASES PARA O
CUIDADO**

Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de doutora. Área de Concentração: “Gênero, Cuidado e Administração em Saúde”, linha de pesquisa Mulher, Gênero e Saúde.

Orientadora:

Prof^a. Dr^a. Edméia de Almeida Cardoso
Coelho

SALVADOR

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Processamento Técnico, Biblioteca Universitária de Saúde,
Sistema de Bibliotecas da UFBA

A658 Araújo, Rosália Teixeira de.

Demandas de saúde de adolescentes: construindo bases para o cuidado/Rosália Teixeira de Araújo. - Salvador, 2016.

179f. :il.

Orientadora: Profa. Dra. Edméia de Almeida Cardoso Coelho.

Tese (doutorado) - Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2016.

1. Adolescentes - saúde. 2. Integralidade em saúde. 3. Enfermagem.
I. Coelho, Edméia de Almeida Cardoso. II. Universidade Federal da Bahia.
Escola de Enfermagem. III. Título.

CDU: 613.96

ROSÁLIA TEIXEIRA DE ARAÚJO

**DEMANDAS DE SAÚDE DE ADOLESCENTES: CONSTRUINDO BASES PARA O
CUIDADO**

Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Doutora. Área de Concentração: “Gênero, Cuidado e Administração em Saúde”, linha de pesquisa Mulher, Gênero e Saúde.

Aprovada em; 18/12/2015.

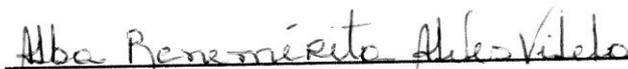
BANCA EXAMINADORA

Edméia de Almeida Cardoso Coelho



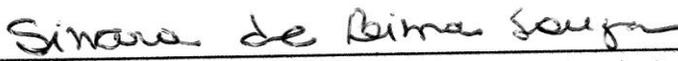
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Alba Benemérita Alves Vilela



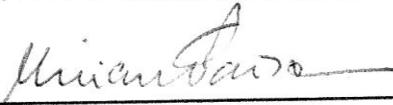
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

Sinara de Lima Souza



Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Estadual de Feira de Santana

Mirian Santos Paiva



Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Mariza Silva Almeida



Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

AGRADECIMENTOS

A Deus, por tua presença constante em minha vida. Tu és a minha força, a minha luz, o meu rochedo. Sem ti esta conquista não seria possível.

Aos meus pais Dalva e Rodrigo (*in memoriam*), por todo esforço dedicado na minha formação. Pelo carinho, força, lições de trabalho, honestidade e perseverança.

À minha filha Raisia e ao meu filho Rodrigo por todo carinho, amor e compreensão nos momentos de ausência. Pessoas especiais que fazem com que eu encontre força para continuar firme na caminhada.

Ao meu irmão Doriedson, pelo apoio, força e pelo exemplo de ser humano que é.

À minha cunhada, Maria da Conceição, pelo apoio e colaboração durante esse processo de construção.

À família Teixeira, em especial, à minha madrinha Lucidalva (*in memoriam*) e tia Lina (*in memoriam*) por terem acreditado em mim, dando oportunidade para que eu galgasse os primeiros degraus.

À Prof.^a Dr.^a Edméia de Almeida Cardoso Coelho, por ter aceitado ser minha orientadora, por todo apoio, paciência, compreensão, exemplo de competência, compromisso e dedicação na condução deste trabalho.

À Prof.^a Dr.^a Alba Benemérita Alves Vilela, por ter conduzido os meus primeiros passos no mundo da pesquisa.

Ao Prof. Dr. José Maximiliano Henrique Sandoval (*in memoriam*), por ter ensinado o lado prazeroso de pesquisar com criatividade.

Às Prof.^{as} Dr.^{as} Mariza Silva Almeida, Sinara de Lima Souza e Climene Laura de Camargo pelas contribuições no Exame de Qualificação I.

Às Prof.^{as} Dr.^{as} Mariza Silva Almeida, Sinara de Lima Souza; Mirian Santos Paiva, Alba Benemérita Alves Vilela, Jeane Freitas de Oliveira e Ninalva Santos Andrade pelas contribuições no Exame de Qualificação II.

Às/aos adolescentes que aceitaram participar do estudo, tornando possível a realização deste trabalho.

Às colegas de curso pela convivência harmoniosa, em especial às companheiras do doutorado: Vanda Palmarella, Rita de Cassia Velozo, Margarete Olinda, Amália do Sacramento, Adriana Diniz, Adriana Braitt, Moelisa Queiroz, Silvia da Silva e Ana Lúcia Cordeiro e do mestrado: Andréa Lorena, Daniela, Leonildo, Chalana e Joise Magarão, pela relação próxima que desenvolvemos, pela troca de experiências e por todas as angústias que pudemos dividir juntas.

Às amigas Andiará e Fátima por todo apoio e palavra de incentivo, pessoas iluminadas que Deus colocou no meu caminho.

Às colegas do Grupo de Pesquisa pela convivência harmoniosa, pela troca de experiências e pela força nos momentos de dificuldade.

À Vanda Palmarella, colega e amiga de caminhada, a sua companhia, força e incentivo nos momentos de desânimo fez a diferença.

Às amigas Zul, Jô e Zêda pelos companheirismo, incentivo, cuidado e apoio constantes, tornando a minha caminhada mais suave.

À prima Celeste por se lembrar de mim em suas orações e por tantas palavras de incentivo e apoio.

Às primas Lêda, Melha e Bel pelo apoio, carinho, incentivo e por acreditarem no meu potencial.

Ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, pela atenção e apoio nesta caminhada.

À Professora Mestre Eloina Santana pelo carinho, apoio e compartilhamento de saberes nas atividades de Estágio Docência e Tirocínio.

A Jules Ramon Teixeira, primo, amigo por toda força, apoio e contribuições durante todo esse processo de construção.

Ao grande amigo Pe. Marcos por toda força, incentivo, orações e apoio nas horas de desânimo.

À Prof.^a Dr.^a Vilara Mesquista, pelo apoio e disponibilidade em emprestar o material bibliográfico que muito contribuiu para a construção desta pesquisa.

A todas/os as/os servidoras/es da Escola de Enfermagem da UFBA, em especial a Márcia e Samuel, da secretaria da Pós-graduação, pela gentileza e solicitude com que sempre nos atendeu.

Às/aos colegas da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), pelo apoio e incentivo na realização do doutorado, em especial à Norma Magalhães pela gentileza de dar o seu nome para que eu fosse liberada.

À Prof.^a Dr.^a Marizete Argôlo Teixeira colega, amiga companheira de longas datas, obrigada por seu precioso apoio em todos os momentos e por ter se disponibilizado em me auxiliar na realização das oficinas e no empréstimo de material bibliográfico que muito contribuiu para a construção desta pesquisa.

Ao bolsista Adriano e à bolsista Ivana, do Projeto de Extensão “Vamos amamentar, mamãe?” pela valiosa colaboração nas oficinas.

À Prof.^a Dr.^a Ninalva Santos Andrade, pela sua disponibilidade em querer ajudar, seu incentivo foi muito importante para o meu crescimento pessoal.

À Adriele Sodré pelo carinho e palavras de incentivo.

À Alvanil S. Almeida Cunha, Diretora da DIREC 13, pela autorização para a coleta das informações.

À Rovelina Lima Macedo, Diretora do Colégio Modelo Luís Eduardo Magalhães, pelo apoio e autorização para a coleta das informações.

À Claudia Maria do Amaral, Diretora do Colégio Estadual Luis Viana Filho, pelo apoio e autorização para a coleta das informações.

As professoras do Colégio Estadual Luis Viana, Benildes e Iraci, colegas, amigas, companheiras pela disponibilidade e apoio.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB), pela concessão da bolsa de Doutorado.

Aos membros do Grupo de Oração Sagrada Família por todo apoio e orações.

A todos/as aqueles/as que de uma forma ou de outra torceram pelo meu crescimento o meu muito obrigado.

*“Quem tem sonhos tem esperança; quem tem esperança tem fé; quem tem fé tem Deus;
quem tem Deus tem tudo!” (Edmundo Lacerda)*

RESUMO

ARAÚJO, Rosália Teixeira de. **Demandas de saúde de adolescentes: construindo bases para o cuidado.** 2016. 179 f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

A demanda por cuidado à saúde pode ser entendida como o bem ou ação que a pessoa deseja receber do serviço de saúde. Na atenção a adolescentes vem sendo priorizadas aquelas consideradas problemas de saúde pública para as quais o Estado não conseguiu implementar ações efetivas. Assim, visando oferecer bases para implementação do cuidado em consonância com o que é valorizado por adolescentes e para avaliação de políticas públicas, esta pesquisa tem como objetivos: Conhecer demandas de cuidado à saúde oriundas da realidade problematizada por adolescentes de ambos os sexos e analisar as demandas para o cuidado de adolescentes sob o enfoque da integralidade. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa realizado com 21 adolescentes de ambos os sexos, com idade entre 16 e 19 anos, estudantes de duas escolas públicas de um município do interior baiano. Foram utilizadas as técnicas de oficinas e questionário para produzir os dados empíricos e para análise a técnica de análise de discurso. Foram respeitados os preceitos éticos contidos na Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os resultados revelaram que adolescentes valorizam a indissociabilidade entre corpo e mente, reconhecem que há carência de atenção à saúde mental e apontam transtornos psíquicos como resultantes de contextos de vida e de falta de atenção à saúde. Consideram a sexualidade como uma dimensão humana que demanda atenção na relação direta com a saúde sexual, com necessidade de orientações preventivas, com acompanhamento ginecológico, conhecimento das alterações biológicas do corpo, sexo com proteção às IST/HIV e gravidez não planejada. Percebe a sexualidade como um processo afetivo-sexual com prazer compartilhado, desmistificando o homem como ativo e a mulher como passiva. Valorizam a alimentação saudável como valor a ser incorporado; atividade física como geradora de prazer e bem-estar, distanciando-se do corpo como objeto de consumo; e uso e abuso de drogas como espaço de vulnerabilidade de adolescentes, todos demandantes de cuidados. Por fim, sustentam sua visão de saúde na promoção, na proteção da saúde e na necessidade de orientação livre de tabus e preconceitos. Suas demandas apresentam convergência parcial com o que vem sendo proposto nas políticas públicas, acrescidas do que lhes faz singular pela escuta da voz de quem as vivencia. Pela análise dos discursos verifica-se que há um vazio na interação profissionais da saúde com profissionais da educação e com a família para ações educativas por meio de diálogo efetivo. Nesse sentido, os serviços de saúde necessitam melhor se estruturar para atrair adolescentes, reconhecer singularidades e construir com o grupo condições para o atendimento de necessidades e demandas e reduzir vulnerabilidades dessa fase, por meio de profissionais capacitadas/os para o acolhimento e a responsabilização, buscando-se a integralidade do cuidado.

Palavras-chave: Cuidado a adolescentes; Demandas de saúde; Integralidade; Enfermagem.

ABSTRACT

ARAÚJO, Rosália Teixeira de. **The adolescent health demands: building foundations for care.** 2016. 179 sheets. Thesis (PhD). Nursing School, Federal University of Bahia, Salvador, 2016.

The health care demand can be seen as a good or action that the person wishes to receive from the health service. Attention to adolescents has been prioritized to those considered public health problems for which the State failed to implement effective actions. So, in order to offer bases for the implementation of care in line with what is valued by teenagers and the evaluation of public policies, this research aims to: meeting health care demands from reality problematized by adolescents of both genders and analyzing the demands for the care for adolescents under the gender approach and descriptive integrality. This is a study of a qualitative approach conducted with 21 adolescents of both sexes, aged between 16 and 19 years old; being two public school students from a city in the countryside of Bahia. There were used the techniques of reflection workshops and a questionnaire to produce empirical data for analysis and conducted the Discourse Analysis Technique. The ethical principles contained in Resolution 466/12, of the National Health Council were respected. The results revealed that teens appreciate the inseparability between body and mind, recognize that there is a shortage of mental health care and point to psychological disorders as a result of life contexts and lack of health care. They consider sexuality as a human dimension that demands attention in direct relation to sexual health, in need of preventive guidelines, gynecological monitoring, and knowledge about the biological changes of the body, sex with protection of STI / HIV and unplanned pregnancy. They perceive sexuality as an affective-sexual process with shared pleasure, demystifying man as active and women as passive. Value healthy eating as a value to be incorporated; physical activity as a generator of pleasure and well-being, away from the body as an object of consumption; and use and abuse of drugs as teenagers vulnerability of space, all plaintiffs of care. In conclusion, teenagers showed sustained vision in health promotion, health protection and the free orientation need to taboos and prejudices. Their demands have partial convergence with what is being proposed in public policies, plus what makes them unique by listening to the voice of those who experience it. By discourse analysis it is found that there is a void in professional interaction health with education professionals and family to educational activities through effective dialogue that sense, health services they need best be structured to attract teenagers, recognize singularities and build on the group conditions for the care of needs and demands and reduce vulnerabilities that stage, by trained professionals / them to the host and accountability, seeking to comprehensive care.

Descriptors: Care to Adolescents; Health Demands; Integrality; Nursing.

RESUMEN

ARAÚJO, Rosália Teixeira de. Demandas de salud de los adolescentes: la construcción de fundaciones para la atención. 2016. 179 hojas. Tesis (doctorado). *Escuela de Enfermería, Universidad Federal de Bahia*, Salvador, 2016.

La demanda de la atención médica puede ser vista como una buena acción que la persona desea recibir del servicio de salud. La atención a los adolescentes se ha priorizado los problemas de salud pública considerados que el Estado no logró implementar acciones efectivas. Así, que con el fin de ofrecer las bases para la implementación de la atención en línea con lo que se valora por los adolescentes y evaluación de las políticas públicas, esta investigación tiene como objetivo: satisfacer las demandas de atención de salud de la realidad problematizada por los adolescentes de ambos los sexos y analizar las demandas para la atención de adolescentes en el marco del enfoque de género y integralidad. Este es un estudio descriptivo con enfoque cualitativo, realizado con 21 adolescentes de ambos los sexos, con edades comprendidas entre 16 y 19 años, dos estudiantes de escuelas públicas de una ciudad en el interior del Estado de Bahía. Foram utilizadas las técnicas de talleres de reflexión y cuestionario para producir datos empíricos para el análisis y la técnica de análisis del discurso. Se respetaron los principios éticos contenidos en la Resolución 466/12, del Consejo Nacional de Salud. Los resultados revelaron que los adolescentes valoran la inseparabilidad entre el cuerpo y la mente, reconocen que hay una escasez de los trastornos psicológicos de atención de salud mental y de puntos como resultado de contextos de la vida y la falta de atención de la salud. Consideran la sexualidad como una dimensión humana que exige la atención en relación directa con la salud sexual, en la necesidad de pautas de prevención, vigilancia ginecológica, el conocimiento de los cambios biológicos del cuerpo, el sexo con protección de ITS / VIH y el embarazo no planificado. Percibir la sexualidad como un proceso afectivo-sexual con placer compartido, el hombre desmitificar tan activo y la mujer como pasiva. Valor de alimentación saludable como un valor que debe incorporarse; la actividad física como un generador de placer y bienestar, lejos del cuerpo como un objeto de consumo; y el uso y abuso de drogas en la adolescência, vulnerabilidad de espacio, todos los demandantes cuidados. En conclusio, los adolescentes mostraron la visión sostenida de promoción de la salud, la protección de la salud y la orientación necesitan estar libres de tabúes y prejuicios. Sus demandas tienen convergencia parcial con lo que se propone en las políticas públicas, además de lo que les hace únicos al escuchar la voz de aquellos que lo experimentan. Por el análisis del discurso se encuentra que hay un vacío en la salud de la interacción profesional con profesionales de la educación y la familia a las actividades educativas a través de un diálogo efectivo. En ese sentido, los servicios de salud que necesitan ser mejor estructurados para atraer a los adolescentes, reconocen las singularidades y construcción del grupo a condiciones para la atención de las necesidades y demandas y reducir las vulnerabilidades que escenifican, por profesionales capacitados / a la acogida y la rendición de cuentas, buscando una atención integral.

Descriptor: La Atención a los Adolescentes; Demandas de Salud; Integralidad; Enfermería.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Banner ilustrativo e faixa de boas vindas.....	54
Figura 2 – Material utilizado na dinâmica.....	54
Figura 3 – Cartaz confeccionado pelas/os adolescentes (Favorece a saúde).....	56
Figura 4 - Cartaz confeccionado pelas/os adolescentes (Prejudica a saúde).....	56
Figura 5 – Arrumação do local.....	57
Figura 6 – Exposição dos cartazes.....	57

LISTA DE SIGLAS

ASAJ: Área de Saúde do Adolescente e do Jovem

CAEE: Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CEBRID: Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas

CEP: Comitê de Ética e Pesquisa

CMDCA: Conselhos Municipais de Direitos da Criança e do Adolescente

CNS: Conselho Nacional de Saúde

COAP: Contrato Organizativo de Ação Pública

CONEP: Comitê Nacional de ética em Pesquisa

CONJUVE: Conselho Nacional de Juventude

CT: Câmara Temática

CT: Conselho Tutelar

DST/AIDS: Doenças Sexualmente Transmissíveis e Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

DIREC 13 - Diretoria Regional de Educação

ECA: Estatuto da Criança e do Adolescente

ESF: Estratégia Saúde da Família

FAPESB: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia

GA: Gravidez na Adolescência

GEM - Grupo de estudos sobre a saúde da mulher.

HIV: Human Immunodeficiency Virus

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IHA - Índice de Homicídios na Adolescência

ISSN: International Standard Serial Number

IST/AIDS: Infecções Sexualmente Transmissíveis e Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

MS: Ministério da Saúde

NRE: Núcleo Regional de Educação

OMS: Organização Mundial de Saúde

PNAD: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio

PNAISAJ: Política Nacional de Atenção à Saúde Integral de Adolescentes e Jovens

PNPS: Política Nacional de Promoção da Saúde

PPGENF: Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

PROSAD: Programa de Saúde da Criança e do Adolescente

PSA: Programa Academia da Saúde

PSE - Programa Saúde na Escola

PSF: Programa de Saúde da Família

QV: Qualidade de Vida

REEUSP: Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

SENAD: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

SUS: Sistema Único de Saúde

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TALE - Termo de Assentimento Livre e Esclarecido

UESB: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

UFBA: Universidade Federal da Bahia

UNIFESP: Universidade Federal de São Paulo

USP: Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
2 REVISÃO DE LITERATURA	24
2.1 Adolescência uma fase em transição	25
2.2 Demandas e necessidades de saúde de adolescentes	30
2.3 Políticas Públicas de Atenção à Saúde do Adolescente	35
3 METODOLOGIA	44
3.1 Integralidade como categoria analítica	45
3.2 Tipo de Estudo	48
3.3 Participante do Estudo	48
3.4 Campo de Investigação	49
3.5 Princípios éticos	51
3.6 Técnicas de produção do material empírico	53
3.7 Análise do material empírico	60
4 RESULTADOS – ARTIGOS	62
4.1 – Saúde mental como dimensão para o cuidado de adolescentes	63
4.2 – Sexualidade e saúde sexual: interseção de demandas para o cuidado	83
4.3 – Estilo de vida como demandante de cuidado à saúde de adolescentes	113
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	135
REFERÊNCIAS	140
APÊNDICES	159
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	160
APÊNDICE B – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido	163
APÊNDICE C – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido	165
APÊNDICE D – Roteiro da 1ª Oficina	168

APÊNDICE E – Roteiro da 2ª Oficina	170
APÊNDICE F – Questionário	172
ANEXOS	173
ANEXO A - Parecer Consubstanciado CEP	174
ANEXO B - Autorização Diretora da DIREC 13	177
ANEXO C - Autorização Colégio Modelo Luiz Eduardo Magalhães	178
ANEXO D – Autorização Colégio Estadual Luiz Viana	179

1 INTRODUÇÃO

A saúde das/os adolescentes vem representando um desafio tanto para gestoras/es como para profissionais de saúde, cuja atuação deve se dar por meio de ações multidisciplinares com implementação de metodologias eficazes. As dificuldades enfrentadas pelos serviços, especialmente na rede de atenção básica, são entraves para a efetivação da atenção integral à saúde desse grupo populacional destacando-se falta de profissionais capacitadas/os para o atendimento a adolescentes, ausência de uma demanda organizada, além da limitação de recursos materiais e financeiros voltados para o desenvolvimento das ações (RAPOSO, 2009).

Entre as demandas valorizadas para a atenção à saúde de adolescentes, o Ministério da Saúde vem priorizando aquelas que se tornaram problemas de saúde pública e dão visibilidade a questões sociais e familiares para as quais o Estado não conseguiu implementar ações efetivas. Alguns temas merecem destaque, tendo em vista sua peculiaridade na adolescência.

No que diz respeito às experiências sexuais, adolescentes, quase sempre as iniciam sem proteção às IST/HIV e à gravidez. Sem conhecer o corpo e como lidar com suas necessidades e desejos, além das dificuldades de acesso à informação adequada e aos métodos contraceptivos, adolescentes comumente não aderem ao seu uso e quando os utilizam é de modo irregular e muitas vezes sem acompanhamento pelo serviço de saúde (COELHO, 2001).

Quanto à gravidez na adolescência, essa traz consigo contextos de vida quase sempre em condições desfavoráveis à informação e ao acesso a métodos contraceptivos, acrescido de subjetividade que expressa à naturalização da maternidade antecipada por razões diversas: vontade da adolescente a partir de um plano idealizado de ter uma/um filha/o; prender o namorado; sair da escola ou da casa do pai e/ou da mãe; dar mais sentido a uma vida vazia ou por causa do desejo de querer se sentir mais mulher (BELO; SILVA, 2004).

Outro importante aspecto que demanda cuidados é a crescente contaminação de adolescentes pelo vírus HIV. Embora a faixa etária mais incidente, em ambos os sexos, seja de 25 a 49 anos de idade, a faixa etária de 13 a 19 anos é a única, em que as mulheres possuem soropositividade para o HIV mais elevada. Em relação às/aos jovens, os dados apontam que, embora tenham conhecimento sobre prevenção da aids e outras infecções sexualmente transmissíveis, há tendência de crescimento do HIV (BRASIL, 2013).

Atrelada a essa questão, na atualidade, é alvo de ações efetivas o uso de substâncias psicoativas, que se encontra associado ao aumento dos índices de violência, suicídio, acidentes de trânsito, gravidez não planejada, IST/HIV, abandono da escola, problemas com a justiça, o que interfere na saúde e na perspectiva socialmente defendida para a juventude (ALBERNAZ; PASSOS, 2001).

É também preocupante o aumento do número de homicídios entre jovens. O Índice de Homicídios na Adolescência (IHA), indicador que foi elaborado para medir as mortes de adolescentes entre 12 e 18 anos em 267 cidades do Brasil mostra que os homicídios representam 46% de todas as causas de morte dos cidadãos brasileiros nessa faixa etária (UNICEF, 2012). Os meninos entre 12 a 18 anos têm quase 12 vezes mais probabilidade de ser assassinados do que as meninas. Com relação à raça, adolescentes negros tem quase três vezes mais chance de morrer assassinados do que os brancos (UNICEF, 2012).

Na atualidade, os homicídios de jovens representam uma questão nacional de saúde pública e uma violação aos direitos humanos, traduzindo em sofrimento de muitas mães, pais, irmãos e comunidades. A violência impede que muitos jovens brasileiros usufruam dos avanços sociais e econômicos alcançados na última década e revela um inesgotável potencial de talentos perdidos para o desenvolvimento do País (WAISELFISZ, 2013).

Amarante e Soares (2009) consideram que as políticas públicas de saúde voltadas à adolescência e à juventude estão aquém do que é estabelecido nos documentos que garantem a saúde dessa população. Afirmam que isso ocorre talvez pelo fato de as políticas públicas dirigidas a adolescentes, serem criadas de forma verticalizada, sem a sua participação e sem o devido conhecimento das demandas específicas de saúde do grupo.

Nos serviços há carência de ações de prevenção e promoção da saúde que incentivem a discussão sobre temáticas e questionamentos quanto ao seu cotidiano e que muitas vezes acabam sem respostas. A prática profissional é realizada na maioria das vezes sem conhecimento sobre as necessidades de saúde das/os jovens, o que gera insegurança para trabalhar com essa população. Amarante (2007) constatou em pesquisa que trabalhadoras/es da saúde mesmo tendo participado de alguma capacitação para trabalhar com adolescentes se sentem despreparadas/os para realizar alguma atividade, pois acreditam que a capacitação não foi suficiente para o aprimoramento de algumas práticas específicas (AMARANTE; SOARES, 2009).

Pesquisa realizada por Ferrari, Thomson e Melchior (2006) intitulada “Atenção à saúde dos adolescentes: percepção dos médicos e das enfermeiras das equipes da saúde da

família” mostrou que profissionais que trabalham com adolescentes referem dificuldade e pouco embasamento sobre a adolescência e necessidade de cursos de formação/capacitação. Foi observado ainda que as/os profissionais emitem julgamentos de valor, o que poderá criar barreiras na relação e interação com essas/es usuárias/os.

Referindo-se à prática da enfermagem, Ferreira et al (2000) consideram que as ações voltadas para adolescentes não podem estar desvinculadas das ações globais nem podem desconsiderar os aspectos políticos, sociais e econômicos que envolvem a questão saúde, pois é uma questão de cidadania reconhecer o direito da saúde na adolescência e envidar esforços para sua promoção, proteção e recuperação.

As Unidades de Saúde se limitam a responder a demandas pontuais de jovens, como distribuição de camisinha, anticoncepcional, atestado de saúde e teste de gravidez. A implementação de atividades voltadas para adolescentes concorre com a demanda de usuárias/os portadoras/es de doenças crônicas e transmissíveis, além das crianças e gestantes dos programas municipais de saúde estabelecidos, que devem ser cumpridos (AMARANTE; SOARES, 2009).

Conhecer as demandas e necessidades de saúde de adolescentes, pessoas na faixa etária entre 10 e 19 anos (WHO, 2004), constitui um importante passo para potencializar o planejamento de ações educativas, a monitorização e a avaliação das intervenções e serviços destinados à sua saúde. Tais ações podem favorecer o bem-estar, diminuindo o risco de doenças e incapacidades específicas, o que resultará em uma melhor qualidade de vida através da promoção da saúde.

A demanda por cuidado à saúde pode ser entendida como o bem ou o serviço que a pessoa deseja consumir, cujo atendimento poderá produzir o máximo de satisfação, é considerada irregular e imprevisível, tendo em vista que comumente usuárias/os não sabem quando e com que frequência vão necessitar de cuidados, nem se suas buscas resultarão em vínculos com o serviço. Para efetivação de um vínculo entre usuária/o e profissionais há necessidade de confiança no relacionamento entre eles (IUNES, 2002).

A/O adolescente que procura uma unidade de saúde está em busca de profissional capaz de ouvir suas demandas. Deseja ser acolhida/o, orientada/o, compreendida/o e, para isso, deve se sentir confiante de que está segura/o e bem amparada/o, o que requer uma atenção orientada pela integralidade. Todavia, na maior parte das vezes, esse grupo populacional se sente envergonhada/o, temendo ser repreendida/o e intimidada/o por profissionais que transformam a procura por um serviço de saúde em um ato difícil, permeado

por mitos e tabus, o que requer coragem de adolescentes para buscar os serviços (SILVA; RANÑA, 2006).

O Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD) foi criado com os objetivos de promover a saúde integral do adolescente, favorecendo o processo geral de seu crescimento e desenvolvimento, buscando reduzir a morbimortalidade e os desajustes individuais e sociais; Normatizar as ações consideradas nas áreas prioritárias; Estimular e apoiar a implantação e/ou implementação dos Programas Estaduais e Municipais, na perspectiva de assegurar ao adolescente um atendimento adequado às suas características, respeitando as particularidades regionais e realidade local; Promover e apoiar estudos e pesquisas multicêntricas relativas a adolescência; Contribuir com as atividades intra e interinstitucional, nos âmbitos governamentais e não governamentais, visando a formulação de uma política nacional para a adolescência e juventude, a ser desenvolvida nos níveis Federal, Estadual e Municipal.

Contudo, tais objetivos efetivamente, não foram alcançados, refletindo na baixa procura da atenção básica por adolescentes, que também pode estar associada a pouca oferta de serviços que lhes atraíam. A dificuldade de captação de jovens levou ao lançamento do Programa Saúde na Escola (PSE), instituído em 2007 como política intersetorial do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, com o objetivo de reforçar promoção da saúde das/os estudantes brasileiras/os e construir uma cultura de paz nas escolas (BRASIL, 2008). O PSE visa contribuir para a formação integral de jovens mediante a implementação de ações de promoção e de proteção da saúde, prevenção de doenças e agravos, reduzindo vulnerabilidades (BRASIL, 2009a).

Na perspectiva da integralidade do cuidado, para prestar uma assistência que atenda às demandas de saúde das/os adolescentes, é preciso estar disponível para a escuta, o diálogo e a compreensão do contexto socioemocional em que a pessoa está inserida. Integralidade é uma palavra que possui múltiplos sentidos, incluindo entre eles o direito universal ao atendimento das necessidades de saúde, resolutividade nas ações e respostas abrangentes e adequadas valorizando a pessoa e sua cidadania (FONTOURA; MAYER; 2006).

Nesse sentido, para alcançar a efetividade de programas ou das ações de saúde dirigidas a qualquer grupo populacional, torna-se necessário conhecer as visões de mundo (crenças, valores, sentimentos) a respeito de realidades vivenciadas, considerando-se sua indivisibilidade como um ser biopsicosociocultural.

Particularizando o município de Jequié (BA), local em que exerço minhas atividades profissionais, possui uma população predominantemente jovem, 42,64% menores de 25 anos

(IBGE, 2012), além de contar com poucas/os profissionais atuantes nessa área, essas/es não estão capacitadas/os para trabalhar com esse grupo e o único serviço de saúde em que havia ações dirigidas a adolescentes por profissionais capacitados encerrou tais atividades.

A realidade do lugar em que atuo acrescida da minha experiência como docente da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), especificamente no setor de pré-natal me levou a afinidade com esse campo e a desenvolver pesquisas sobre gravidez na adolescência nos Cursos de Especialização e Mestrado, nas quais identifiquei sentimentos, significados e aprendizagens das adolescentes que frequentam os serviços de pré-natal da cidade de Jequié. Pude também identificar as dificuldades enfrentadas por esse grupo com relação à atividade sexual precoce, uso de drogas, violência física e sexual, quase sempre desassistidas/os em suas demandas, o que me lançou o desafio de ampliar o olhar para além da gravidez na adolescência.

Partindo de constatações da realidade empírica e respaldada na literatura científica, afirmamos que a atenção à saúde de adolescentes segue o modelo hegemônico que não dá visibilidade às suas especificidades. Assim, desenvolvemos esta pesquisa defendendo a tese de que a problematização da realidade de adolescentes é reveladora de singularidades, que expressam demandas de cuidado, requerem escuta sensível, prioridades na atenção à saúde e ressignificação de práticas profissionais para que se vislumbre a integralidade.

A pesquisa busca responder à seguinte questão:

- De que modo aspectos valorizados por adolescentes para o cuidado expressam demandas que requerem o alcance da singularidade buscada pela integralidade?

Para responder a esse questionamento, a presente investigação teve como objetivos:

- Conhecer demandas de cuidado à saúde oriundas da realidade problematizada por adolescentes de ambos os sexos.
- Analisar as demandas de cuidado de adolescentes sob o enfoque da integralidade.

Este estudo dará subsídios para a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da/o Adolescente e do Programa Saúde na Escola (PSE) e consequentemente instrumentalizará o redirecionamento de práticas profissionais orientado pela integralidade. Contribuirá também para ampliar o conhecimento sobre o cuidado a adolescentes, como ferramenta para o desenvolvimento do ensino, da pesquisa e da extensão na área da saúde, sobretudo na Enfermagem. Além disso, amplia o conhecimento nesse campo no GEM- Grupo

de estudos sobre a saúde da mulher.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ADOLESCÊNCIA UMA FASE DE TRANSIÇÃO

O Ministério da Saúde em consonância com a Organização Mundial da Saúde (OMS) define adolescência como o período da vida compreendido entre a faixa etária de 10 a 19 anos. É caracterizada por um conjunto de transformações físicas, psíquicas e sociais, sendo período de transição entre a infância e a fase adulta, que ocorre em meio a novas vivências e aprendizados (FRANÇOSO; MAURO, 2006).

Como uma categoria sociocultural, a adolescência vem sendo construída ao longo da história a partir de critérios múltiplos que abrangem tanto a dimensão biopsicológica, quanto à cronológica e à social. Na adolescência acontecem múltiplas mudanças que se refletem especialmente no físico, com intensificação do crescimento somático e do desenvolvimento de habilidades psicomotoras com atuação vigorosa dos hormônios levando a mudanças radicais de forma e de expressão (FERREIRA et al, 2007).

Neste contexto, Frota (2007) considera adolescência, como sendo o período da vida humana entre a puberdade e a idade adulta. É uma palavra que vem do latim *adolescencia* que significa adolecer. É habitualmente associada à puberdade, que é também derivada do latim *pubertas-atris*, relacionada ao conjunto de transformações fisiológicas ligadas à maturação sexual, que marcam a passagem progressiva da infância à adolescência.

Na puberdade inicia-se o crescimento dos pelos particularmente em axilas e região pubiana, resultante da ação hormonal, tanto nos meninos como nas meninas. Essas e outras modificações ocorrem a partir do desenvolvimento das gônadas, ou seja, dos testículos nos meninos e dos ovários nas meninas. Isto acontece por volta dos 12 aos 15 anos em média (LEAL; SILVA, 2014).

Sendo assim, a adolescência surge como elemento da interação entre os processos de desenvolvimento biológico e psicoemocional, relacionados às tendências socioeconômicas e dependente de normas e valores em culturas específicas (SAITO, 2014). Biologicamente tem seu início sinalizado pela alteração rápida do crescimento do esqueleto e pelo início do desenvolvimento sexual. Psicologicamente, seu início é sinalizado por uma aceleração do crescimento cognitivo e da formação da personalidade. Socialmente, é um período de preparação intensificada para o futuro papel de uma/um jovem adulta/o (SAITO, 2014).

A adolescência é também definida como uma etapa de crises. Crise de identidade, relacional, familiar, de autoestima e de busca de sentidos para a vida. Tendo como referência ser esse um período em que estão sempre presentes conflitos, dúvidas e inquietações. A crise

está relacionada às intensas modificações corporais, acompanhadas por desordens físicas, psíquicas e emocionais e por um conseqüente processo de reorganização (AZEVEDO, 2014).

Como nos períodos anteriores da vida, as características do crescimento e desenvolvimento físico do/a adolescente são influenciadas por fatores genéticos e ambientais. Desta forma, fica evidente que os fatores genéticos e os fatores ambientais contribuem muito para as variações que são observadas durante a puberdade, como idade da menarca, mudança da voz, aparecimento dos pelos, dentre outros. Com isso, consideramos importante que, desde o processo de formação, sejam oferecidas condições para que haja uma melhoria nutricional, principalmente nos primeiros anos de vida, permitindo dessa forma um crescimento e desenvolvimento saudável.

Embora seja um fenômeno igualmente universal, a adolescência tem características bastante peculiares, conforme o ambiente sociocultural. No passado era considerada apenas um breve interlúdio entre a dependência da infância e as responsabilidades da vida adulta. Era comum logo após a maturidade sexual acontecer à iniciação no mundo adulto, com trabalho, casamento e filhas/os. Na atualidade, esse processo ocorre de forma mais lenta especialmente nas classes média e alta, pois após a maturidade sexual tem mais tempo para estudar, preparar-se para a escolha de uma profissão e construir a sua identidade. Portanto, determinar seu início é uma tarefa complexa que não pode se apoiar apenas nos elementos psicológicos. (BORGES, 2009).

A cultura interfere na adolescência, pois no sentido antropológico, ou seja, na forma pela qual um grupo se estrutura e configura suas relações sociais, possibilita que a conduta humana torne mais previsível, sendo variável em cada sociedade. Aprendida de geração em geração permite que haja controle sobre a variabilidade das pessoas e com isso, deve-se considerar o comportamento das/os mais velhas/os contribuindo na personalidade das/os mais novas/os (SAITO, 2014). Portanto, a família possui um importante papel na socialização da/o adolescente, pois essa fase exige esforço para poder perceber os fatos da vida e os fenômenos próprios dos comportamentos humanos, que em nenhum outro momento da vida são tão marcantes (LAMANNO-ADAMO, 2014).

O relacionamento da/o adolescente com o ambiente e a família sofre alteração na tentativa de conseguir a independência, decorrentes da angústia subjacente que é expressa sob a forma de condutas provocativas e agressivas. Esse comportamento é manifestado pela ruptura seguida da constituição de suas aspirações de maneira diferente de seus familiares, o

que provoca sentimento de inferioridade e de revolta que a/o faz afastar momentaneamente do seu ambiente familiar (ASSUMPÇÃO JR, 2014).

Deve-se ponderar que a aceitação da maturidade intelectual e sexual é difícil tanto para pais e mães como para adolescentes, ocorrendo uma perda importante que oscila a própria imagem e a detenção do poder. Com a/o adolescente há a busca da identidade, o enfrentamento do mundo dos adultos, para o qual ainda não estão preparadas/os, devendo desprender-se do seu mundo infantil do qual ainda é dependente. Ocorrem nessa fase três lutos importantes: o luto pelo corpo infantil perdido, onde existem as transformações biológicas do corpo; o luto pela identidade infantil que a/o obriga a amadurecer, por meio da renúncia da sua dependência e aceitação de novas responsabilidades e o luto pelo pai e pela mãe da infância (SANTOS; ELIAS, 2001).

Desse modo, a adolescência estabelece transformações estruturais e renegociação de papéis nas famílias, que se modificam. A família deixa o papel de protetora e passa a ser responsável pela preparação para a entrada no universo das responsabilidades e dos compromissos do mundo adulto. O pai e a mãe devem ser flexíveis, permitindo às/aos adolescentes se aproximar e ser dependentes nos momentos em que não conseguem manejar sua vida sozinhas/os e se afastar e experimentar os desafios, com graus crescentes de independência, quando estão prontas/os. Isso deve acontecer com todos os membros da família (CRUZ, 2007).

Neste sentido, deve-se considerar que a adolescência é uma fase em que as alterações acontecem de forma rápida e desafiadora. Além da maturação física ocorre uma série de exigências psicossociais, como a busca de independência do pai e da mãe e de interação com seu grupo etário. Outro desafio dessa fase é lidar com a sexualidade, descobrir o amor; aprender a se proteger de uma gravidez ou de uma doença sexualmente transmissível (LOPES, 2006).

A sexualidade é uma experiência complexa que abrange aspectos culturais, sociais, históricos e políticos, além da dimensão biológica e psicológica. Portanto, não deve ser percebida como uma mera questão de instintos, impulsos e hormônios. A permanente tensão entre autonomia e tutela, que parece ser inerente à discussão da sexualidade adolescente, coloca em alguma medida em xeque a prerrogativa dos direitos sexuais, pois junto com a afirmação do lugar do/a adolescente como sujeito de direitos emergem questionamentos mais ou menos radicais acerca de sua real capacidade de resposta aos possíveis efeitos desta autonomia (LEITE, 2012).

Na adolescência, a exploração das fantasias e o seu uso são importantes para a existência e confiança sexuais posteriores. Nessa fase as fantasias e os sonhos sexuais se tornam mais comuns e muitas vezes complementam a masturbação. A tomada de decisões no âmbito da sexualidade reflete a preparação psicológica da/o adolescente favorecendo a formação de valores pessoais, raciocínio moral, medo das consequências negativas e do envolvimento de ligações românticas. Muitas vezes o sexo pode ser considerado uma forma de provar sua capacidade de tomar decisões e contestar os valores da família (LOPES, 2006).

Ao abordar sexualidade deve-se considerar que nos dias atuais ela vem sendo compreendida não apenas como proveniente do funcionamento biopsíquico das pessoas, mas como fruto de diferentes cenários. O destaque sobre cenários sociocultural se baseia no fato de que há características distintas entre homens e mulheres, no que se refere à vida sexual e na interconexão desta com a vida reprodutiva, resultante da combinação de fenômenos que acontecem nos corpos num processo de socialização de ambos. O que configura a estrita e inevitável ligação entre sexualidade e gênero (HEILBORN et al, 2006).

No Brasil, como já acontecia em muitos países, aconteceu mudança nos costumes sexuais das/os adolescentes no que concerne à temporalidade da sexualidade e de outras formas de relacionamento. O namoro embora continue com a característica de compromisso entre duas pessoas apaixonadas, o exercício das relações sexuais acontece tanto para os rapazes como para as moças. O namoro deixou de ser apenas uma etapa preparatória para a conjugalidade, passando a ser uma etapa de experimentação afetiva e sexual para elas/eles (HEILBORN; 2006).

Mesmo com as mudanças que aconteceram nos costumes sexuais no Brasil, em que a sexualidade feminina passou a ser aceita no período pré-conjugal, muitas famílias evitam conversar com suas/seus filhas/os acerca de assuntos que abordam a sexualidade. Nos ambientes social de discussão também não houve muita evolução, faltam diálogos sem hipocrisia e mais atentos às especificidades das tentativas de imposição das igrejas e até mesmo das escolas sobre esse tema (HEILBORN; 2006).

Mediante o poder de transformação que acreditamos que a comunicação possui Freire (2011; p.93) afirma:

[...] o diálogo é uma exigência existencial. E, se ele é o encontro em que se solidariza o refletir e o agir de seus sujeitos endereçados ao mundo a ser transformado e humanizado, não pode reduzir-se a um ato de depositar ideias de um sujeito no outro nem tampouco tornar-se simples troca de ideias [...].

O despertar da sexualidade na adolescência pode gerar ansiedades, tendo como resultado dificuldade de obter satisfação sexual e/ou resultar na ejaculação precoce, por ter pouca experiência em controlar o desejo. Outro aspecto são sentimentos homossexuais que, de um modo geral, são comuns nos anos iniciais da adolescência, deparando-se com tabus e preconceitos e silenciados pela falta de diálogo e confiança (TAQUETTE, 2008).

Adolescentes necessitam ser orientadas/os e estimuladas/os, por meio de programas específicos. Para isso, é importante que sociedade e profissionais estejam treinadas/os para aconselhamento sexual e abordar a sexualidade. Faz-se necessário, contudo, que essas/es busquem fazer uma revisão de seus valores individuais para que não se perpetuem mitos, crenças e preconceitos e que a educação sexual formal não seja instrumento de repressão, mas uma contribuição positiva para o desenvolvimento integral da/o adolescente.

Sendo assim, no processo de socialização faz-se necessário que a/o adolescente encontre pessoas capazes de lhes apoiar, pois a socialização é a maneira pelo qual o ser humano interioriza valores, crenças atitudes e normas de conduta que são próprias do seu grupo social, ou da sociedade formando assim a sua personalidade. Tal processo acontece durante toda a vida, em especial na adolescência, se constituindo em requisito essencial para que a/o adolescente se transforme em pessoa adulta madura (REATO; 2014).

Contribuíram para isso os diferentes meios de comunicação em massa que podem exercer influencia valiosa na formação da personalidade das/os adolescentes, pois através deles é possível desenvolver habilidades cognitivas, fornecer informações, expandir conhecimentos, estimular a proficiência no uso da tecnologia e a habilidade para trabalhar com jogos e programas de computador dentre outros (REATO; 2014).

O setor saúde pode contribuir também com o processo de discussão dos valores em prol de uma nova sociabilidade, sem o qual dificilmente terá êxito à prevenção dos problemas contemporâneos que afetam adolescentes e jovens que não se configuram como problemas de saúde instalados, mas que conseqüentemente poderá afetar sua saúde (SOARES; 2009).

Diante das transformações que vem acontecendo no mundo atual às instituições de formação estão necessitando rever o conjunto de valores que estão sendo foco de socialização das/os adolescentes e que são transmitidos diante da força do capital e de suas novas formas de reprodução. Esses valores estão dispostos com certo conjunto de problemas que está afetando a sociedade em geral e especialmente as/os jovens, como: consumo prejudicial de drogas, a gravidez precoce, problemas relacionados com a forma de alimentar (bulimia, anorexia), busca pelo corpo perfeito, através de cirurgias plásticas, frustração por não

conseguir ter os bens que estão na moda, certas formas de violência dirigidas às instituições formadoras em especial a escola (SOARES; 2009).

A integração entre os espaços de formação de adolescentes faz-se necessário, conforme Amarante e Soares (2009, p. 55) propõem:

O desenvolvimento de políticas públicas de saúde que viabilizem o direito à saúde dos adolescentes e dos jovens por meio de mecanismos de proteção social que respondam às necessidades das juventudes de diferentes classes sociais. Tal intento não pode ser realizado pela área da saúde isoladamente, mas deve estar integrado a outros setores da sociedade, incorporando as novas manifestações juvenis que procuram vocalizar suas necessidades em todos os espaços da vida social.

Desse modo, as políticas públicas de saúde voltadas para as/os adolescentes devem ser organizadas intersetorialmente, e implementadas interdisciplinarmente devido ao seu caráter multiprofissional.

2.2 DEMANDAS E NECESSIDADES DE SAÚDE DE ADOLESCENTES

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

A tendência de ver a adolescência como “um período de transição” tem favorecido a não priorização de necessidades dessa fase, com desrespeito aos direitos e alta exigência quanto aos deveres. Um novo enfoque sobre essa fase pressupõe valorização das/os adolescentes, com reconhecimento do seu potencial de contribuição, o que requer escuta de seus desejos, ideias e críticas (RUZANY, 2008). Tais mudanças pressupõem a abertura de espaços para que adolescentes vivenciem com liberdade seu processo de amadurecimento, que transcende os limites da família e envolve outras instituições, buscando participação ativa no ambiente social, cultural e político.

Portanto, incentivar as/os adolescentes a falar a respeito das suas necessidades pode ser uma das estratégias para se organizar as práticas de integralidade em saúde nos serviços públicos. Sendo assim, as ações de usuárias/os em busca de melhoria ou enfrentamento de

alguma necessidade sejam elas individuais ou coletivas devem ter atenção de profissionais e gestoras/es (LACERDA; VALLA, 2005).

Nessa perspectiva, o conceito de necessidade está intrinsecamente relacionado ao conceito de demanda. A necessidade é percebida pelo indivíduo, sendo um dos componentes da demanda, onde as pessoas reconhecem uma condição de saúde desfavorável que gera a busca por um serviço de saúde para que possam permanecer ou ficar tão saudáveis quanto seja possível (IUNES, 2002).

As demandas e necessidades de saúde são socialmente e coletivamente construídas e instituídas, o que as deixam constantemente sujeitas à transformação, mutação, reconstituição sem, contudo serem naturalizadas e padronizadas como protocolos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Sendo assim, falar em “reais necessidades de saúde da população” é uma maneira restrita de pensar e produzir o cuidado em saúde, pois essa expressão está relacionada à possibilidade de definição das verdadeiras necessidades de saúde, que são construções produzidas dinamicamente na sociedade. Deve-se considerar que os diferentes sujeitos produzem de forma multivariada o que são demandas e necessidades de saúde (LUZ, 2006; CAMARGO JUNIOR, 2010; BRASIL, 2011). Para Cecílio (2006, p. 115),

As necessidades de saúde [...] podem ser a busca de uma algum tipo de resposta para as más condições de vida que a pessoa vive ou está vivendo (do desemprego à violência no lar), a procura de um vínculo efetivo com algum profissional, a necessidade de se ter maior autonomia no modo de andar a vida, ou, mesmo, de ter acesso a alguma tecnologia de saúde disponível, capaz de melhorar e prolongar sua vida. Está tudo ali, na “cestinha de necessidades”, precisando ser, de alguma forma, escutado, traduzido, pela equipe.

De acordo com Gomes, Pinheiro e Guizardi (2010), a demanda deve ser construída através da interação dos/as profissionais que atuam nos serviços e a população alvo que vai à busca do seu auxílio para a resolução das suas necessidades de saúde e de vida. Contudo, profissionais, serviços e instituições de saúde costumam priorizar as ações contidas em protocolos de adesão e tratamento específicos de determinadas enfermidades, priorizando o modelo biomédico, onde a doença é o objeto e objetivo da assistência.

Dessa maneira, o acesso e acolhimento devem se articular e se complementar na implementação das práticas de cuidado nos serviços de saúde, na perspectiva da integralidade. Para se ter acesso a possibilidade da consecução do cuidado de acordo com as necessidades numa inter-relação com a resolubilidade dos problemas de saúde é necessário que se extrapole

as barreiras geográficas, abrangendo aspectos de ordem econômica, cultural e funcional na oferta dos serviços (SOUZA et al, 2008).

Reafirma-se que, mesmo sendo a adolescência uma fase de vida marcada por vulnerabilidade, a capacidade da/do adolescente decidir sobre situações de risco. Está relacionada a questões individuais e coletivas, tais como fatores familiares, culturais, sociais, políticos, econômicos e biológicos. Tais fatores podem aumentar sobremaneira o grau de vulnerabilidade de adolescentes frente às diferentes situações e problemas vivenciados. Em contrapartida, é necessário que tenham discernimento sobre os determinantes e condicionantes dos fenômenos da saúde, bem como sobre as ações de saúde voltadas para a prevenção e controle dos agravos advindos desses fatores (BRASIL, 2005a; VIEIRA et al, 2011).

Segundo Salomão (2007), é importante, também, uma melhor compreensão das demandas processadas nos serviços de saúde, que torne a perspectiva de acolhimento, responsabilização na prática profissional, bem como projeção de um melhor cuidado no atendimento de adolescentes, possivelmente apreendendo as necessidades das/os adolescentes, base para a planificação da assistência.

A/O usuária/o, ao adentrar num serviço de saúde, conecta-se a por meio de uma rede intrincada de fluxos por onde transitam ofertas, demandas, desejos, realizações de expectativas, satisfação de necessidades, podendo nessa comunicação se estruturar a relação de cuidado ou descuidado. A construção da demanda se dá através da percepção da/o usuária/o sobre o que é ofertado por esse serviço e nem sempre é objetiva, tendo em vista que ela se forma a partir de um campo simbólico presente no imaginário da/o adolescente sobre o que o serviço tem a lhe oferecer na sua estrutura de cuidado para resolver a sua necessidade (FRANCO; MERHY, 2010). Segundo o Ministério da Saúde o acolhimento e o fortalecimento do vínculo assumem importante papel na adesão de adolescentes aos serviços de saúde, já que:

O que é necessidade de saúde para ele, podendo apresentá-la enquanto demanda ao serviço de saúde. E é importante que a demanda apresentada pelo usuário seja acolhida, escutada, problematizada, reconhecida como legítima. Às vezes, há coincidência da demanda e do olhar técnico-profissional. No entanto, quando isso não acontece, é necessário um esforço de diálogo e compreensão, sem o qual são produzidos ruídos que se materializam, por exemplo, em queixas, reclamações, retornos repetidos, busca por outros serviços (BRASIL, 2011 p. 20).

Em se tratando de adolescentes, dentre as necessidades diante do serviço encontra-se a carência de ações de prevenção e promoção da saúde que incentivem a discussão sobre

temáticas e questionamentos contidos no seu cotidiano e que muitas vezes acabam sem respostas. Nesse sentido, devem-se valorizar demandas que focalizem as questões determinantes para o sucesso dessas ações e identificar aquelas que aumentam o grau de vulnerabilidade das/os adolescentes frente aos riscos, tais como: questões de gênero e sua relação com a raça/etnia e classe social; condições de vida e saúde; acesso ou não à informação; acesso à educação formal, aos serviços de saúde, ao desenvolvimento vocacional e às oportunidades de trabalho, entre outras (BRASIL, 2005b; VIEIRA et al, 2011).

É importante ressaltar que o governo federal, no intuito de reconhecer as demandas e construir políticas públicas voltadas para as/os adolescentes, prioriza questões relativas ao controle das infecções sexualmente transmissíveis (IST), saúde reprodutiva, redução de mortalidade por acidentes e violência, controle do tabagismo e alcoolismo (IPEA, 2008). Entretanto, os elementos vulnerabilizantes à saúde de adolescentes, ainda não são devidamente priorizados, evidenciando-se apenas a prática de controle dos fatores que impõem risco ao seu desenvolvimento vital (ARECO et al, 2011).

Neste sentido, deve-se levar em consideração que as situações vulnerabilizantes se expressam de diferentes maneiras. Frequentemente, adolescentes não preveem consequências ao se expor a comportamentos de risco característicos da fase que estão vivenciando, os quais podem culminar em IST, especialmente quando estão expostas/os a múltipla parceria sexual, uso irregular de preservativo, consumo de bebida alcoólica e drogas ilícitas (MURPHY et al, 2001).

Sobre o consumo das substâncias psicoativas, geralmente seu início ocorre na adolescência e é considerado um grave problema de saúde pública. Nessa fase, segundo Malbergier, Cardoso e Amaral (2012, p. 678),

Tem sido associado a problemas escolares (faltas, repetência, evasão escolar e dificuldade de aprendizagem), aos sociais (relacionamentos com outros usuários e envolvimento em atividades ilegais), às características de personalidade (intolerância à frustração, desinibição, agressividade e impulsividade), aos transtornos psiquiátricos e a problemas familiares.

Destarte, a oferta de atenção pelos serviços de saúde devem extrapolar as questões relacionadas às doenças (sejam elas de ordem física, mental ou psicológica). A rede de saúde deve priorizar o cotidiano da/o adolescente e sua inserção no mundo atual, enquanto sujeito ativo, pensante, capaz de tomar suas próprias decisões e escolher quais caminhos lhes serão mais adequados para satisfação das suas necessidades.

Ao planejar a atenção para o atendimento de demandas de saúde de adolescentes devem-se considerar suas múltiplas dimensões por equipe multiprofissional e perspectiva interdisciplinar, envolvendo os diferentes aspectos que interagem no cotidiano das/os adolescentes e no contexto em que estão inseridas/os, procurando adaptar os conteúdos desses programas às diferentes modalidades de demandas individuais e coletivas. O cuidado direcionado à saúde de adolescentes deve englobar todas as vertentes geradas pelo adolescer: psicológica, biológico e social (REIS et al, 2012).

Comumente adolescentes buscam um serviço de saúde por demanda espontânea. Por conseguinte, é primordial que profissionais de saúde proporcionem um atendimento de qualidade, capaz de promover acolhimento, geração e fortalecimento de vínculo o que será determinante para o reconhecimento da atenção básica como porta de entrada para resolução das suas necessidades de saúde (ROCHA et al, 2012).

Os serviços e instituições de saúde são corresponsáveis pela baixa adesão por parte das/os jovens. Acredita-se que essa baixa procura esteja associada a uma oferta diminuta e não sincronizada de demandas específicas para essa população, sendo que estes dois fatores estão associados à maneira como os serviços estão sendo ofertados (FERRARI; THOMSON; MELCHIOR, 2006). Conforme o Ministério da Saúde,

Organizar-se a partir do acolhimento dos usuários exige que a equipe reflita sobre o conjunto de ofertas que ela tem apresentado para lidar com as necessidades de saúde da população, pois são todas as ofertas que devem estar à disposição para serem agenciadas, quando necessário, na realização da escuta qualificada da demanda (BRASIL, 2011 p. 22).

Portanto, a adesão de adolescentes aos serviços de saúde vai depender, dentre outros fatores, da relação entre oferta e demanda. A oferta de serviços de saúde é alusiva à disponibilidade, tipo e quantidade de serviços e recursos (financeiros, humanos e tecnológicos) destinados à atenção à saúde da/o usuária/o, sendo influenciada pela localização geográfica, pela cultura local das/os profissionais que realizam esses serviços e pela ideologia que orienta a organização dos serviços. Já a demanda concerne à atitude do indivíduo de procurar esses serviços ofertados, obter acesso e se beneficiar com o atendimento recebido (TRAVASSOS et al, 2000; PINHEIRO, 2006).

Na relação entre oferta e demanda com a necessidade das/os usuárias/os, nem sempre a demanda será expressão de necessidade por um serviço ofertado. Às vezes, a demanda está relacionada à procura sem necessidade, pois está na dependência do desconhecimento das pessoas daquilo de que precisam; que às vezes são males assintomáticos, pela desinformação

sobre a existência de uma provável solução para os seus problemas, pela falta de condições financeiras em pagar pelos serviços (quando o serviço é privado), pela ausência de oferta dos serviços desejados (ARRUDA, 1998; PINHEIRO, 2006).

Referindo-se a adolescentes, Ruzany (2008, 21-22) afirma que:

Muitas vezes, os problemas de saúde do adolescente, aos quais os profissionais desta área devem estar atentos durante o atendimento, decorrem de suas dificuldades socioeconômicas, tais como pobreza, privações, falta de moradia, ausência da família, ausência de um sistema educacional adequado, falta de capacitação laboral, falta de emprego, violência, entre outros. Não obstante, vale enfatizar que as necessidades imediatas de amor, comida, abrigo, segurança, desenvolvimento do raciocínio lógico e dos valores morais são responsabilidades de toda a sociedade: família, escola e comunidade.

Dessa maneira, o planejamento do cuidado em saúde, para atender a essas necessidades, deve envolver a preparação dos serviços de saúde na atenção básica, para lidar com elas, os quais devem possibilitar meios de construção da autonomia dessas/es, inserindo-as/os nos momentos da produção do cuidado, com vistas a identificar os diferentes significados atribuídos a seus modos de vida, saúde e sofrimento, o que pode revelar o potencial transformador das práticas de saúde vigentes (MORAES; BERTOLOZZI; HINO, 2011).

2.3 POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA/O ADOLESCENTE

As políticas públicas no Brasil são instituídas pelo Estado como resposta a demandas requisitadas pela sociedade, numa tentativa de manifestar o compromisso público em atuar numa determinada área em longo prazo. Apesar dessa afirmativa, verifica-se que as/os adolescentes, como grupo populacional mais vulnerável, não estão recebendo a prioridade na formulação dessas demandas e de políticas públicas, as quais tem se traduzido em intervenções pontuais, compensatórias e assistencialistas, de alcance geralmente limitado (CARVALHO; ALMEIDA, 2003; SILVA; FERRIANI; SILVA, 2012).

Associado a isto, grande parte da população adolescente no Brasil se encontra em situação de risco pessoal e social, apresentando necessidades múltiplas e complexas, cujo atendimento exige intervenção de programas e políticas de atenção à saúde (PESSALACIA; MENEZES; MASSUIA, 2010).

Podemos constatar que as políticas de saúde instituídas no Brasil não têm abrangido as necessidades integrais e heterogeneidades da adolescência. O maior desafio é construir e implementar ações efetivas e eficientes que contemplem a atenção equitativa para a juventude, a intersetorialidade e a transdisciplinaridade na estrutura do cuidado. A participação efetiva das/os jovens na concepção, formulação, acompanhamento e avaliação das práticas e políticas públicas, num enfoque integral e interdisciplinar é indispensável e necessária para efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS) e fortalecimento da adesão e do vínculo entre adolescentes, serviços de saúde e profissionais que neles atuam (PAIXÃO; DESLANDES, 2010; HORTA; SENA, 2010; TEIXEIRA; SILVA; TEIXEIRA, 2013).

De acordo com Areco et al (2011) o desenvolvimento de legislações para a criança e a/o adolescente, no contexto nacional, acontece em consonância com a evolução dos debates internacionais. Essa legislação teve início com a Declaração de Genebra de 1924, passando pela Declaração Universal dos Direitos Humanos, em 1948, e por outros compromissos firmados mundialmente. A Convenção sobre os Direitos da Criança, documento firmado na Assembleia Geral das Nações Unidas, em 1989, e ratificado pelo Brasil em 1990 estabelece o reconhecimento da necessidade de atenção especial voltada às primeiras etapas da vida. Essa traz a compreensão de que seus beneficiários são sujeitos de direitos e que as políticas públicas devem ser ampliadas visando o seu desenvolvimento integral, condição que modifica consideravelmente o ideal de proteção e cidadania dessas pessoas.

Apenas no final do século XX, nos anos 90, as agendas do Brasil e do mundo passaram a priorizar políticas públicas para a juventude. A princípio foi concedido no nosso país o direito de cidadania a crianças e adolescentes por meio do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que passou a atribuir à família e ao Estado o dever e a responsabilização em proporcionar condições de desenvolvimento pleno e sadio a esse grupo populacional (TEIXEIRA; SILVA; TEIXEIRA, 2013).

Assim, há um déficit histórico com a adolescência, sendo importante reconhecer que:

Os jovens nos dias atuais enfrentam as mudanças estruturais do mercado de trabalho, o aumento da escolaridade, se engendram na malha social como atores que vivenciam mudanças na sexualidade, nos novos arranjos familiares, nas relações de gênero, nas diferenças de classe e raça, na urbanização intensa, na violência e, enfrentam, sobretudo, o débito acumulado das políticas públicas que, no Brasil, somente a partir da década de 90, iniciam um processo de revisão e atualização para esse grupo populacional (MACÊDO, 2010, p. 10).

O Programa Saúde do Adolescente (PROSAD) surgiu em nível Nacional desde 1989, tendo em vista a problemática concernente a esse grupo populacional e em cumprimento à Constituição. Esse programa foi oficializado pelo Ministério da Saúde que apresentou as bases programáticas, por meio da Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil, reconhecendo nas suas diretrizes e princípios de ações, a necessidade de uma compreensão mais aprofundada do ser adolescente.

O PROSAD foi pioneiro como política pública e social, dirigida a adolescentes entre 10 e 19 anos, com enfoque preventivo e educativo. Pauta-se no princípio da integralidade das ações de saúde, reforçando a perspectiva multidisciplinar da operacionalização das mesmas, além da integração intersetorial e interinstitucional dos órgãos envolvidos nesta operacionalização (BRASIL, 1996).

As ações básicas propostas pelo PROSAD estão centradas numa política de promoção da saúde, identificação dos grupos e fatores de risco, detecção precoce dos agravos, tratamento adequado e reabilitação. O planejamento e o desenvolvimento de práticas educativas e participativas devem permear todas as ações tentando assegurar que as/os adolescentes se apropriem de conhecimentos necessários para a melhoria e manutenção das suas condições de saúde e de vida (BRASIL, 1996).

As áreas prioritárias previstas no PROSAD conglomeram uma gama de ações de promoção da saúde, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação, que devem ser aplicadas em nível permanente, tendo como máximo objetivo a prevenção e controle dos agravos, bem como a melhoria dos níveis de saúde da população adolescente. Dentre essas atividades descreve-se: o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, a sexualidade, a saúde bucal, a saúde mental, a saúde reprodutiva, a saúde do escolar adolescente, a prevenção de acidentes, a abordagem da violência e maus tratos, a família, o trabalho, cultura, esporte e lazer (BRASIL, 1996).

Contudo, mesmo após duas décadas depois da implantação do PROSAD, a situação atual da saúde da/o adolescente no Brasil ainda representa um premente desafio a ser vencido e carente de atenção por parte das políticas públicas de saúde (OLIVEIRA et al, 2009).

Em 13 de julho de 1990 foi promulgada a Lei 8.069, que instituiu o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Apesar de ser uma lei com quase 23 anos de existência, poucas pessoas têm conhecimento do seu inteiro teor, fazendo com que a mesma deixe de ser cumprida. O ECA, juntamente com a Constituição Federal de 1988, reestruturaram o tratamento jurídico, político e social destinado à adolescência. As/os adolescentes passaram a ser

consideradas/os sujeitos dotados de direitos, com prioridade absoluta nas políticas públicas por estarem numa condição peculiar de desenvolvimento biopsicossocial e vulneráveis por conta dos seus comportamentos de risco (BRASIL, 2010a).

Conforme o ECA, o atendimento a adolescentes pelo serviço público deveria ser priorizado com a formulação, execução e recursos destinados às políticas públicas, de maneira interdisciplinar e intersetorial. Entretanto, o ECA tem se mostrado pouco eficaz na elaboração de políticas para a juventude em decorrência de não haver até hoje o devido reconhecimento e respeito aos direitos das/os jovens ou pelo fato das políticas serem descontínuas, fragilizadas e ineficazes (GONÇALVES; GARCIA, 2007; OLIVEIRA; MILNITSKY-SAPIRO, 2007).

O ECA estipulou a adoção de uma nova política de atendimento a adolescentes, mantendo a responsabilidade do governo na prestação e determinando que as decisões políticas fossem compartilhadas entre o Estado e a sociedade civil, culminando com a atuação dos Conselhos Gestores. Assim, a proteção dos interesses da população infanto-juvenil passou a contar com a parceria dos Conselhos Municipais de Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA) e Conselhos Tutelares (CT), órgãos comprometidos com o processo de tomada de decisão em relação às políticas públicas voltadas à satisfação dos interesses infanto-juvenis (OLIVEIRA et al, 2011).

Na direção do que está proposto para a cidadania das/os adolescentes, foi criado em 1994 o Programa Casa do Adolescente. Trata-se de espaços de vivência e convivência de adolescentes, também conhecidos como Casa-Lar, que estimulam a participação social dos mesmos. Têm como objetivo construir um espaço educativo e formativo para adolescentes que queiram participar voluntariamente, em horário em que não estudam, de oficinas pedagógicas sobre temáticas que lhes sejam importantes, quais sejam: saúde, sexualidade, meio ambiente, cidadania, direitos humanos e prevenção das DST/ aids (GRILLO et al, 2011).

Algumas dessas Casas caracterizam-se como um serviço de acolhimento provisório oferecido em unidades residenciais, onde ao menos uma pessoa ou casal trabalha como educador/cuidador residente numa casa que não é a sua. Essas Casas prestam cuidados a crianças e adolescentes que estejam afastados do convívio familiar por meio de medidas protetivas de abrigo, dispostas no Art. 101 do ECA, em decorrência de abandono ou quando da impossibilidade das suas famílias ou responsáveis em cumprir sua função de cuidado e proteção, até que o retorno ao convívio familiar de origem ou família substituta seja viabilizado (BRASIL, 2009a).

Nesse sentido, deve ser estimulado o desenvolvimento de relações mais próximas do ambiente familiar, devendo para tanto, promover hábitos e atitudes de autonomia e de interação social com as pessoas da comunidade. Devendo para isso, ser construída uma residência privada, com supervisão técnica, localizada em áreas residenciais da cidade e com padrão socioeconômico da comunidade onde estiverem inseridas. Desse modo, é necessário ao serviço:

Organizar ambiente próximo de uma rotina familiar, proporcionar vínculo estável entre o educador/cuidador residente e as crianças e adolescentes atendidos, além de favorecer o convívio familiar e comunitário dos mesmos, bem como a utilização dos equipamentos e serviços disponíveis na comunidade local, devendo atender a todas as premissas do Estatuto da Criança e do Adolescente, especialmente no que diz respeito ao fortalecimento dos vínculos familiares e sociais, e oferecimento de oportunidades para a (re) inserção na família de origem ou substituta (BRASIL, 2009a p. 69).

A atenção à saúde das/os adolescentes, foi também valorizada quando da criação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, pelo Ministério da Saúde elegendo a Unidade Básica de Saúde (UBS) como local prioritário para a atenção básica. A saúde da/o adolescente passa a ser entendida no contexto da saúde da família, onde os riscos em saúde, a aparição de doenças e a obtenção e manutenção do bem-estar, estão socialmente determinados. A ESF, denominação posterior do PSF, teve suas ações baseadas nas políticas de saúde da criança e de adolescentes iniciadas a partir da década de 1980 no Brasil. Além dos desafios advindos do perfil sociodemográfico, político e epidemiológico atual do país, tem a missão de prosseguir às ações básicas de saúde, objetivando a melhoria da qualidade de vida e saúde de adolescentes (OLIVEIRA et al, 2009).

Para facilitar o desenvolvimento de políticas e Programas para adolescentes, em 1999 foi criada a Área de Saúde do Adolescente e do Jovem (ASAJ), que visa promover a atenção integral à saúde da população na faixa etária de 10 a 24 anos. A estratégia é organizar ou qualificar os serviços na rede do SUS, por meio da construção de parcerias com várias entidades e a pactuação de uma agenda política com estratégias e ações. Isso porque aspectos como gravidez na adolescência, infecções pelas IST/Aids, violência e doença mental necessitam de intervenções diretas e sistematizadas. Desde a criação da ASAJ, foram desenvolvidas atividades como fóruns, distribuição de material informativo, encontros e capacitação de multiplicadoras/es nos estados sobre saúde da/o adolescente e da/o jovem (BRASIL; 2002).

Dando continuidade às políticas da/do adolescente, em 2002 aconteceu a IV Conferência Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, na qual foram estabelecidas diretrizes no sentido de promover a efetiva implantação do ECA. Foram discutidas medidas de combate à violência contra crianças e adolescentes, da macroestrutura às relações interpessoais. Teve como proposta principal formular uma agenda contendo ações para enfrentar a violência contra essas populações, tendo em vista que crianças e adolescentes são as primeiras e maiores vítimas (BRASIL, 2010b).

Como constructo da IV Conferência foi estabelecido o Pacto pela Paz, o qual se constitui do conjunto de nove eixos e dez compromissos, através dos quais as políticas e planos de ações passariam a ser desenvolvidos no Brasil. Desta forma, o Pacto pela Paz está intrinsecamente ligado à realidade das crianças e adolescentes brasileiras e às suas demandas (BRASIL, 2008).

Em 2005, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005a) lançou o Marco Legal da Saúde de Adolescentes, delimitando instrumentos legais para proteção aos direitos dessa população, visando garantir e fazer valer o seu direito fundamental à saúde. Nessa perspectiva, essa publicação descreve os principais documentos, nacionais e internacionais, que dispõem sobre os direitos das/os adolescentes à saúde e tem como objetivos,

Subsidiar os profissionais de saúde, gestores estaduais e municipais, órgãos e instituições que atuam na área da Saúde do Adolescente, de modo a fornecer elementos essenciais para o processo de tomada de decisões, para a elaboração de políticas públicas, para o atendimento nos serviços de saúde, de modo que os direitos dos adolescentes, principalmente, sejam amplamente divulgados e discutidos pela sociedade (BRASIL, 2005a p. 5).

Em outras palavras, o Marco legal traz em seu bojo as ferramentas necessárias para profissionais da saúde atuar de maneira instrumentalizada em prol da defesa dos direitos das/os adolescentes em todos os âmbitos em que se desenvolvem, aumentando a vigilância frente às situações de iniquidade e violação (BRASIL, 2005a).

Nesse mesmo ano, o Ministério da Saúde estabeleceu orientações para a organização de serviços no sentido de nortear a implantação e/ou a implementação de ações e serviços de saúde para atender às necessidades de adolescentes e jovens de forma integral, resolutiva e participativa. Essa medida objetivou garantir o acesso de adolescentes e jovens às ações de promoção à saúde, prevenção, atenção a agravos e doenças, além da reabilitação, obedecendo aos princípios organizativos e operacionais do SUS (BRASIL, 2005b).

Em 2006 o Conselho Nacional de Juventude (CONJUVE), criado pela Lei 11.129/2005 e regulamentado pelo Decreto Presidencial nº 5.490 de 14 de julho de 2005, publicou as diretrizes e perspectivas da Política Nacional da Juventude, destinada aos membros do poder público e da sociedade civil envolvidos com a temática juvenil. As diretrizes estabelecidas buscaram influenciar as políticas públicas governamentais ou não governamentais, por meio da sensibilização e das práticas de quem formula, valida, executa, avalia, reformula programas, ações e projetos voltados para a juventude (BRASIL, 2006a).

As diretrizes são constituídas de três Câmaras Temáticas (CT), criadas a partir da articulação de temas que contemplam três importantes dimensões da vida de jovens brasileiros, sendo a CT2 destinada a políticas e ações inerentes à Qualidade de Vida (QV). A CT2 contempla a necessidade de ampliar acessos imediatos e cotidianos dos e das jovens aos equipamentos adequados de saúde, esporte, lazer e à sustentabilidade socioambiental (BRASIL, 2006a). A atenção à saúde de jovens e adolescentes,

Deve ocorrer em articulação com as políticas já em desenvolvimento em âmbito nacional, tal como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens, a de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, Promoção da Saúde, de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência, a Política de Atenção ao Usuário de Álcool e outras Drogas. (BRASIL, 2006a p. 64).

Deve-se levar em consideração que é necessário o aprofundamento da integração intersetorial de ações de promoção à saúde e qualidade de vida voltada para adolescentes e jovens. Sendo assim, é de fundamental importância que as proposições já usuais, como a saúde e a educação, sejam fortalecidas para que aconteça, de fato, a efetivação, e com isso ocorra a melhoria da qualidade da assistência a essa clientela (BRASIL, 2006a).

Devido à dificuldade de captação das/os jovens, o governo lançou o Programa Saúde na Escola (PSE), instituído em 2007, pelo Decreto Presidencial nº 6.286. O PSE é uma política intersetorial do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, com o objetivo de reforçar a prevenção de agravos à saúde das/os estudantes brasileiras/os e construir uma cultura de paz nas escolas (BRASIL, 2008). O PSE contribui para a formação integral de estudantes jovens por meio da implementação de ações de promoção da qualidade de vida, proteção à saúde, prevenção de doenças e agravos à saúde, objetivando o combate às vulnerabilidades que afligem o desenvolvimento pleno de crianças, adolescentes e jovens da rede pública de ensino (BRASIL, 2009b).

Os principais objetivos do PSE são (BRASIL, 2009b p. 12-13):

I – Promover a saúde e a cultura de paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde; II – Articular as ações da rede pública de saúde com as ações da rede pública de Educação Básica, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis; III – Contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos; IV – Contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos; V – Fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar; VI – Promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes; VII – Fortalecer a participação comunitária nas políticas de Educação Básica e saúde, nos três níveis de governo.

O PSE especifica que a ESF constitui, juntamente com a educação básica, a estratégia ideal para a integração e articulação permanente entre políticas públicas e ações de educação e de saúde, com a participação efetiva da comunidade escolar. Essas ações de saúde devem considerar as atividades de promoção, prevenção e assistência à saúde e devem ser realizadas pela ESF em visitas periódicas e permanentes às escolas participantes do PSE para avaliar as condições de saúde das/os jovens, proporcionando atendimento à saúde no decorrer do ano letivo, de acordo com as necessidades locais de saúde identificadas e priorizadas (BRASIL, 2009b).

Quanto à Política Nacional de Atenção à Saúde Integral de Adolescentes e Jovens (PNAISAJ), iniciada em 2004 por meio de Oficinas Técnicas do Ministério da Saúde, as quais discutiram e definiram objetivos, diretrizes e estratégias que culminaram na elaboração, em 2010, das Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde. Essas Diretrizes norteiam ações, integradas às outras políticas sanitárias, ações e programas já existentes no SUS, relativas aos desafios enfrentados nas demandas de saúde dos jovens (BRASIL, 2010a).

A PNAISAJ visa incorporar a atenção à saúde de jovens e adolescentes à estrutura e mecanismos de gestão, à rede de atenção do SUS e às suas ações e rotinas em todos os seus níveis, direcionando as diversas ações, serviços e programas do setor Saúde, das três esferas de governo, conforme as diretrizes do SUS. Assim, objetiva promover a saúde desse grupo populacional, compreendendo seus comportamentos de risco, os quais são cruciais para o decorrer de toda a sua vida, pois repercutem sobremaneira no desenvolvimento integral da pessoa. Nessas faixas etárias a saúde está condicionada à promoção da participação juvenil no exercício da cidadania, principalmente no fortalecimento dos vínculos familiares e

comunitários, por intermédio de ações programáticas de educação em saúde, de prevenção e controle de agravos à saúde (BRASIL, 2010a). Deste modo, a PNAISAJ visa sensibilizar:

Gestores para uma visão holística do ser humano e para uma abordagem sistêmica das necessidades dessa população. Busca, ainda, apontar para a importância da construção de estratégias interfederativas e intersetoriais que contribuam para a modificação do quadro nacional de vulnerabilidade de adolescentes e de jovens, influenciando no desenvolvimento saudável desse grupo populacional (BRASIL, 2010a p. 11).

Nesse cenário, os programas e políticas públicas voltados para a saúde têm enfrentado dificuldades para integrar e interagir com ações e serviços de saúde do SUS e, dessa forma, garantir a cobertura adequada para a população de adolescentes e jovens. Portanto, o que se observa é a violação do direito à saúde desse grupo populacional, que se encontra constantemente submetido a situações de vulnerabilidade (RAPOSO, 2009).

Atualmente, a saúde das/os adolescente vem representando um desafio tanto para gestoras/es como para profissionais de saúde, os quais, por meio de atuação multidisciplinar, tentam implementar uma metodologia eficaz para o atendimento integral. As dificuldades enfrentadas pelos serviços de saúde, especialmente na rede de atenção básica, são entraves para a efetivação da atenção integral à saúde de adolescentes, destacando-se a ausência de profissionais capacitadas/os para o atendimento à/ao adolescente, a ausência de uma demanda organizada, além da ausência de recursos materiais e financeiros voltados para o desenvolvimento das ações (RAPOSO, 2009).

Considerou-se, portanto que as políticas de saúde voltadas para as/os adolescentes estão aquém do que é preconizado nos documentos que garantem a melhoria da qualidade de saúde das/os adolescentes. Porém, o nosso grande desafio enquanto profissionais de saúde é garantir que estas políticas públicas de saúde voltadas para adolescentes sejam de fato implementadas.

3 METODOLOGIA

3.1 INTEGRALIDADE COMO CATEGORIA ANALÍTICA

O Sistema Único de Saúde (SUS) criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis Nº 8.080/90 e nº 8.142/90, tem como principal objetivo superar a situação de desigualdade da assistência à saúde no Brasil com garantia de atendimento gratuito a qualquer pessoa. É um projeto que assume e consagra os princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde da população brasileira, o que implica conceber um processo de reforma do sistema de saúde capaz de garantir o acesso universal da população a bens e serviços que garantam sua saúde e bem-estar, de forma equitativa e integral (TEIXEIRA, 2011).

Dentre os princípios do SUS, a integralidade é o mais difícil de ser cumprido, pois o princípio da universalidade nos impulsiona a garantir a acessibilidade; o da equidade nos exige pactuar o que cada usuária/o necessita, respeitando a diversidade; mas a integralidade possui um desafio muito maior, pois busca saber o que pode ser realizado em saúde para responder singularmente às necessidades de cada pessoa (TEIXEIRA, 2011).

De acordo com Mattos (2009, p. 41):

Integralidade não é apenas uma diretriz do SUS definida constitucionalmente. Ela é uma “bandeira de luta”, parte de uma “imagem objetivo”, um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas por alguns (diria eu, por nós) desejáveis. Ela tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária.

No entanto, não podemos dizer que existe integralidade e equidade sem que haja a universalidade do acesso garantida. A integralidade e a equidade, enquanto objetivos da atenção em saúde, vão além do simples “consumo” ou entrada a determinados serviços e alcança o campo da(s) micropolítica(s) de saúde e suas articulações, fluxos e circuitos. Estes, por sua vez, configuram uma “macropolítica” de saúde que, por convenção, chamamos de “sistema de saúde” (CECILIO, 2009).

A integralidade pode ser considerada o caminho que vai modificando as pessoas e construindo algo melhor. Ela não aceita a redução do ser humano nem à doença associada apenas ao aspecto biológico. Desse modo, a integralidade busca um atendimento integral, com valorização do cuidado e do acolhimento. Sendo que, a assistência deve ser ampliada, transformadora, centrada na pessoa. (FONTOURA; MAYER; 2006).

Quando os serviços de saúde são organizados fundamentados no princípio da integralidade, busca-se ampliar as percepções das necessidades das pessoas e examinar a melhor forma de dar resposta a essas necessidades. Sendo que as necessidades de serviços assistências não se limitam ao atendimento oportuno do seu sofrimento, assim como não se limitam às necessidades de informação e de intervenções capazes de evitar um sofrimento futuro. As necessidades não se limitam aquelas apreensíveis por uma única disciplina, já que o princípio da integralidade implica em superar reducionismo. (MATTOS, 2009). O autor enfatiza ainda que também nas políticas, se dá o sentido da integralidade quando acontece uma visão mais ampliada daquelas/es que serão alvo das políticas de saúde.

Assim, integralidade tem o propósito de valorizar as múltiplas dimensões humanas envolvidas no processo de saúde e de adoecimento distanciando-se da tecnização como modelo e se preocupando com a restauração da vitalidade de pessoas ou de grupos populacionais (FONTOURA; MAYER; 2006).

A luta pela integralidade implica, necessariamente em repensar jeitos e formas importantes, vinculados à organização do processo de trabalho, à gestão, ao planejamento e a constituição de novos saberes e práticas de saúde (CECÍLIO, 2006). Sendo assim, a integralidade requer olhar atento, que possibilite apreender necessidades de pessoas em contextos específicos sem redução à doença que lhe provoca sofrimento (FONTOURA; MAYER; 2006).

Pode ser vista de acordo com três grandes sentidos, sendo o primeiro, a integralidade usada para designar atributos e valores de algumas práticas de saúde, o segundo, as formas de organizar os serviços de saúde, e o terceiro, características de certas políticas de saúde (MATTOS, 2010).

O sentido da integralidade, no que diz respeito às práticas de profissionais de saúde está voltado para o fato de que profissionais devem atender as pessoas como um todo, sem fragmentá-las. A organização dos serviços de saúde deve ocorrer de forma que possibilite ampliar e ao mesmo tempo responder às necessidades dos grupos. No que concerne às políticas de saúde o governo deve responder as demandas de saúde nos níveis de promoção, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação em todos os campos da atenção municipal, estadual ou federal (MATTOS, 2009).

Os sentidos e os benefícios que norteiam a integralidade ainda não ganharam a generalização nem a visibilidade necessárias para que houvesse uma transformação nas práticas profissionais, desde o atendimento na recepção à gestão do cuidado e dos serviços

(FONTOURA; MAYER; 2006). O cumprimento desse princípio objetiva contribuir para garantir a qualidade e a resolutividade da atenção à saúde, dotando-se as diversas fases da atenção, de relação de acolhimento e cuidado entre profissional de saúde e usuário/o (FONTOURA; MAYER; 2006).

Mattos (2009, p.61) enfatiza, que:

É possível reconhecer alguns traços de semelhança, algumas analogias, alguns fios de ligação que articulam todos esses sentidos. Quer tomemos a integralidade como princípio orientador das práticas, quer como princípio orientador da organização do trabalho, quer da organização das políticas, integralidade implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação da abertura para o diálogo.

Para que a integralidade seja alcançada, faz-se necessário que ela seja trabalhada em várias dimensões. Na primeira dimensão, que é a focalizada, a integralidade deve ser produto do empenho e da confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional, devendo ser trabalhada no espaço concreto de um serviço de saúde, seja em um centro de saúde ou em um hospital. No encontro da equipe com usuáries/os, deveria sempre prevalecer o compromisso e a preocupação de se fazer a melhor escuta possível das necessidades apresentadas pela pessoa que procura o serviço de saúde, apresentadas em alguma demanda específica (CECÍLIO, 2009).

A segunda dimensão é ampliada onde à integralidade da atenção como fruto da articulação dos serviços de saúde, seja um centro de saúde, hospital ou ambulatório de especialidades, ou seja, a integralidade pensada no macrossistema. A integralidade da atenção pensada em rede como objeto de reflexão e de prática da equipe de saúde, pois deve se ter em mente de que em um lugar só ela não acontecerá nunca (CECÍLIO, 2009).

A integralidade deve ser assumida como um eixo norteador de novas formas de agir social em saúde e em uma nova forma de gestão de cuidados nas instituições de saúde, possibilitando o aparecimento de experiências inovadoras na incorporação e desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais (PINHEIRO; LUZ, 2010).

Assim, integralidade se aplica ao objeto deste estudo na medida em que as demandas de adolescentes, uma vez expressas serão traduzidas pela escuta sensível, que respeita singularidades e abre caminhos para respostas a suas demandas.

3.2 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo e de natureza qualitativa que tem integralidade como categoria analítica. A pesquisa descritiva tem como objetivo principal “descrever as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis” (GIL, 2008.p.44).

Nesse tipo de pesquisa existe inicialmente o interesse da/o pesquisadora/or em conhecer a realidade, sem num primeiro momento interferir para modificá-la, o que denota uma contribuição indireta, pois esse tipo de pesquisa necessita que os dados sejam socializados permitindo à população pesquisada, conhecer a realidade em questão (GAIO, 2008).

Em relação ao método qualitativo Minayo (2010, p.57) afirma que este “se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam”.

A abordagem qualitativa do problema é uma opção do pesquisador e se justifica por ser uma maneira adequada para entender a natureza de um fenômeno social (RICHARDSON, 2010).

A pesquisa qualitativa possui como característica: objetivação do fenômeno; hierarquização das ações de descrever, compreender, explicar, precisão das relações entre o global e o local em determinado fenômeno; observância das desigualdades entre o mundo social e o mundo natural; consideração ao caráter interativo entre os objetivos buscados pelos pesquisadores, suas orientações teóricas e seus dados empíricos; procura de resultados mais verdadeiros possíveis; contradição ao pressuposto que defende um modelo único de pesquisa para todas as ciências (SILVEIRA; CÓRDOVA, 2009).

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Esta pesquisa teve como participantes 21 adolescentes de ambos os sexos, estudantes de duas escolas públicas da cidade de Jequié - BA. As escolas foram escolhidas por constituir campo de práticas para os cursos de saúde existentes na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB).

Pre vemos um limite máximo de 12 adolescentes por escola tendo em vista ser número compatível com oficinas, que constituíram a técnica de produção do material empírico. No entanto, mesmo encaminhando convite em uma das escolas apenas 09 dos adolescentes compareceram no momento da oficina.

Utilizamos como critérios de inclusão estar matriculada/o nas escolas públicas selecionadas para o estudo e ter entre 10 e 19 anos de idade.

Para a escolha das/os participantes, contamos com o apoio das/os professoras/es das instituições de ensino selecionadas para o estudo.

3.4 CAMPO DE INVESTIGAÇÃO

Esta pesquisa foi desenvolvida na cidade de Jequié, um município do estado da Bahia, que se insere na 13ª microrregião administrativa da Bahia e composta por 25 municípios. Jequié está localizada a 360 km de Salvador, na região sudoeste, na zona limítrofe entre a caatinga e a zona da mata. A cidade possui clima quente, é cercada de montanhas, há calor durante quase todo o ano e em dias de verão a temperatura pode chegar a 48°C. É ligada à capital do Estado pela BR 116 e ao Sul do Estado pela BR 330 e 101, com uma população estimada em torno de 151.895 habitantes (IBGE, 2010).

O município é rico em minério de ferro, por isso a cidade é muito quente durante o dia e fria durante a noite. Seu nome é originário da palavra *Jaquieh*, que na língua dos jês ou tapuias (índios) significava onça, valendo notar que o felino habitava a região. Deve-se salientar que algumas tribos tapuias, inclusive mongoiós e cotoxós, assimilaram elementos culturais do tupi, inclusive vocábulos, daí admitir-se também que o nome Jequié encontre raiz na palavra Jequi (sempre com je, como Jequitinhonha, Jequitaia, Jequitibá, etc.), denominação dado à cesta de apanhar peixe (ARAÚJO, 1997).

Jequié possui 29 instituições de ensino, assim distribuídas: Instituições de ensino público, Instituições de ensino privado, Instituições de ensino superior, Programas Socioeducativos e Profissionalizantes. Dentre as diversas instituições de ensino existente, optamos em realizar a coleta em dois colégios públicos estaduais denominados, Colégio 1 e Colégio 2.

COLÉGIO 1

O Colégio 1 é uma escola da rede pública estadual exclusiva de Ensino Médio Regular fundada em 2001. Tem 14 anos de funcionamento, estrutura física bem conservada, com todas as dependências pertinentes a uma escola considerada de porte especial, propiciando um ambiente prazeroso para o desenvolvimento das atividades. É classificada como Porte Especial, tendo em vista possuir mais de 1.200 alunas/os.

É considerada modelo por ter sido criada nos moldes de uma educação contemporânea desde a estrutura física, com diversas salas especiais: salas de línguas estrangeiras, laboratório de informática, sala de TV e vídeo, sala de videoconferência, laboratório de ciências. Possui 04 (quatro) pavimentos, 13 (treze) salas de aula, onde funcionam 20 (vinte) classes, sendo 13 (treze) classes no matutino, com 40 (quarenta) alunas/os por classe e 08 (oito) no vespertino, também com 40 (quarenta) alunas/os por classe. Atende a estudantes de todos os bairros da cidade e distritos, incluindo zonal rural, de todo o município, nos turnos matutino e vespertino.

A proposta de trabalho de acordo com a diretora, tem primado por um ensino de qualidade, com corpo docente formado por professoras/es habilitadas/os em sua área de ensino, sendo a maioria especialistas.

O Colégio possui uma prática pedagógica que é desenvolvida coerente com o contexto e a proposta político-pedagógica para o Ensino Médio, com prática educativa, orientada pela perspectiva da Escola Viva. Busca a construção do conhecimento reflexivo e sensível que forme estudantes críticas/os, criativas/os, colaboradoras/es e transformadoras/es, respeitando a si mesmo, às/aos outras/os e ao meio em que vivem, cientes de que o saber-fazer e o saber-ser são imprescindíveis à construção da cidadania.

COLÉGIO 2

O Colégio 2 foi fundado em 1970, é uma instituição pública, integrante do Sistema Estadual de Educação. É uma instituição de grande porte que oferece a educação básica nos seguintes níveis/modalidades de ensino: Ensino fundamental (sede) 6ª a 9ª série e ensino médio.

Situado em bairro de classe média, de fácil acesso, atende a estudantes de classe média/baixa provinda de bairros adjacentes. A instituição conta com um espaço físico amplo e moderno, projetado e construído para fins educacionais, equipado com tecnologias variadas

(computadores, data show, retro projetor, televisores, microsistema, livros, vídeos, DVDs) pertinentes ao trabalho pedagógico dispendo de dezessete salas de aula, auditório para cento e cinquenta pessoas, biblioteca, sala de mídia, laboratórios (Ciências, Informática, Música e Humanas), mecanografia, sala de coordenação pedagógica, sala de professores, diretoria, uma sala de vice-diretoria, um consultório de atendimento psicopedagógico, secretaria, sala do grêmio estudantil, sanitários femininos, masculinos e para portadores de necessidades especiais, cantina, refeitório, quadra poliesportiva, estacionamento.

O quadro docente efetivo é constituído de quarenta e três profissionais com formação superior, pós-graduação e alguns com mestrado nas disciplinas em que atuam. A unidade escolar possui também profissionais licenciadas/os e/ou formandas/os contratadas/os pela Secretaria da Educação para demanda.

O corpo diretivo e técnico pedagógico é constituído por profissionais com formação superior e pós-graduação na área específica de cada um com a seguinte composição: uma diretora geral, três vice-diretoras/es. O corpo técnico-pedagógico é constituído de uma coordenadora pedagógica e três articuladoras de área. O corpo administrativo é composto por três secretarias de nível médio e superior. Esse setor possui ainda, funcionárias/os efetivas/os e contratadas/os de nível médio e superior distribuídas/os pelos três turnos. O quadro de apoio é constituído de funcionárias/os do sistema Rede e terceirizadas/os e o serviço de vigilância é constituído por quatro profissionais contratadas/os pelo sistema de terceirização distribuídas/os nos turnos diurno e noturno.

3.5 PRINCÍPIOS ÉTICOS

Este estudo atendeu a todos os preceitos estabelecidos na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta normas e diretrizes para o desenvolvimento de pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012a).

Inicialmente elaboramos o projeto que foi submetido ao Exame de Qualificação I, após a qualificação fizemos os ajustes necessários. Encaminhamos ofício através da coordenação do Programa de Doutorado da Escola de Enfermagem da UFBA, solicitando anuência à Diretora da Diretoria Regional de Educação (DIREC 13), assim denominado à época, hoje Núcleo Regional de Educação (NRE 22), para realização da pesquisa nas duas escolas selecionadas.

Após realização dos ajustes e com o ofício autorizando a realização da pesquisa, submetemos o projeto à tramitação na Plataforma Brasil para análise e monitoramento do Sistema Comitê de Ética em Pesquisa e Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (CEP/CONEP). Após parecer favorável nº 655.873/2014, CAEE 27288414.2.0000.5531, realizamos uma visita às escolas, onde na oportunidade conversamos com as diretoras explicando a proposta do estudo, e juntas agendamos o dia em que aconteceria a primeira oficina para produção do material empírico.

Foi disponibilizado para menores de 18 anos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), em duas vias, para assinatura do pai, mãe ou responsável, além do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) (APÊNDICE B). Os adolescentes com 18 anos ou mais também receberam o TCLE (APÊNDICE C) em duas vias para que pudessem ler e assinar se concordassem em participar da pesquisa.

Seguindo as recomendações do CNS, o TCLE e o TALE teve linguagem clara para facilitar o entendimento das/os participantes, dados de identificação das/os responsáveis pela pesquisa, objetivos, justificativa, local onde a pesquisa foi realizada, os possíveis riscos e os prováveis benefícios; destacando ainda a garantia do sigilo quanto à identidade, a privacidade, a proteção da imagem, a não estigmatização das/os participantes e o anonimato das/os mesmas/os. Nos TCLE e TALE teve ainda descritos os contatos da pesquisadora para as situações em que a/o participante desista da pesquisa em qualquer de suas fases.

Ainda em atendimento a Resolução nº 466, do CNS, foi solicitada permissão para gravação das entrevistas, reprodução, e divulgação das informações coletadas. Como forma de preservar o anonimato utilizamos nomes de flores para caracterizar as/os participantes, além disso, foram explicitados todos os procedimentos utilizados caso ocorra alguma situação desconfortável durante a coleta de dados.

Ficou assegurado que as informações obtidas seriam utilizadas unicamente para o intuito proposto e que seriam guardadas durante cinco anos. Informamos também que toda pesquisa pode causar algum risco, no caso desta, algum desconforto. Todavia, foi garantido às/os participantes que se durante a coleta de informações, houvesse desconforto psicológico, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual, poderia desistir de participar da pesquisa e sua decisão seria imediatamente acatada sem nenhum prejuízo, dando-lhes o suporte necessário. Havendo algum dano decorrente da realização deste estudo, seria providenciada a devida reparação pelas responsáveis pela pesquisa, com assistência integral e encaminhamentos

necessários. Solicitado autorização para divulgação em revistas científicas e eventos científicos.

3.6 TÉCNICAS DE PRODUÇÃO DO MATERIAL EMPÍRICO

Utilizamos duas técnicas para produção do material empírico, oficinas (APÊNDICE D e APÊNDICE E) e questionário (APÊNDICE F), este complementar apenas para a temática sexualidade, pois os depoimentos coletados nas oficinas apontou necessidade de aprofundamento das informações. A opção pelo questionário se deu por este dispensar a presença da pesquisadora tornando mais fácil as/os adolescentes se sentirem à vontade para responder a questões em campo temático, que envolve questões íntimas.

Como o trabalho foi desenvolvido com adolescentes optamos por utilizar oficinas de reflexão como estratégia metodológica. Para Afonso (2006, p.11), oficinas constituem “um processo estruturado com grupos, independentemente do número de encontros, sendo focalizado em torno de uma questão central que o grupo se propõe a elaborar, em um contexto social”. A elaboração que se busca na oficina não se restringe a uma reflexão racional, mas envolve os sujeitos de maneira integral, suas formas de pensar, de sentir e agir (AFONSO, 2006).

Oficinas surgem como uma proposta de articular subjetividade, racionalidade, experiência pessoal e conhecimento e hoje são utilizada em diversas áreas como na psicologia, sociologia, enfermagem e em grupos autônomos de mulheres do movimento feminista, estas com princípios problematizadores (AMARAL; FONSECA, 2005).

As bases e a forma de organização das oficinas são originárias da pesquisa-ação, grupos operativos e pedagogia da autonomia. Sob bases feministas, as oficinas recebem diferentes denominações: Oficina de trabalho, Grupos de autoconsciência, Grupos de reflexão, oficinas de criatividade e sensibilidade, sendo desenvolvidas especialmente com o público feminino, adolescentes, profissionais de diferentes áreas, usuárias/os do serviço de saúde, dentre outros (AMARAL; FONSECA, 2005).

O desenvolvimento de uma oficina possibilita processos pedagógicos e terapêuticos. Porém, na pesquisa não existe o objetivo da ação terapêutica, mas se torna um espaço de transformação, na medida em que permite reflexão e socialização das experiências construindo-se conhecimento coletivamente. Afonso (2006) destaca que nas oficinas agrupam-se informação e reflexão relacionadas com os significados afetivos e as vivências

que o tema a ser discutido gera. Destaca também o caráter pedagógico da oficina, vez que as pessoas trocam informações, aprendem e ensinam umas as outras e assim, produzem conhecimento.

Ao participar de uma oficina as pessoas têm oportunidade de vivenciar situações concretas e significativas, fundamentado no tripé: sentir-pensar-agir, com objetivos pedagógicos. Sendo assim, a metodologia da oficina não pode ser algo fixo, pois une reflexão e ação. Ou seja, numa oficina a aprendizagem, construção e produção de conhecimentos teóricos e práticos, acontecem de forma ativa e reflexiva (PAVIANI; FONTANA, 2009).

No âmbito da pesquisa a oficina se destaca pela articulação entre duas dimensões básicas e indissociáveis da construção de conhecimento, articulações teórico-metodológicas e implicações ético-políticas (SPINK; MENEGON; MEDRADO, 2014).

A oficina constitui-se em método participativo de análise psicossocial, onde os processos devem ser estimulados, porém nunca induzidos e os resultados advêm do trabalho do grupo como rede de relações (AFONSO, 2002). Nesse sentido, optamos pela oficina de reflexão por considerar um procedimento dinâmico que possibilitou emergir e discutir sobre experiências de forma mais lúdica, buscando manter adolescentes estimuladas/os em participar da pesquisa.

Para a realização das oficinas foram obedecidos os seguintes passos: Apresentação e integração; desenvolvimento do tema; socialização das experiências; síntese; avaliação e descontração/relaxamento (PORTELA; GOUVEIA, 1998).

Para a realização das oficinas contamos com o apoio de uma docente com experiência de pesquisa e extensão, em que utiliza oficinas e outras técnicas de trabalhos grupais. Tivemos também o suporte de estudantes bolsistas de um projeto de extensão, em número de dois. Essa parceria teve importante papel na condução das atividades de produção do material empírico.

Nas oficinas, a coordenadora atuou como facilitadora, proporcionando um ambiente adequado que favorecesse as discussões para uma relação horizontal entre as/os participantes, conduzindo o processo, apreciando o material produzido, instigando a participação de todas/os e sintetizando o conteúdo apresentado, em que foram complementadas informações referentes ao tema quando necessário.

O segundo instrumento utilizado, questionário, é definido como uma técnica de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões que são apresentadas por escrito às pessoas, tendo por finalidade obter o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas dentre outros (GIL,

2008).

Essa técnica apresenta vantagens e desvantagens. Dentre as vantagens sobre as demais técnicas de coleta de dados tem destaque: a) permite abordar grande número de pessoas, mesmo que estejam espalhadas numa área geográfica muito ampla, já que o mesmo pode ser enviado pelo correio; b) possibilita menores gastos com pessoal, pois o questionário não exige o treinamento das/dos pesquisadoras/es; c) garante o anonimato das respostas; d) aceita que as pessoas o respondam no momento em que acharem mais apropriado; e) não expõe as/os pesquisadoras/es à influência das opiniões e do aspecto pessoal da/o entrevistada/o (GIL, 2008).

Como pontos negativos o autor supracitado refere que: a) elimina as pessoas que não sabem ler e escrever, o que, em certos casos, conduz a graves modificações nos resultados da pesquisa; b) impede a ajuda a/ao informante quando esta/este não entende corretamente as instruções ou perguntas; c) impede o conhecimento das situações em que foi respondido, o que pode ser importante na avaliação da qualidade das respostas; d) não garante que a maioria das pessoas devolvam-no preenchido e de forma correta, o que pode provocar a significativa diminuição da representatividade da amostra; e) abrange, geralmente, número relativamente pequeno de perguntas, porque é notório que questionários muito extensos podem não ser respondidos; f) proporciona resultados bastantes críticos em relação à objetividade, pois os itens podem ter significados diferentes para cada sujeito pesquisado (GIL, 2008).

3.6.1 ESTRUTURA E DESENVOLVIMENTO DAS OFICINAS

O auditório foi o local reservado para a realização das oficinas em ambos os colégios. O espaço foi arrumado colocando-se uma faixa de boas vindas; um cartaz com fotos de adolescentes; carteiras em círculo, sendo distribuídos sobre elas os classificadores contendo os termos de consentimento assinados.

Todo material empírico foi gravado e depois realizamos a transcrição na íntegra para que nenhum dado se perdesse. Atribuídos nomes fictícios de flores às/aos adolescentes com o intuito de assegurar o anonimato e sigilo, para facilitar a identificação do sexo colocamos a letra “F” para designar o sexo feminino e “M” para masculino. Com a finalidade de informar se o discurso foi proveniente de oficina usamos a letra “O” e “Q” para questionário.

1ª OFICINA

A primeira oficina denominada: “Eu adolescente e necessidades de saúde”. Inicialmente, reforçamos os objetivos da pesquisa já conhecidos no TCLE. E informamos que o objetivo daquela oficina era obter a concepção das/os adolescentes acerca do que é ter saúde, o que favorece. O que pode prejudicar a saúde e o que elas/eles consideram ser importante para receber atenção dos serviços de saúde.

No Colégio 1, participaram da primeira oficina 9 nove adolescentes sendo sete 7 do sexo feminino e 2 do sexo masculino e no Colégio 2 participaram 12 adolescentes, 7 do sexo feminino e 5 do sexo masculino. As/os participantes foram recepcionadas/os em cada Colégio com música e com a entrega de uma trufa com uma mensagem “*Seja bem vinda/o. A sua presença é muito importante!*”!

Figura 1



FONTE: Arquivo de pesquisa 2015

Figura 2



FONTE: Arquivo de pesquisa 2015

Após fazer acordo de convivência em que se pactuou respeito à fala da/o outra/o, sigilo, permanecer na sala durante os trabalhos e desligar celular, foi realizada a etapa de descontração, com dinâmica apropriada criando maior aproximação entre o grupo e as facilitadoras.

Assim, com o intuito de “quebrar o gelo” realizamos uma dinâmica denominada “Comandar e ser comandado/a”, com adaptações (LOPES et al, 2001). Essa dinâmica serve para favorecer as relações de confiança e solidariedade.

Solicitamos que ficassem em fila com as mãos nos ombros da pessoa à frente. A pessoa à frente iria comandar a fila, conduzindo-a pela sala, evitando os obstáculos lá colocados e as/os comandadas/os deveriam ficar com os olhos fechados. Quando a facilitadora batesse palmas, a/o que estava comandando deveria ir para o fim da fila, e assim

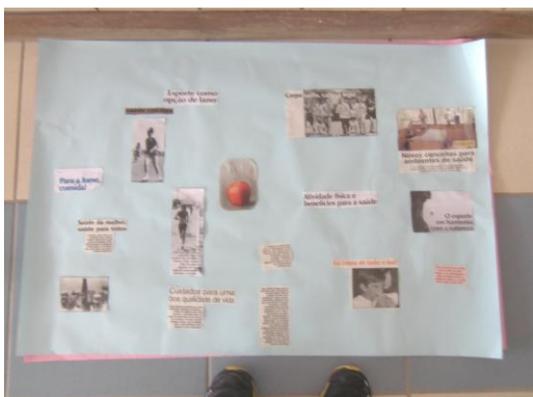
sucessivamente até que todas/os as/os tivessem passado pela experiência de comandantes e comandadas/os. Ao final, pedimos que falassem o que sentiram no momento de comandar e ser comandadas/os. Em ambos os colégios, umas/uns informaram se sentir confiantes por estar sendo guiadas/os; outras/os se sentiram inseguras/os; também afirmaram: *foi uma experiência horrível, tive medo, aflição, dificuldade em descer degrau, falta de confiança em quem estava guiando, mas quando estavam guiando era bom*. No final, comentamos sobre os sentimentos na relação com a dinâmica e com a vida.

Desenvolvimento do tema

Inicialmente solicitamos que pensassem o que é ter saúde, conversassem com as/os colegas e em seguida que buscassem nas revistas disponibilizadas para o grupo figuras que representassem ter saúde e figuras que mostrassem o que prejudica a saúde e necessidades de saúde de adolescentes. Algumas/uns, de modo mais individual, folhearam as revistas e em seguida fizeram recortes; outras/os conversaram entre si, depois folhearam as revistas e fizeram recortes.

Em seguida, realizaram a colagem das figuras formando dois painéis, um representando o que favorece a saúde e o outro o que prejudica a saúde. Após essa etapa foi iniciada a socialização da experiência com todo o grupo. Cada adolescente levantava e ia até os painéis descrever o que na visão dela/e representava ter saúde e o que prejudica a saúde, mostrando a figura que representava a sua fala. Na medida em que apresentavam as/os demais componentes, opinavam, complementavam e discutiam os temas apresentados.

Figura 3



FONTE: Arquivo de pesquisa 2015

Figura 4



FONTE: Arquivo de pesquisa 2015

Após intervalo para lanche que serviu também para descontração e maior aproximação do grupo com as facilitadoras, passamos à etapa de síntese, feita pela coordenadora em que foram resgatados os pontos-chaves valorizados pelo grupo. Foi também explicado que compunham um conjunto de temas que seriam organizados para constituir o que se buscava no objetivo da pesquisa, conhecer demandas para o cuidado.

Informamos que a avaliação da oficina era livre, mas gostaríamos que a sintetizassem escrevendo uma mensagem. Foi utilizada a dinâmica ‘balão na roda’ (LOPES et al, 2001). Distribuímos balões coloridos, papéis cortados em tamanho pequeno e lápis para cada adolescente e solicitamos que agora que estávamos finalizando, escrevessem uma mensagem para o grupo a seu gosto que representasse algo que pudesse expressar mensagem positiva a partir da oficina e que colocassem dentro do balão. Em seguida, pedimos que enchessem o balão dessem um nó na ponta e os jogassem para cima, buscando tocá-los, de maneira que todas/os pudessem tocá-los e nenhum caísse no chão. Caindo, jogariam para o alto novamente.

Ao encerrar a brincadeira, ao som de uma música relaxante, pedimos que cada adolescente pegasse um balão de cor diferente, estourasse e lesse a mensagem em voz alta.

Encerramos a oficina com o grupo motivado, sendo solicitado por alguns/mas a continuidade dos trabalhos enquanto nós falamos da importância daquele momento para nós e para a troca de experiências entre o grupo. Acordamos que voltaríamos para uma segunda oficina, de modo a avançar nos pontos que consideraram importantes.

2ª OFICINA

A segunda oficina que teve como título: “Adolescente e necessidade de saúde”. Realizada com o objetivo de resgatar os principais pontos levantados na primeira oficina e definir com o grupo o que consideravam importantes como demandas prioritárias para atenção à saúde. As/os adolescentes foram recepcionadas/os com música e chocolates com uma frase: “Sejam bem vindas/os. Sua colaboração está sendo muito preciosa”.

Figura 5

FONTE: Arquivo de pesquisa 2015

Figura 6

FONTE: Arquivo de pesquisa 2015

Inicialmente, reafirmamos o acordo de convivência e em seguida realizamos uma dinâmica de descontração que atende a dois momentos simultaneamente, descontração e desenvolvimento do tema. Assim, com o objetivo de quebrar o gelo inicial, promover a comunicação, criatividade e estimular as relações interpessoais e ampliar as demandas para as quais entendem precisar da atenção dos serviços de saúde, realizamos a “dinâmica do papel” (LOPES et al, 2001).

Pedimos que ficassem em círculo e em seguida distribuimos pedaço de papel e caneta para cada uma/um. Informamos que deveriam escrever qualquer pergunta que expressassem dúvidas que gostariam que fossem esclarecidas por nós durante aquela oficina. Após todas/os terem escrito as perguntas recolhemos os papéis, embaralhamos e voltamos a distribuir, desta vez pedimos que dessem resposta à pergunta do papel e caso tirassem a própria pergunta deveriam trocar.

Solicitamos que dobrassem o seu papel e passassem para a/o colega do lado direito. Após isto, pedimos que lessem a sua pergunta e entregasse a/ao colega do lado direito para que lesse sua própria pergunta e a resposta do lado esquerdo, e assim sucessivamente. Essa dinâmica possibilitou a descontração do grupo, pois causou muito riso com o tipo de perguntas e o desencontro de respostas. Comentamos a dinâmica com ênfase na necessidade de termos respostas claras e coerentes para nossas demandas sem entendimentos equivocados. Tivemos um momento para lhes dar as respostas e conhecemos mais curiosidades relacionadas aos objetivos que traçamos.

Na etapa de desenvolvimento, inicialmente distribuimos papel A4 e solicitamos que conversem com sua/seu colega ao lado sobre que necessidades de saúde adolescentes

apresentam e que não foram lembradas na primeira oficina nem apareceram nas nossas falas ao resgatar a anterior. Após conversarem deveriam registrar a resposta no papel que receberam.

Todavia, como várias questões diziam respeito à sexualidade, as respostas não foram seguidas de discussões mais amplas, o que nos fez escolher posteriormente aplicar um questionário para aprofundar o tema da sexualidade. O material empírico resultante da primeira e segunda oficina e das respostas ao questionário foi organizado em temas centrais, o que resultou nas subcategorias.

A avaliação da oficina foi realizada de forma livre pelo grupo. Estavam motivadas/os, algumas/uns solicitaram a continuidade dos trabalhos. Avaliaram as oficinas como momento de aprendizado, descontração, relatando satisfação e alegria de ter participado deste momento. Acordamos que estávamos felizes com a participação delas/es, agradecemos e nos colocamos à disposição para qualquer esclarecimento.

3.7 ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO

Para analisar os dados, utilizamos a técnica de análise de discurso, proposta por Fiorin (2003).

O discurso é uma posição social, cuja formação ideológica é materializada na linguagem (FIORIN, 2003). A análise de discurso possui a proposta básica de considerar primordial a relação da linguagem com a exterioridade. A exterioridade é entendida como as chamadas condições de produção do discurso que são: a/o falante, o ouvinte, o contexto da comunicação e o contexto histórico-social. Sendo que essas condições são representadas por formações imaginárias, como a imagem que a/o falante tem de si, a que tem da/o sua/eu ouvinte, dentre outros (ORLANDI, 2009).

A análise de discurso busca desfazer a ilusão de que o homem é o senhor absoluto de seu discurso, vez que os temas, figuras, valores, juízos dentre outros, emergem das visões de mundo existentes na formação social. Na análise do discurso, à medida que estuda os elementos discursivos, vai aparecendo por inferência a visão de mundo dos sujeitos inscritos nos discursos, em seguida, revela que é que determinou aquela visão nela revelada (FIORIN, 2003).

Na análise de discurso, como o próprio nome, valoriza o discurso embora a língua e a gramática sejam importantes na sua elaboração. O discurso significa a palavra em movimento,

prática de linguagem. A análise do discurso percebe a linguagem como forma de ligar as pessoas e a realidade natural (ORLANDI, 2000).

Assim, nos estudos discursivos não existe separação entre forma e conteúdo, buscando compreender a língua não só como uma estrutura, mas como um acontecimento. As palavras que usamos no nosso cotidiano chegam até nós cheias de sentidos, não existindo uma explicação de como se construíram, no entanto significam em nós e para nós (ORLANDI, 2000).

O processo de análise do material empírico por meio da técnica de análise de discurso obedeceu aos seguintes passos, conforme preconizado por Fiorin (2003):

1. Leitura de todo texto tentando localizar todas as recorrências, ou seja, as figuras (elementos concretos) e temas (elementos abstratos) que conduzem a um mesmo bloco de significação.
2. Os dados foram agrupados segundo os elementos significativos (figuras ou temas) que se somam ou se confirmam num mesmo plano de significado.
3. Foi realizada a apreensão dos temas centrais, os quais levaram à formulação das categorias empíricas.

4 RESULTADO – ARTIGOS

4.1 SAÚDE MENTAL COMO DIMENSÃO PARA O CUIDADO DE ADOLESCENTES

O artigo “Saúde mental como dimensão para o cuidado de adolescentes”, foi elaborado seguindo as instruções as/os autoras/es para publicação e apresentação as/os editoras/es do periódico *Texto & Contexto Enfermagem* da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, disponíveis no *link*: <http://www.scielo.br/revistas/tce/pinstruc.htm>, acessado em fevereiro de 2015.

Situação: Aprovado na pré-análise, encontra-se em avaliação.

“Saúde mental como dimensão para o cuidado de adolescentes”

Rosália Teixeira de Araújo

Edmeia de Almeida Cardoso Coelho

Correspondência Rosália Teixeira de Araújo

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/ Campus de Jequié Av. José Moreira Sobrinho,
s/n Jequiezinho, Jequié/BA CEP 45.206-190 rosluz@gmail.com

SAÚDE MENTAL COMO DIMENSÃO PARA O CUIDADO DE ADOLESCENTES¹
MENTAL HEALTH AS DIMENSION TO ADOLESCENTS' CARE
SALUD MENTAL COMO DIMENSIÓN PARA EL CUIDADO DE ADOLESCENTES

Rosália Teixeira de Araújo², Edmeia de Almeida Cardoso Coelho³

¹Trabalho extraído da tese: “**Demandas de saúde de adolescentes: construindo bases para o cuidado**” do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (PPGENF/UFBA). Salvador, Bahia, Brasil. Bolsa Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB).

²Doutoranda em Enfermagem PPGENF/UFBA, Mestre em Saúde Pública, Professora Assistente do Departamento de Saúde II da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Jequié, Bahia, Brasil. E-mail: rosluz@gmail.com

³Doutora em Enfermagem, Professora Adjunta da Escola de Enfermagem da UFBA. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: edmeiacoeelho@gmail.com

SAÚDE MENTAL COMO DIMENSÃO PARA O CUIDADO DE ADOLESCENTES¹ MENTAL HEALTH AS DIMENSION TO ADOLESCENTS' CARE

SALUD MENTAL COMO DIMENSIÓN PARA EL CUIDADO DE ADOLESCENTES

RESUMO: objetivou-se analisar demandas para o cuidado à de saúde mental de adolescentes na perspectiva da integralidade. Estudo descritivo com abordagem qualitativa realizado com 21 adolescentes de ambos os sexos, idade entre 16 e 19 anos, estudantes de duas escolas públicas de um município do interior baiano. Foram utilizadas oficinas como técnicas para produzir material empírico e análise de discurso como técnica de análise de dados. Os resultados revelaram que adolescentes valorizam a indissociabilidade entre corpo e mente, reconhecem carência de atenção à dimensão psicológica na rede de saúde e apontam transtornos psíquicos como resultantes de contextos de vida e de falta de atenção à saúde. Urge articulação da rede de educação e de saúde para implementação de políticas e de cuidado a adolescentes e o apoio da família. Há limites para a integralidade que pressupõe valorização de singularidades com benefícios à dimensão psicológica resultando em proteção à saúde mental de adolescentes.

Descritores: Saúde mental. Necessidades e demandas de serviços de saúde. Adolescente.

ABSTRACT: the objective of this study was to analyzing mental health demands of adolescents in the perspective of integrality. It is a descriptive study of a qualitative approach, conducted with 21 adolescents of both sexes aged between 16 and 19 years old, students from two public schools in a city of the interior of Bahia. Workshop of reflection was used as technique to produce empirical material and discourse analysis as a technique for data analysis. The results revealed that adolescents value the indissociability of body and mind, recognize lack of attention to the psychological dimension in the health care network and indicate psychiatric disorders as resulting from contexts of life and lack of attention to health. There is an urgent need of linking the network of education and health for implementation of policies and care for adolescents and the support of the family. There are limits to the completeness that requires recovery of singularities with benefits for the psychological dimension resulting in protection of the mental health of adolescents.

Descriptors: Mental health; The needs and demands of health services; Adolescent.

RESUMEN: el objetivo de este estudio fue analizar las demandas sobre la salud mental de los adolescentes en la perspectiva de integralidad. Estudio descriptivo con enfoque cualitativo realizado con 21 adolescentes de ambos los sexos, con edades comprendidas entre 16 y 19 años, estudiantes de dos escuelas públicas de una ciudad en el interior baiano. Fue utilizado taller de reflexión técnica para producir material empírico y análisis del discurso como técnica para análisis de los datos. Los resultados revelaron que los adolescentes valoran la inseparabilidad del cuerpo y la mente, reconocen falta de atención a la dimensión psicológica en la red de la atención a la salud e indican trastornos psiquiátricos como resultado de contextos de vida y falta de atención a la salud. Hay una necesidad urgente de enlaces entre la red de educación y salud para la ejecución de políticas y atención a los adolescentes y el apoyo de la familia. Hay límites a la integridad que requiere recuperación de singularidades con beneficios para dimensión psicológica cuyo resultado es la protección de la salud mental de los adolescentes.

Descriptorios: Salud mental; Las necesidades y demandas de servicios de salud; Adolescentes.

INTRODUÇÃO

A adolescência é um período de transição entre a infância e a idade adulta, consiste em uma fase evolutiva com características próprias e uma problemática específica. Apesar de a adolescência ser considerada o período sinalizado por um número menor de doenças físicas que a infância e na idade adulta, a/o adolescente apresenta muita fragilidade psíquica, o que pode comprometer todo o seu processo de desenvolvimento se não houver suporte da família¹.

Com a mudança global de valores, a saúde da/o adolescente pode ser prejudicada, pois é uma fase sensível a fatores que influenciam a sua transformação em pessoas adultas, Entre os fatores que afetam a saúde de adolescentes, ressaltam-se aqueles que podem afetar a saúde mental, a exemplo das violências física, psicológica e sexual sofridas no ambiente intrafamiliar, que constituem fator de maior gravidade e podem provocar psicopatologias, principalmente na fase inicial da adolescência².

São vários os fatores de risco que podem levar uma pessoa a desenvolver transtorno psíquico: abusos na infância, violência na família, na escola e na vizinhança, exclusão social e desvantagem educacional, família em que pai e/ou mãe apresenta transtorno psíquico, abuso de drogas, violência conjugal, exposição a alterações sociais e à angústia psicológica, que acompanham conflitos armados, desastres naturais e outras crises humanitárias³.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) cerca de 10 a 20% das crianças e adolescentes possuem transtorno psíquico em todo o mundo, sendo que metade delas começa a sofrê-las em torno dos 14 anos e três quartos até meados dos 20 anos. Ademais, depressão, alcoolismo, esquizofrenia e transtorno bipolar são as principais causas de incapacidade em adolescentes de todas as regiões do Brasil. Se não forem tratadas, poderão influenciar no desenvolvimento, nas realizações educacionais e no seu potencial para viver uma vida plena e produtiva⁴.

Reconhecendo os problemas enfrentados por adolescentes, o Ministério da Saúde criou em 1989 o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD) que se pauta no princípio da integralidade das ações de saúde, reforçando a perspectiva multidisciplinar da operacionalização das mesmas, além da integração intersetorial e interinstitucional dos órgãos envolvidos. As ações programáticas prioritizadas são acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, sexualidade, saúde bucal, saúde mental, saúde reprodutiva, saúde do escolar e prevenção de acidentes⁵.

No entanto, mesmo com o reconhecimento dos organismos nacionais e internacionais, as políticas públicas ainda não se efetivaram com estratégias que busquem estimular adolescentes a procurar a rede de atenção à saúde e, as iniciativas ligadas à saúde na rede de ensino, também, não têm conseguido promover mudanças expressivas nessa realidade.

Os serviços de saúde têm enfrentado dificuldades para efetivação da atenção integral à saúde de adolescentes, especialmente os da rede de atenção básica, contribuindo para tal realidade a ausência de profissionais capacitadas/os para o atendimento a esse grupo populacional, a ausência de uma demanda organizada em consonância com a estratégia da territorialidade voltada para o desenvolvimento de ações como: busca ativa, captação precoce de adolescentes grávidas, estratégias de trabalho com grupos de adolescentes na perspectiva do protagonismo juvenil⁶.

Diante das dificuldades de oferta de serviços voltados ao atendimento à saúde da/o adolescente, urge que a integralidade seja exercida no cotidiano da rede de atenção à saúde como fundamento de práticas de cuidado, materializando-se como princípio, direito e serviço de qualidade na atenção à saúde das/os adolescentes⁷.

Nossa prática de cuidado, como docente que desenvolve atividades em Unidades Básicas com crianças e adolescentes, reafirma as constatações de pesquisas no tocante às dificuldades profissionais em identificar demandas para o cuidado à saúde de adolescentes, sendo particularmente mais difícil planejar ações para aquelas demandas que beneficiariam mais diretamente à dimensão psicológica e saúde mental de adolescentes. Nesse sentido, a rede de atenção deve organizar-se para atender demandas de saúde da adolescência, nessas incluídas a promoção e proteção da saúde mental e o cuidado a adolescente com transtorno psíquico, com acolhimento e responsabilização.

Assim, conhecer as demandas de cuidado constitui um caminho para ações mais resolutivas das equipes multiprofissionais que atuam na rede de saúde e ensino. Para isso, torna-se necessário que tal problemática seja discutida no planejamento institucional e compartilhada entre gestoras/es e equipes multiprofissionais, possibilitando estabelecer prioridades e planejar ações que alcancem as demandas desse grupo, tanto no sistema de saúde, quanto no sistema educacional.

Para sua efetivação, a integralidade busca saber o que pode ser realizado em saúde para responder singularmente às necessidades de cada pessoa⁸. Assim, políticas que se orientam pela integralidade do cuidado devem oferecer uma escuta sensível, com garantia de informações que respeitem singularidades, de modo que as/os adolescentes tenham voz e

espaço para expor suas demandas. Essa compreensão orientou a pesquisa em que foram estudadas demandas de adolescentes para o cuidado à saúde, constatando-se que a saúde mental de adolescentes precisa ser priorizada pela rede de atenção. Divulgamos neste artigo resultados da pesquisa, com o objetivo de analisar demandas para o cuidado à saúde mental de adolescentes na perspectiva da integralidade.

MÉTODOS

Este artigo é um recorte da tese intitulada “Demandas de saúde de adolescentes: construindo bases para o cuidado”. A pesquisa é do tipo descritiva, com abordagem qualitativa, tendo a integralidade como categoria analítica.

A integralidade como definição legal e institucional é percebida como um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, podendo ser eles preventivos ou curativos, individuais ou coletivos, nos níveis de complexidade do sistema. Quando a sua construção ocorre como ato em saúde nas vivências cotidianas dos sujeitos nos serviços de saúde tem levado a experiências que promovem transformações na vida das pessoas⁹.

A integralidade tem fundamental importância na articulação entre a qualidade formal e política das práticas em saúde, valorizando as dimensões instrumental e expressiva do processo de cuidar¹⁰.

Participaram deste estudo 21 adolescentes de duas escolas públicas estaduais, de uma cidade do interior da Bahia, destes 7 do sexo masculino e 14 do sexo feminino; 15 adolescentes tinham 18 anos de idade, 4 tinham 17 anos e dois 16 anos; 12 cursavam o 3º ano do ensino médio e 9 cursavam o 2º ano; 17 se autodeclararam negras/os e 4 referiram raça/cor branca; 8 referiram ser de religião evangélica, 8 católicas/os e 5 não possuíam religião.

Escolhemos essas escolas por constituir campo de prática para os cursos de saúde existentes na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Estabelecemos previamente um limite de 12 adolescentes por escola, mas em uma das escolas apenas nove das/os adolescentes participaram das oficinas. Foram utilizados como critérios de inclusão: estar matriculada/o nas escolas públicas selecionadas para o estudo e ter entre 10 e 19 anos de idade.

Foram atendidos todos os preceitos éticos estabelecidos na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta normas e diretrizes para o desenvolvimento de pesquisa envolvendo seres humanos¹¹. Para tanto, o

projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, e somente após o parecer favorável nº 655.873, CAEE 27288414.2.0000.5531, a pesquisa foi iniciada.

Foi disponibilizado para os menores de 18 anos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias, para viabilizarem a assinatura do pai, mãe ou responsável. Os adolescentes com 18 anos ou mais também receberam o TCLE em duas vias para que o pudessem ler e assinar se concordassem em participar da pesquisa. Os adolescentes menores de 18 anos, além de devolver o TCLE assinado por responsáveis, também assinaram a Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE).

O material empírico foi produzido por meio de oficinas de reflexão. As oficinas constituem um espaço de construção coletiva do conhecimento, favorecendo a aproximação com a realidade objetiva e subjetiva dos sujeitos da pesquisa, suscitando reflexão e discussão sobre as suas experiências de vida¹².

As oficinas tiveram duração de duas horas. Foram obedecidos os seguintes passos para a realização das oficinas: apresentação e integração; desenvolvimento do tema; socialização das experiências; síntese; avaliação e descontração/relaxamento¹³. Na condução das oficinas foi estimulada e respeitada a autonomia e a criatividade das/os participantes.

A primeira oficina denominada: “Eu adolescente e necessidades de saúde”. Para o seu desenvolvimento pedimos que formassem pequenos grupos e conversassem entre si sobre *o que é ter saúde, o que favorece ou prejudica e quais as necessidades de saúde de adolescentes*. Após alguns minutos pedimos que buscassem em diferentes revistas disponibilizadas para o grupo figuras que retratassem o que haviam discutido. Na etapa de socialização das experiências, foi solicitado que falassem sobre sua escolha.

A segunda oficina que teve como título: “Adolescente e necessidade de saúde”. Teve como propósito resgatar e ampliar o trabalho desenvolvido na oficina anterior. Inicialmente distribuímos papel A4 e solicitamos que conversem com sua/seu colega ao lado sobre que necessidades de saúde adolescentes apresentam e que não foram lembradas na primeira oficina nem apareceram nas nossas falas ao resgatar a anterior. Após conversarem deveriam registrar a resposta no papel que receberam.

Os temas que emergiram focalizaram a saúde mental, a sexualidade e o estilo de vida como demandantes de cuidado. Foram objetos deste artigo as demandas relativas à saúde mental, que é fruto das duas oficinas.

O material empírico foi analisado por meio da técnica de análise de discurso segundo Fiorin (2003)¹⁴. Esse autor considera que o discurso são as combinações de elementos linguísticos, usados pelas pessoas com a finalidade de exprimir seus pensamentos, sendo uma posição social, na qual as representações ideológicas se materializam na linguagem. O texto é individual e se estrutura em níveis de abstração crescente.

Para análise do material empírico obedecemos aos seguintes passos: leitura de todo o texto buscando localizar as figuras (elementos concretos) e temas (elementos abstratos) que conduzem a um mesmo bloco de significação. Em seguida, realizamos o agrupamento das figuras ou temas significativos, que se configuravam num mesmo plano de significado. E, por fim, realizamos a apreensão dos temas centrais, os quais levaram à formulação das categorias empíricas¹⁴. Foi recortada para este artigo a categoria: **Saúde mental como dimensão para o cuidado de adolescentes**; que deu título a este artigo.

Todas as falas foram gravadas para posterior transcrição e análise. Para assegurar o anonimato e sigilo, foram atribuídos nomes fictícios de flores às/aos adolescentes, usamos a letra “F” para feminino e “M” para masculino.

Embora tenhamos trabalhando com 21 adolescentes, neste artigo estão apresentados depoimentos de sete adolescentes que valorizaram a saúde mental como demandante de cuidado à saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O olhar das/os adolescentes que participaram do estudo sobre demandas de saúde extrapola os padrões convencionais e alcança a crítica à visão reducionista, ainda hegemônica na saúde. A dimensão psicológica se sobrepõe à dimensão biológica, ao discutir sobre *ter saúde, o que a favorece ou a prejudica e quais as necessidades de saúde de adolescentes*. Referem-se à saúde como expressão da relação mente e corpo conforme se lê a seguir:

Uma opinião minha, hoje em dia as pessoas falam mais em relação à saúde em termo de corpo, fogem um pouco da mente, a questão do individualismo de não se preocupar com o outro (Amor-Perfeito, 18 anos, M, O).

O ser humano está cada vez mais distante de si e do outro (Colombino, 18 anos, M, O).

Busca preencher um vazio que lhe foi provocado ao separar-se de sua essência, daquilo que lhe é íntimo (Mimosa, 16 anos, F, O).

Nos discursos em análise, é revelada a preocupação com o individualismo e com o egoísmo que podem ter desdobramentos expressos pelo isolamento entre pessoas, gerando demandas de saúde. Nos depoimentos que seguem, as/os adolescentes expressam também a carência de atenção à dimensão psicológica do ser humano e a negação da sua multidimensionalidade:

Eu acho que a mente deveria ser tratada de uma maneira mais atenciosa (Dália rosa, 18 anos, F, O).

Falar de saúde é lembrar da pessoa com corpo físico, emocional, mental e espiritual (Tulipa, 17 anos, F, O).

No discurso de Acácia, a seguir, evidencia-se a visão de cuidado à dimensão psicológica desvinculada da atenção básica:

Acho que nos dias de hoje todo mundo tem problemas psicológicos, agora a condição não permite que todos tenham acompanhamento que precisam ter não é? Hoje psicologia é a profissão do futuro (Acácia, 18 anos, F, O).

Tal posição é originária da priorização de ações técnicas na rede de atenção, em que questões de ordem psicológica são subestimadas na valorização das demandas para o Sistema Único de Saúde (SUS). A adolescente se refere a essa a partir da identificação de problemas, que necessitam de especialistas, ao tempo em que subjaz a incorporação de que o cuidado dessa dimensão integra o sistema privado.

Ao reconhecer a associação entre saúde física e saúde psicológica, pela interligação entre o corpo e a mente, as/os adolescentes assumem que para o corpo funcionar bem é necessário que a mente também esteja bem e vice-versa. Consideram transtornos alimentares como demanda de saúde e como um problema que expressa a referida indissociabilidade entre corpo e mente. Ao realizarem em grupo técnica de colagem para representar situações que indicam distúrbios da mente, utilizaram a imagem de uma jovem anoréxica e afirmam:

Acho interessante porque a gente pensa que a saúde tá ligada ao corpo, né? Se o nosso corpo não vai bem, a saúde não vai bem, mas só que existe também o problema psicológico como anorexia, a saúde não é só ligada ao corpo em si, mas também a mente, [...] se a mente não vai bem, o corpo não vai funcionar direito (Cravo, 18 anos, M, O).

Aqui é uma pessoa com anorexia, ele já está magro, mas se vê gordo ao olhar no espelho (Columbino, 18 anos, M,O).

Eu acho que a mente é o princípio de tudo. Se a mente não vai bem nada corresponde, quando acontece um distúrbio na alimentação, ela tem um distúrbio na mente dela, ela tem ansiedade, então eu acho que a saúde psicológica é a principal, influencia a saúde de todo corpo (Alfazema, 18 anos, F, O).

A visão de saúde sofre influência do paradigma cartesiano que configura o modelo biomédico. Esse considera o corpo humano como uma máquina que pode ser analisada em termos de suas peças, sendo a doença vista como um mau funcionamento dos mecanismos biológicos, cabendo ao profissional da saúde intervir, física ou quimicamente, para consertar o defeito no funcionamento de um específico mecanismo enguiçado¹⁵.

A fragmentação que é explicitada nos discursos das/os adolescentes constitui obstáculo à integralidade. O distanciamento dos serviços de saúde da identificação de demandas que extrapolam o biológico constitui uma expressão do modelo de formação, ainda distante de preparar profissionais para a valorização da multidimensionalidade humana com suas interseções. Assim, na fragmentação do indivisível a integralidade não se concretiza e o modo como adolescentes expressam suas demandas impõe ao sistema de saúde reorganização de políticas e práticas.

Pensar a integralidade do cuidado, numa perspectiva de confiança no direito à saúde necessita o exercício de práticas cuidadoras, capazes de considerar a ação como fonte de teoria viva, recriadora de renovar experiências capazes de renovar as realidades e romper com processos históricos de fragmentação e reducionismos presentes nas políticas públicas de saúde¹⁶.

No entanto, hoje há consenso de que existe uma relação entre aspectos cognitivos, emocionais e manifestações somáticas, excluindo a possibilidade de uma completa separação funcional entre mente e corpo. Há unanimidade no reconhecimento de que processos emocionais são seguidos por alterações fisiológicas, confirmando a interligação entre mente e corpo¹⁷.

A anorexia, referida por adolescentes que participaram do estudo como problema que demanda cuidados à saúde física e mental, é considerada um dos transtornos alimentares de maior incidência na adolescência, e vem merecendo destaque clínico-social. Entre outras razões, também expressa frustrações do culto ao corpo comprometendo e originando demandas de cuidado à saúde física e mental. As/os adolescentes, neste estudo, assumem um lugar diferenciado, revelando a não incorporação da cultura massificada que submete, sobretudo, as mulheres às estratégias manipuladoras da indústria da beleza.

A anorexia nervosa é uma doença grave associada à alta mortalidade. A incidência é maior no sexo feminino e estudos de prevalência destacam uma necessidade não atendida premente para o tratamento. Embora haja evidências de que a anorexia com início na adolescência tem taxas relativamente altas de recuperação, a doença é muitas vezes prolongada, e mesmo após a recuperação do transtorno alimentar há uma vulnerabilidade em curso para futuros problemas psicossociais¹⁸.

Apesar de sua etiologia desconhecida, os transtornos alimentares podem ser considerados um distúrbio socioafetivo de caráter multifatorial, indicando associação a certos traços da personalidade, como o perfeccionismo e elevados níveis de autoexigência, que às vezes coexistem com baixa autoestima. Acomete predominantemente adolescentes e mulheres jovens, com uma prevalência média em relação ao sexo masculino de 10:1¹⁹.

Os transtornos alimentares sobrevêm especialmente no período puberal, momento em que as transformações no corpo são mais evidentes, quando aflora a sexualidade devido às modificações hormonais²⁰.

Na atualidade, ser magra constitui referência de corpo sedutor e desejado, alimentando expectativas de uma sociedade machista que transforma o corpo da mulher em objeto de consumo. Assim, questões de gênero perpassam problemas de saúde apresentados por meninas adolescentes nesse âmbito e, o modo como se percebem diante do espelho produz alterações na autoimagem e na autoestima segundo padrões de beleza internalizados. A mídia é a grande formadora de opinião pública e não atender ao modelo de corpo rotulado nas últimas décadas como ideal pode causar transtorno psicológico e físico em adolescentes.

Além disso, vivemos uma época em que a transitoriedade e a fragmentação são presentes nas relações familiares, parcerias amorosas, laços de amizade, vínculos de trabalho, servindo como modelo vazio e alienante para a inserção social da/o adolescente. A sociedade marcada pelo consumismo propicia que as pessoas elejam o consumo como elemento essencial para a sua vida. Com isso, estamos criando uma cultura baseada na imagem, no imediatismo e na pouca profundidade¹.

Outras/os adolescentes que participaram do nosso estudo referiram que os problemas psicológicos levam as pessoas a pensar na morte como forma de resolvê-los e ao suicídio, como saída para aqueles que classificam sem solução. Assim, consideram a morte e o suicídio como possibilidades de desfecho para problemas psicológicos ou frustrações, como se lê a seguir:

Tem os problemas psicológicos que faz a pessoa pensar em morte, então pensar no problema e não tentar resolver aquilo pode causar transtorno na mente da pessoa, porque, por exemplo, quando a pessoa não tem o que fazer, o que pensar, fica pensando na morte, aquilo pode levar a cometer suicídio, porque falta do que fazer, do que pensar, pensar muito nos problemas, se não procurar resolvê-lo pode causar algum transtorno, ou até fazer alguma bestagem (Amor-Perfeito, 18 anos, M, O).

O ser humano hoje em dia valoriza muito os bens materiais, faz loucuras para ter, quando não consegue a morte surge como uma solução para resolver os problemas (Crisântemo, 18 anos, M, O).

O suicídio é um problema complexo, multicausal. É o resultado da interação de fatores biológicos, genéticos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais. É considerado um grande problema de saúde pública em muitos países. Desse modo, capacitar a equipe de atenção primária à saúde para identificar, abordar, manejar e encaminhar um suicida em potencial na comunidade é um passo importante na prevenção do suicídio²¹.

Mais de 800 mil pessoas morrem por suicídio todos os anos no mundo, sendo que a cada 40 segundos uma pessoa se suicida. Cerca de 75% dos suicídios ocorre em países de baixa e média renda, sendo envenenamento, enforcamento e armas de fogo os métodos mais comuns de suicídio global²².

O suicídio é considerado uma das complicações mais graves associadas a quadros depressivos em relação à mortalidade. Há muito tempo que os estudos psicanalíticos têm chamado a atenção para a questão do padrão de funcionamento instável de adolescentes com comportamento suicida. Isto se deve a menor capacidade do ego para suportar as oscilações de seus estados de humor e de autoestima²⁴.

O risco de suicídio em si compreende desde tentativas cometidas até a sua ideação. Portanto, é um desafio para profissionais da saúde a avaliação contínua do risco de suicídio - geralmente mais importante do que buscar a causa do suicídio de imediato²⁵.

O suicídio pode ser discutido a luz de gênero, pois uma Pesquisa na China revela que, antes de 2000, as mulheres tinham uma taxa significativamente mais elevada de suicídio consumado que os homens, enquanto que a partir de 2000, não houve diferença significativa entre os sexos. Além disso, as pessoas que vivem em áreas rurais, e aquelas com menor escolaridade, com transtornos de humor, e/ou uma história de eventos negativos na vida, tiveram um risco maior de suicídio consumado²⁶.

Alguns estudos mostram que a maioria das pessoas com ideias de morte comunica seus pensamentos e intenções suicidas. Geralmente dão sinais e fazem comentários sobre

“desejar morrer”, “sentimento de ser peso para os outros”. Desse modo, esses pedidos de ajuda não podem ser ignorados, pois por trás deles estão os sentimentos de pessoas que podem estar pensando em suicídio. É necessário investigar cuidadosamente o risco de suicídio caso a pessoa apresente os quatro principais sentimentos relacionados a suicídio: depressão, desesperança, desamparo e desespero²⁷.

Globalmente, o suicídio em adolescentes continua sendo um grande e grave problema de saúde pública. Além disso, é necessário que se realizem mais pesquisas relacionadas ao suicídio entre adolescentes de todos os países e culturas, a fim de entender mais sobre o que os leva a tal desfecho e se isto está relacionado à sua infância. Além disso, questões de gênero e variações étnicas no suicídio em adolescentes estão embutidas dentro de domínios culturais, históricos, psicológicos, relacionais e socioeconômicos. Em todo o mundo, a ausência de políticas de saúde mental específicas para adolescentes pode retardar o desenvolvimento de cuidados e a prevenção do suicídio. Desse modo, é vital que as/os profissionais adotem uma abordagem holística do cuidar e incorporem uma consciência da influência do gênero na adolescência²⁸.

Considerando esse fenômeno, as tentativas de suicídio na adolescência são quatro vezes mais frequentes principalmente no sexo feminino, especialmente na faixa etária de 15 e 19 anos. No entanto, o suicídio com êxito acontece cinco vezes mais nos homens. As adolescentes tentam o suicídio por terem dificuldade nas relações afetivas, seja em âmbito individual (namorado) seja familiar (pais/mães)²³.

Comumente mais cobradas segundo o modelo de família nuclear, que define códigos morais carregados de estereótipos de gênero, sobretudo as meninas atravessam a adolescência sob conflitos que envolvem busca de identidade, na convivência com valores veiculados pelas instituições e com apelos sociais que se contrapõem ao instituído. O sistema de saúde, que defende a integralidade, nessa implícitos escuta e acolhimento, tem o dever de perceber demandas e necessidades que traduzam tais conflitos, com práticas orientadas para ir ao encontro de adolescentes, tendo o espaço escolar como referência primeira para a escuta de demandas e necessidades.

Devem-se facilitar também nos serviços de saúde o acesso e o acolhimento, pois serviço de saúde e escola devem se articular e se complementar na implementação de práticas de cuidado na perspectiva da integralidade. Tem-se, no acesso, a possibilidade da consecução do cuidado de acordo com as necessidades e isso tem interrelação com a resolubilidade dos

problemas de saúde, extrapolando as barreiras geográficas, abrangendo aspectos de ordem econômica, cultural e funcional na oferta dos serviços²⁹.

A integralidade possibilita uma abertura para o desenvolvimento de múltiplas possibilidades do cuidado, sendo utilizada como princípio orientador das práticas, seja na organização do trabalho ou de políticas de saúde. É contra o reducionismo e a objetividade dos sujeitos, construindo possibilidade para o diálogo³⁰.

No Brasil, a saúde ganha impulso com a Estratégia da Saúde da Família (ESF) criada como espaço prioritário para a atenção básica. A atenção à saúde da/o adolescente passou a ser percebida no contexto da saúde da família, na qual os riscos à saúde, a aparição de doenças e a obtenção e manutenção do bem-estar, estão fortemente associados de maneira estrutural. Contudo, tal estratégia ainda não conseguiu atingir as complexas necessidades no que tange à/o adolescente³¹.

A ESF é considerada um importante instrumento para o fortalecimento da rede de atenção em saúde mental, uma vez que converge para a proposta de assistência baseada nos princípios da Reforma Psiquiátrica e do SUS. Por intermédio desta estratégia de atenção, espera-se exercitar a integralidade, com acolhimento, vínculo, escuta e responsabilização, resgatando a relação humanizada entre profissionais/usuários/os³².

Convenções internacionais ratificadas por todos os estados-membros, inclusive o Brasil, signatários das Nações Unidas para assegurar às/aos adolescentes seus direitos à saúde reafirmam a necessidade de compromissos políticos e sociais. Vencer as barreiras depende da disseminação da informação e das pressões da sociedade civil, incluindo pais/mães, educadoras/es e profissionais que cuidam da saúde de adolescentes³³.

Desse modo, há desafios específicos no atendimento à saúde mental e juvenil que indicam que apenas o conhecimento consubstanciado das particularidades dos diferentes contextos, das ações concretas realizadas pela atenção especializada e da distribuição de serviços nos diferentes setores pelo território nacional podem guiar a construção de uma política pública que proporcione efetiva melhoria do atendimento e do cuidado à infância e à adolescência³⁴.

Para tanto, os serviços devem promover ações que facilitem o engajamento da/o adolescente em seu próprio cuidado nas dimensões preventivas e de promoção da saúde. Garantias de acesso e acolhimento na unidade de saúde ajudarão na construção das relações de vínculo com as/os profissionais de saúde e, desse modo, alcançariam a autonomia para compartilhar a tomada de decisão sobre as possibilidades de preservar a saúde³⁵.

Em pesquisa realizada com profissionais que trabalham com adolescentes foi verificado que elas/eles referem dificuldades, pouco embasamento sobre a adolescência e necessidade de cursos de formação/capacitação. Foi constatado também que as/os profissionais emitem julgamentos de valor, o que poderia criar barreiras na relação e interação com essas/es usuárias/os³⁶.

Referindo-se à prática da enfermagem, Ferreira et al³⁷ consideram que as ações voltadas para adolescentes não podem estar desvinculadas das ações globais nem podem desconsiderar os aspectos políticos, sociais e econômicos que envolvem a questão saúde, pois é uma questão de cidadania reconhecer o direito da saúde na adolescência e envidar esforços para sua promoção, proteção e recuperação.

Deve ainda ser considerado que, na atenção em saúde mental, é necessário construir estratégias e dispositivos que procurem resgatar o lugar de protagonista do sujeito nas suas ações, e criar uma rotina nos serviços e na rede de saúde que considere o processo de adoecimento como parte integrante da vida³⁸.

Em síntese, os serviços de saúde necessitam estruturar-se melhor a fim de atrair as/os adolescentes, reconhecer singularidades e, por meio de profissionais capacitadas/os para o acolhimento e a responsabilização, buscar a integralidade do cuidado. A rede de ensino e de saúde que lida com a atenção a adolescentes, bem como a família, devem estar atentas à multiplicidade de demandas a fim de que possam proteger a saúde mental desse grupo populacional.

A saúde mental é contemplada como uma das áreas prioritárias de ação desde o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), no entanto, ainda hoje há deficiência na oferta de serviços. Os programas e políticas atuais criados na tentativa de atender às necessidades de saúde das/ dos adolescentes, não têm conseguido ser implantados na maioria dos estados brasileiros, sem atender, portanto aos objetivos propostos.

CONCLUSÃO

O estudo mostrou que as/os adolescentes reconhecem a indissociabilidade corpo e mente para se pensar a saúde, e assumem que se a mente não está bem, o corpo também se torna doente e vice-versa. Relataram que a rede de atenção, a saúde é centrada no corpo em detrimento da saúde mental, e que é afetada pelo individualismo que leva ao isolamento entre as pessoas gerando demandas de ordem psicológica.

As/os adolescentes apontam os transtornos da mente como importantes indicadores do comprometimento da saúde ressaltam a carência de atenção para essa dimensão humana como um problema da atualidade e reconhecem sua não priorização com indicativo da atenção no âmbito da rede privada. Traduzem as demandas desse nível em transtornos psíquicos e identificam a anorexia nervosa e o suicídio como marcadores de importantes transtornos. A ênfase nas condições extremas de distúrbios é representativa de uma visão de saúde que se contrapõe ao estabelecido nos moldes do modelo biomédico.

A valorização da saúde mental não somente atende ao objetivo proposto para o estudo, mas revela uma concepção de saúde de adolescentes ávidas/os pelo bem-estar físico e psicológico e comprometidas/os com seus pares. Essa posição impõe alterações nas práticas e na qualificação profissional para que se atenda a demandas de um grupo que reivindica atenção à saúde mental, revelando que entre as especificidades da fase existe a busca de uma atenção à saúde negligenciada pelo modelo vigente.

Em consequência, há também dificuldade profissional em detectar o transtorno psíquico como demanda de saúde de adolescentes, cuja assistência tem ocorrido em clínicas privadas, o que dificulta o acesso à maioria das pessoas devido ao elevado custo.

A rede de saúde, em consonância com o que está estabelecido em políticas públicas, em articulação com os serviços de educação necessita estruturar-se melhor para poder acolher as/os adolescentes, pois os transtornos psíquicos devem ser detectados precocemente a fim de que o tratamento inicie o quanto antes com o intuito de evitar seu agravamento com prejuízos à saúde e à vida.

Considerando que, comumente a rede básica não dispõe de profissionais capacitadas/os para atender às especificidades de adolescentes, fica comprometido o planejamento e o desenvolvimento de ações que valorize a complexa interrelação de demandas dessa fase do ciclo vital. Consideramos ainda que os cursos de graduação, no nosso caso a enfermagem não tem proporcionado conhecimentos necessários para que a/o egressa/o possa lidar com as especificidades da adolescência no exercício da prática profissional.

Promoção e proteção da saúde mental emergem fortemente das vozes de adolescentes que participaram deste estudo, o que impõe desafios para o sistema de saúde. Isso porque a organização de serviços e práticas está distante de atender a demandas que não cabem na homogeneização com que o sistema de saúde trata os grupos populacionais sob referências biomédicas. Assim, urge que se cumpram o que está definido em políticas públicas e programas específicos e que a integralidade tenha centralidade como perspectiva a se

concretizar, com valorização de singularidades e benefícios para a dimensão psicológica resultando em proteção à saúde mental de adolescentes.

REFERÊNCIAS

- 1.Saito; MI. Síndrome da adolescência normal. In: Saito, MI; Silva, LEV. Adolescência: prevenção e risco. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2014. p.75-82.
- 2.Pinto ACS, Luna IT, Silva AA, Pinheiro PNC, Braga VAB, Souza AMA. Fatores de risco associados a problemas de saúde mental em adolescentes: revisão integrativa Rev Esc Enferm USP. 2014; 48(3):555-64.
- 3.Unicef. Saúde mental do adolescente. Disponível em: www.unicef.org/brazil/sowc2011/foco3.html. Acesso em: 03 mar 2015.
- 4.Who. World Health Organization. Caring for children and adolescents with mental disorders. Setting WHO directions. Geneva: World Health Organization; 2003.
5. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação da Saúde da Criança e do Adolescente. Programa Saúde do Adolescente. Bases Programáticas. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.
- 6.Raposo C. A Política de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovem: uma perspectiva de garantia de direito à saúde?. Revista em Pauta. 2009; 6(3):p. 117-138.
- 7.Melo MCP, Coelho EAC, Galvão MTG, Nascimento ER. Integralidade e gênero como base teórica para o cuidado à saúde de adolescentes grávidas. Rev Min Enferm. 2013;17(3):p.731-735.
- 8.Teixeira C. Os princípios do Sistema Único de Saúde. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Bahia. Junho de 2011.
- 9.Pinheiro R. Integralidade em saúde. In: Dicionário Educação Profissional em Saúde. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fundação Osvaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>. Acesso em: 03 abr 2015.
- 10.Coelho EAC, Silva CTO, Oliveira JF, Almeida MS. Integralidade do cuidado à saúde da mulher. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2009; 13(1): 154-160.
- 11.Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 20 jul.2013.
- 12.Guedes RN, Silva ATMC, Coelho EAC. Woman life and health: arguing the problems of the reality with professionals of the care. Online Brazilian Journal of Nursing. 2007;6(2):1-10.

13. Portella AP, Gouveia T. *Idéias e dinâmicas para trabalhar com gênero*. Recife (PE): SOS Corpo; 1998.
14. Fiorin JL. *Linguagem e ideologia*. 8ª. ed. São Paulo: Ática, 2003.
15. Capra F. *O ponto de mutação*. São Paulo: Cultrix, 2006.
16. Pinheiro R. Integralidade do cuidado: a promessa da política e a confiança no direito. In: Pinheiro R, Martins PH. *Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde*. 1. ed. Rio de Janeiro/Recife: CEPESC,IMS/UERJ, EDITORA UNIVERSITÁRIA UFPE, ABRASCO, 2011.
17. Cruz MZ, Pereira Júnior A. Corpo, mente e emoções: Referenciais Teóricos da Psicossomática. *Rev. Simbio-Logias*. 2011; 4(6):46-66.
18. Espie, J.; Eisler, I. Focus on anorexia nervosa: modern psychological treatment and guidelines for the adolescent patient. *Adolesc Health Med Ther*. 2015; 29(6):9-16.
19. Saito MI. Transtornos alimentares: anorexia e bulimia. In: Saito MI, Silva LEV. *Adolescência: prevenção e risco*. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2014.p.391-397.
20. Lima NL, Rosa COB, Rosa JFV. Identificação de fatores de predisposição aos transtornos alimentares: anorexia e bulimia em adolescentes de Belo Horizonte, Minas Gerais. *Estud. Pesqui. Psicol*. 2012; 12(2):360-378.
21. Who. World Health Organization. *Transtornos mentais e comportamentais*. Departamento de Saúde Mental. *Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária*. Geneva; 2000.
22. Who. World Health Organization. *Multisite intervention study on suicidal behaviours – supre-miss: protocol of supre-miss*. [Internet]. Geneva; 2002. [cited 2015 Fev 20] Available from: http://www.who.int/mental_health/media/en/101.pdf
23. Feijó RB, Chaves MLF. *Comportamento Suicida*. In: Costa MCO, Souza RP. *Adolescência: aspectos clínicos e psicossociais*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002. p. 398-408.
24. Sukiennik PB, Salles E. *Depressão*. In: Costa, MCO, Souza RP. *Adolescência: aspectos clínicos e psicossociais*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002. p. 340-349.
25. Ores LC et al. Risco de suicídio e comportamentos de risco à saúde em jovens de 18 a 24 anos: um estudo descritivo. *Cad. Saúde Pública*. 2012; 28(2):305-312. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n2/09.pdf>
26. Li Y, Li Y; Cao J. Factors associated with suicidal behaviors in mainland China: a meta-analysis. *BMC Public Health*. 2012;16(12):1-13. doi:10.1186/1471-2458-12-524
27. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde Mental. *Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

- 28.McCloughlin AB, Gloud MS, Malone KM. Global trends in teenage suicide: 2003-2014. *QJM*. 2015; 1(1): . DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/qjmed/hcv026>
- 29.Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 2008; 24(supl.1):100-110.
- 30.Mattos RA. Integralidade e a Formulação de Políticas Específicas de Saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA. (Orgs). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2007. p. 45-59.
- 31.Oliveira CB, Frechiani JM, Silva FM, Maciel ELN. As ações de educação em saúde para crianças e adolescentes nas unidades básicas da região de Maruípe no município de Vitória. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009; 14(2):635-644.
- 32.Oliveira FB, Guedes HKA, Oliveira TBS, Lima Júnior JF. (Re) construindo cenários de atuação em saúde mental na Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2011; 24(2): 109-115.
- 33.Jillson IA, Eisenstein E. Direitos à saúde e questões éticas durante a adolescência: desafios atuais!. *Adolesc Saude*. 2013; 10 (Supl.2):53-60.
- 34.Couto MCV, Duarte CS, Delgado PGG. A saúde mental infantil na saúde pública brasileira: situação atual e desafios. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2008; 30(4):390-398, 2008.
- 35.Costa RF, Queiroz MVO, Zeitoune RCG. Cuidado aos adolescentes na atenção primária: perspectivas de integralidade. *Esc Anna Nery*. 2012; 16 (3):466-472.
- 36.Ferrari RAP, Thomson Z, Melchior R. Atenção à saúde dos adolescentes: percepção dos médicos e enfermeiros das equipes da saúde da família. *Cad Saude Publica*. 2006 nov; 22(11): 2491-95.
- 37.Ferreira MA, Lisboa MTL, Almeida-Filho AJ, Gomes MLB. Inserção da saúde do adolescente na formação do enfermeiro: uma questão de cidadania. In: Ramos FRS, Monticelli M, Nitschke RG, organizadores. *Projeto Acolher: um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro*. Brasília (DF): ABEn/Governo Federal; 2000. p.68-72.
- 38.Braga CP, D'Oliveira AFPL. A continuidade das internações psiquiátricas de crianças e adolescentes no cenário da Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(52):33-44.

4.2 SEXUALIDADE E SAÚDE SEXUAL DE ADOLESCENTES: INTERSEÇÃO DE DEMANDAS PARA O CUIDADO

O artigo “Sexualidade e saúde sexual de adolescentes: interseção de demandas para o cuidado”, foi elaborado seguindo as instruções as/os autoras/es para publicação e apresentação as/os editoras/es do periódico Revista Latino Americana de Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / Universidade de São Paulo. Versão Online ISSN 1518-8345, disponíveis no *link*: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=0104-1169&lng=pt&nrm=iso, acessado em setembro de 2015.

Situação: Em fase de elaboração.

Sexualidade e saúde sexual de adolescentes: interseção de demandas para o cuidado¹

Rosália Teixeira de Araújo

Edmeia de Almeida Cardoso Coelho

Correspondência: Rosália Teixeira de Araújo

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/ Campus de Jequié Av. José Moreira Sobrinho,
s/n Jequiezinho, Jequié/BA CEP 45.206-190 rosluz@gmail.com

SEXUALIDADE E SAÚDE SEXUAL DE ADOLESCENTES: INTERSEÇÃO DE DEMANDAS PARA O CUIDADO¹

SEXUALITY AND SEXUAL HEALTH OF TEENS: INTERSECTION OF DEMANDS FOR CARE

SEXUALIDAD Y SALUD SEXUAL DE ADOLESCENTES: INTERSECCIÓN DE LAS DEMANDAS DE ATENCIÓN

Rosália Teixeira de Araújo², Edmeia de Almeida Cardoso Coelho³

¹Trabalho extraído da tese: “**Demandas de saúde de adolescentes: construindo bases para o cuidado**” do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (PPGENF/UFBA). Salvador, Bahia, Brasil. Bolsa Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB).

²Doutoranda em Enfermagem PPGENF/UFBA, Mestre em Saúde Pública, Professora Assistente do Departamento de Saúde II da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Jequié, Bahia, Brasil. E-mail: rosluz@gmail.com

³Doutora em Enfermagem, Professora Adjunto da Escola de Enfermagem da UFBA. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: edmeiacelho@gmail.com

Sexualidade e saúde sexual de adolescentes: interseção de demandas para o cuidado

RESUMO

Objetivos: este estudo teve como objetivos conhecer as demandas de adolescentes de ambos os sexos no âmbito da sexualidade e analisar as demandas por cuidado expressas na perspectiva da integralidade. **Método:** trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa que tem integralidade como categoria analítica. Participaram do estudo 21 adolescentes de dois colégios públicos estaduais de uma cidade do interior da Bahia. Foram utilizadas as técnicas de oficina e questionário para coletar os dados empíricos e para análise a Técnica de Análise de Discurso. Foram respeitados os preceitos éticos contidos na Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. **Resultados:** os adolescentes consideram a sexualidade como uma dimensão humana que demanda atenção à saúde apresentando uma visão de sexualidade na relação direta com a saúde sexual, ao se referir à necessidade de orientações preventivas, acompanhamento ginecológico, conhecimento das alterações biológicas do corpo, sexo com proteção às IST/HIV e gravidez não planejada. Eles percebem a sexualidade também como um processo afetivo-sexual com busca de prazer compartilhado, desmistificando o homem como ativo e a mulher como passiva. **Conclusão:** as demandas revelam um grupo que se diferencia na busca de orientação sexual livre de tabus e preconceito para viver uma sexualidade saudável e prazerosa. Escola e serviços de saúde devem oportunizar espaço para que adolescentes tenham voz, oferecendo escuta e acolhimento na busca de alcançar a integralidade. Para que se efetive a integralidade do cuidado profissional de saúde devem atuar por meio de ações preventivas e de promoção à saúde com respeito às singularidades.

Descritores: Sexualidade; Saúde Sexual; Adolescente.

ABSTRACT

Objectives: this study aimed to meeting the demands of adolescents of both sexes in the context of sexuality and analyze the demands for care expressed in the perspective of comprehensiveness. **Method:** this is a qualitative descriptive study that has integrity as an analytical category. Participants were 21 teenagers from two state public schools in a city of Bahia. The workshop techniques and questionnaires were used to collect empirical data and analysis Discourse Analysis Technique. They were respecting the ethical principles contained in Resolution 466/12, of the National Health Council. **Results:** teens consider sexuality as a human dimension that requires health care presenting a vision of sexuality in direct relation to sexual health, referring the need for preventive guidelines, gynecological monitoring, and knowledge of the biological changes of the body, sex with protection of STI / HIV and unplanned pregnancy. They perceive sexuality as well as an affective-sexual process to search for shared pleasure, demystifying man as active and women as passive. **Conclusion:** the demands reveal a group that differs in search of free sexual orientation of taboos and prejudice to live a healthy and pleasurable sexuality. School and health services should create opportunities space for teens to have a voice, offering listening and acceptance in seeking to achieve completeness. To be made effective completeness of the health care professional must act through preventive and health promotion with respect to singularities.

Descriptors: Sexuality; Sexual Health; Teenager.

RESUMEN

Objetivos: el objetivo del estudio fue satisfacer las demandas de los adolescentes de ambos sexos en el contexto de la sexualidad y analizar las demandas de atención expresadas en la perspectiva de la integralidad. Método: se trata de un estudio descriptivo cualitativo que tiene la integralidad como categoría analítica. Los participantes fueron 21 adolescentes de escuelas públicas dos estados en una ciudad de Bahía. Se utilizaron las técnicas de los talleres y cuestionarios para recoger datos empíricos y análisis la Técnica de Análisis del Discurso. Ellos estaban respetando los principios éticos contenidos en la Resolución 466/12, del Consejo Nacional de Salud. Resultados: los adolescentes consideran la sexualidad como una dimensión humana que requiere la atención de salud que presenta una visión de la sexualidad en relación directa con la salud sexual, refiriéndose la necesidad de directrices de prevención, vigilancia ginecológica, el conocimiento de los cambios biológicos del cuerpo, el sexo con protección de ITS / VIH y el embarazo no planificado. Perciben la sexualidad, así como un proceso afectivo-sexual para buscar placer compartido, desmitificando hombre como activo y la mujer como pasiva. Conclusión: las demandas revelan un grupo que difiere en busca de orientación sexual sin tabúes y los prejuicios para vivir una sexualidad sana y placentera. Servicios escolares y de salud deben crear un espacio de oportunidades para que los adolescentes tienen una voz, ofreciendo escucha y aceptación en la búsqueda de lograr la integridad. Para hacerse efectiva la exhaustividad del profesional de la salud debe actuar a través de la promoción preventiva y salud con respecto a las singularidades.

Descriptor: Sexualidad; La Salud Sexual; Adolescente.

Introdução

A adolescência é uma palavra derivada do latim *adolecere*, que significa crescer⁽¹⁾. Considerado um período de transição entre a infância e a idade adulta, marcada por transformações biológicas, psicológicas e sociais. O conceito de adolescência surgiu inicialmente na Europa, a partir da segunda metade do século XIX, estando associado às mudanças políticas, econômicas e culturais advindas do processo de industrialização⁽²⁾.

É um período de conflitos, dúvidas e inquietações, conhecido ainda como etapa das crises, de identidade, relacional, familiar, de autoestima. No início a/o adolescente enfrenta algumas perdas, como do corpo infantil, do papel e da identidade infantil e a perda do pai e da mãe da infância. Como a mudança corporal é desconhecido para ela/ele, questiona sua própria identidade e, mesmo hostilizando em alguns momentos pai e mãe, deseja obter sua atenção⁽³⁾.

As mudanças corporais e a assunção de papéis sociais pelas/os adolescentes irão exigir um intenso trabalho de reelaboração psíquica. Um tempo ímpar na vida da pessoa, de mudanças geradoras de uma metamorfose afetiva, sexual e social, implicando conflito e angústia, inerentes ao vazio que emerge frente à necessidade de fazer escolhas⁽⁴⁾.

A adolescência por possuir um caráter sociocultural, é vivenciada de diferentes formas. Daí faz-se necessário que se leve em consideração o lugar onde essas/esses vivem, o que pensam, o acesso que tem a bens e serviços sociais, sua interação com afetos, violência, redes de sociabilidade, famílias, padrões morais e religiosos, dentre outros. Portanto, a compreensão da adolescência e de seus componentes, como a sexualidade, vai depender dos contextos e cenários onde ela se desenvolve⁽⁵⁾.

O primeiro programa do Ministério da Saúde específico para adolescentes foi o Programa Saúde do Adolescente (PROSAD), criado em 1989 e pautado no princípio da integralidade das ações de saúde, perspectiva multidisciplinar e enfoque preventivo e

educativo não conseguindo, porém encaminhar suas ações segundo os princípios que orientaram sua criação⁽⁶⁾.

Outros programas e políticas voltados para a saúde de adolescentes foram criados posteriormente, a exemplo do Conselho Nacional de Juventude (CONJUVE), Programa Saúde na Escola (PSE) e da Política Nacional de Atenção à Saúde Integral de Adolescentes e Jovens (PNAISAJ), porém têm sido executados de modo pontual com ações desarticuladas, conforme constado em pesquisas⁽⁷⁻⁸⁻⁹⁾. As demandas de adolescentes, entendido como expressão de necessidade de cuidado são subestimadas, há dificuldade profissional para lidar com elas, especialmente as que dizem respeito à sexualidade.

Trabalhar com adolescentes é um grande desafio na construção da integralidade do cuidado, devido a pouca habilidade de profissionais de saúde em lidar com suas especificidades. No cuidado a adolescentes entende-se integralidade como a garantia de uma assistência que tenha escuta, acolhimento e resposta às demandas de atenção à saúde, procurando dar resposta as necessidades por meio da prevenção, correção e recuperação de doenças⁽¹⁰⁾.

No campo da sexualidade, em geral, as demandas de saúde de adolescentes são apreendidas pelas/os profissionais de saúde segundo um modelo de cuidado no qual prevalece um olhar normativo e voltado, sobretudo à esfera reprodutiva. No entendimento de profissionais, adolescentes e jovens procuram os serviços de saúde com a intenção de evitar a gravidez precoce e prevenir as infecções sexualmente transmissíveis e a síndrome da imunodeficiência adquirida (IST/AIDS), não havendo uma discussão mais aprofundada sobre os sentidos, valores e significados da vivência da sexualidade e da reprodução⁽¹⁰⁾.

Abordar sexualidade ainda é um grande desafio para pais e profissionais da saúde e da educação, pelo despreparo na formação e pelo modo como foi educada/o na família. Resultados de pesquisa se somam a observações empíricas, em que constatamos não haver

incentivo para que adolescentes participem de forma direta na construção e avaliação dos programas, com liberdade de expressar suas demandas por cuidado, de modo que profissionais obtenham subsídios para o cuidado mais condizente com o que adolescentes desejam.

A sexualidade humana envolve comportamento e processos, incluindo os aspectos biológicos, fisiológicos, psicológicos, sociais, culturais, políticos, espirituais e religiosos relacionados ao sexo e ao comportamento sexual humano. Desse modo, a sexualidade está ligada a uma dimensão da personalidade humana que é moldada por esses aspectos, estando muitas vezes reprimida e aprisionada no campo do desejo humano⁽¹¹⁾.

A sexualidade nos remete a um prazer sensual, sedução, excitação, erotismo, orgasmo, conhecimento do próprio corpo e do corpo do outro⁽¹²⁾. Destarte, o tema da sexualidade deve ser discutido, para que se permita o desenvolvimento de uma vida sexual mais saudável e consciente tanto para as/os adolescentes como para pais/mães/responsáveis e professoras/es e educadoras/es⁽¹³⁾.

No que diz respeito às experiências sexuais de adolescentes no contexto mundial, mesmo nas sociedades mais rígidas tem sido marcado pelo início cada vez mais precoce e frequentemente pré-marital. Pode ser observado ainda que seja baixo o uso de preservativo na primeira relação sexual e nas subseqüentes, tendo como provável consequência uma gravidez precoce e/ou uma IST⁽¹⁴⁾.

As demandas de adolescentes, entendidas como expressão de necessidade de cuidado são subestimadas, bem como há dificuldade profissional para lidar com elas, especialmente as que dizem respeito à sexualidade.

Nesse sentido, esse estudo teve como objetivo conhecer demandas de adolescentes de ambos os sexos no âmbito da sexualidade e analisar as demandas expressas por adolescentes na perspectiva da integralidade.

Método

Trata-se de um recorte da tese intitulada “Demandas de saúde de adolescentes: construindo bases para o cuidado”. Pesquisa descritiva e de abordagem qualitativa, que tem integralidade como categoria analítica. A integralidade é concebida como construção coletiva, fortalecida pela junção de diferentes saberes implicados na produção do cuidado em saúde. Essa junção de saberes deve ser uma polifonia harmoniosa onde o agir seja algo concreto em busca da melhoria da qualidade da assistência prestada à população, por meio do atendimento das suas necessidades não convergindo para a fragmentação de pessoas⁽¹⁵⁾.

Teve como participantes 21 adolescentes, estudantes de duas escolas públicas de uma cidade do interior da Bahia, sendo 7 do sexo masculino e 14 do sexo feminino; 15 adolescentes tinham 18 anos de idade, 4 tinham 17 anos e dois 16 anos; 12 cursavam o 3º ano do ensino médio e 9 cursavam o 2º ano; 17 se autodeclararam negras/os e 4 referiram raça/cor branca; 8 referiram ser de religião evangélica, 8 católicas/os e 5 não possuíam religião.

As escolas foram escolhidas por constituir campo de prática para cursos de graduação em saúde existentes na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Inicialmente havíamos estabelecido um limite de 12 adolescentes por escola, mas em uma das escolas apenas 9 adolescentes participaram. Teve como critérios de inclusão: estar matriculada/o nas escolas públicas selecionadas para o estudo e ter entre 10 e 19 anos de idade.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, e somente após o parecer favorável nº 655.873, CAEE 27288414.2.0000.5531, a pesquisa foi iniciada cumprindo os preceitos éticos estabelecidos na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta normas e diretrizes para o desenvolvimento de pesquisa envolvendo seres humanos⁽¹⁶⁾.

As/Os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Menores de 18 anos assinaram Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) e seus pais, mães ou responsáveis legais assinaram o TCLE.

Utilizamos como técnicas para coletar o material empírico, oficinas e questionário, este com questões abertas.

As oficinas passaram a ser usadas como estratégia de pesquisa, por serem consideradas espaços com capacidade crítica de negociação de sentidos, possibilitando a visão de argumentos, posições, mas também deslocamentos, construção e contraste de versões e, sendo assim, ocasiões privilegiadas para análises sobre produção de jogos de verdade e processos de subjetivação⁽¹⁷⁾.

A primeira oficina teve como título: “Eu adolescente e necessidades de saúde”. O desenvolvimento se deu inicialmente com o diálogo entre o grupo acerca do *que é ter saúde, o que favorece ou prejudica e quais as necessidades de saúde de adolescentes*. Em seguida pedimos que buscassem nas revistas que disponibilizamos figuras que retratasse o que haviam discutido. Cada adolescente escolheu a sua gravura e fez a colagem. Dando continuidade as/os participantes descreviam o porquê da escolha da gravura.

A segunda oficina denominada: “Adolescente e necessidade de saúde”. Para o seu desenvolvimento inicialmente distribuimos papel A4 e solicitamos que conversem com sua/seu colega ao lado sobre que necessidades de saúde adolescentes apresentam e que não foram lembradas na primeira oficina nem apareceram nas nossas falas ao resgatar a anterior. Após conversarem deveriam registrar a resposta no papel que receberam.

Os temas que emergiram focalizaram a saúde e mental, a sexualidade e o estilo de vida como demandantes de cuidado. Foram objetos deste artigo as demandas relativas à sexualidade que são frutos das duas oficinas.

Como a discussão sobre sexualidade não fluiu no grupo com a facilidade dos demais temas, por se tratar de algo que está associado à intimidade e à privacidade, foi necessário em outro momento, aplicar um questionário já que, possibilitaria respostas na ausência da pesquisadora e sem o compartilhamento dos temas com as/os colegas e, com isso, pretendeu-se que a pesquisa obtivesse maior riqueza de material para análise.

O questionário serve para medir características importantes das pessoas e para coletar dados, que não estão disponíveis por outras técnicas⁽¹⁸⁾. Foi composto por questões semiestruturadas, respondidas por escrito e sem a presença da pesquisadora. O questionário foi composto por quatro questões abertas. *O que passa na sua cabeça quando pensa em sexualidade? Quais as curiosidades que o termo sexualidade desperta em você? Se você já tem prática sexual, há dúvidas na sua experiência que gostaria de esclarecer? Como descreve suas dúvidas? Que assuntos de sexualidade você considera que interfere na saúde? Por quê?*

Tendo em vista o espaçamento de tempo entre os dois momentos da produção do material empírico, necessário à tomada de decisão por mais uma etapa e a interrupção de atividades por greve na rede de ensino, o questionário foi aplicado a nove adolescentes, do 1º e do 2º ano do ensino médio de uma das escolas, tendo o grupo do 3º ano encerrado seu ciclo naquela escola.

O material empírico foi analisado pela técnica de análise de discurso⁽¹⁹⁾, partindo do entendimento de que a análise de discurso se constitui como uma prática e um campo da linguística e da comunicação especializada em analisar construções ideológicas presentes num texto. Sendo que, ideologia significa o conjunto de ideias e representações que justificam e explicam a ordem social, as condições de vida do ser humano e as suas relações com outros seres humanos.

Obedecemos aos seguintes passos para análise do material empírico: leitura do texto buscando localizar as recorrências, isto é, figuras e temas que conduzem a um mesmo bloco

de significação. A seguir, agrupamos as figuras ou temas significativos de maneira a configurar um mesmo plano de significado. E por último, realizamos a apreensão dos temas centrais que fizeram emergir categorias empíricas⁽¹⁹⁾.

Tivemos o cuidado de gravar os depoimentos durante a realização das oficinas e depois realizamos a transcrição na íntegra para que nenhum dado se perdesse. Atribuídos nomes fictícios de flores às/aos adolescentes com o intuito de assegurar o anonimato e sigilo, para facilitar a identificação do sexo colocamos a letra “F” para designar o sexo feminino e “M” para masculino. Com a finalidade de informar se o discurso foi proveniente de oficina usamos a letra “O” e “Q” para questionário.

Resultados e Discussão

As/os adolescentes expressaram seu olhar sobre o tema sexualidade revelando curiosidades e demandas de saúde ao discutir sobre *ter saúde, o que a favorece ou a prejudica e quais as necessidades de saúde de adolescentes*. Foram construídas duas subcategorias em função das especificidades temáticas, que convergiram para a categoria empírica Sexualidade e saúde sexual: interseção de demandas para o cuidado, que dá título ao artigo.

Saúde sexual e demandas na adolescência como desafios para o cuidado

A adolescência é uma etapa de conflitos e desafios e, no âmbito da sexualidade, requer maior aproximação de profissionais de saúde e da família no sentido de identificar necessidades de cuidado. Os discursos das/os adolescentes participantes da nossa pesquisa revelaram posições sociais que reproduzem uma leitura de sexualidade na relação direta com a saúde sexual, conforme se lê a seguir:

Fase bastante conturbada, com modificações marcantes no corpo, onde algumas vezes é preciso de acompanhamento médico como, por exemplo, o ciclo menstrual (Rosa, 18 anos, F, O).

Já tive e tenho necessidade em relação à ginecologista, rotina e dúvidas, nutricionista e fisioterapeuta (Dália rosa, 18 anos, F, O).

Na adolescência há bastante problemas e curiosidades e a questão da saúde está muito envolvida. É preciso ter acompanhamento sobre sexualidade (Begônia, 17 anos, F, O).

Os assuntos em que envolvem principalmente os cuidados com as relações sexuais; pois não é algo fácil, simples ou apenas prazerosa. Muitos pensam na sexualidade como apenas algo relacionado com o prazer e esquecem que é necessário cuidar da saúde (Acacia, 18 anos, F, Q).

Estes discursos expressam a necessidade de orientações preventivas e acompanhamento profissional, que remetem à necessidade de conhecimento do corpo. Na perspectiva da integralidade, que constitui eixo norteador da Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher, defendemos que essa demanda seja atendida nos serviços de saúde e/ou nas escolas por meio de processos educativos grupais. Entre adolescentes essas atividades estimulam a expressão de curiosidades e dúvidas e possibilita trocas e aprendizado coletivo, ao tempo em que meninas constroem consciência sobre o domínio sobre o corpo e a livre escolha sexual e reprodutiva.

Nos depoimentos que seguem, ao serem questionadas/os sobre curiosidades no âmbito da saúde que se relacionam com a sexualidade, enfatizam a necessidade de proteção pela camisinha nas relações sexuais e, sobretudo adolescentes do sexo feminino afirmam:

Proteção sempre interfere na saúde, algumas pessoas não gostam de usar proteção e acabam com doenças [...]. As pessoas se preocupam com gravidez, eu já penso que o pior é pegar uma doença. Por isso acho importante usar camisinha. Sexo sem proteção pode pegar AIDS ou uma gravidez (Tulipa, 17 anos, F, O).

O sexo com camisinha tem segurança (Alfazema, 18 anos, F, O).

Eu acho que camisinha é saúde, a gente tem que prevenir, pode até fazer com quem quiser, agora tem que prevenir (Rosa, 18 anos, F, Q).

Problemas relacionados à relação sexual na maioria das vezes. As doenças como a AIDS (Amor perfeito, 18 anos, M, Q).

Sexo sem camisinhas, remédios para ajudar os homens, porque é perigoso, existem doenças sexualmente transmissíveis, existe o perigo de engravidar em um momento inesperado (Girassol, 18 anos, F, Q).

Eu considero uma interferência na saúde a prática com muitas pessoas. Como todos sabem as DST estão por toda parte (Acácia, 18 anos, F, Q).

A saúde sexual representa a liberdade que mulheres e homens possuem de viver a sua sexualidade de forma consciente e sem risco de adquirir IST e gestação não desejada. Para tanto, deve-se abordar a sexualidade humana de forma positiva e com respeito mútuo nas relações sexuais. A saúde sexual inclui o prazer e estimula a determinação, a comunicação e as relações pessoais⁽²⁰⁾.

Na adolescência, as novas experiências buscadas no âmbito das relações sociais e entre essas no plano da sexualidade, tem repercussões para jovens de ambos os sexos, mas são as mulheres que passam a ter experiências mais desafiadoras. As desigualdades de gênero as acompanham e têm dificuldades de negociação para proteção contra as IST/HIV, além da pouca maturidade para tomar decisões nas situações de envolvimento afetivo-sexuais. A elas, se somam dificuldades de acesso a informações e a meios contraceptivos sendo frequente serem surpreendidas por uma gravidez.

Ao longo do tempo em que se tornou epidemia o HIV/AIDS se feminizou, sobretudo entre mulheres pobres, heterossexuais e de único parceiro. Essas mulheres vivem em contextos sociais em que vários fatores potencializam suas vulnerabilidades às IST's e à AIDS, que agrega a violência de gênero, em que a mulher não detém a posse de seu corpo; a violência do racismo; a pobreza, a baixa escolaridade e a não garantia dos direitos sexuais e reprodutivos⁽²¹⁾.

Na última década o perfil etário dos casos de AIDS mudou para indivíduos mais jovens, tanto entre os homens quanto entre as mulheres. Nos últimos 10 anos (2003 a 2012) as maiores taxas de detecção de AIDS foram observadas entre pessoas com 30 a 49 anos. Contudo, observa-se uma tendência de queda desse grupo e uma leve estabilização entre as pessoas com 40 a 49 anos. Porém, as taxas de detecção entre jovens de 15 a 24 anos e entre adultos com 50 anos ou mais existe uma tendência de aumento⁽²²⁾.

As adolescentes devem ser informadas que são mais susceptíveis a contrair o vírus HIV, pois a mucosa vaginal de mulheres com idade inferior a 18 anos ainda não apresenta uma densidade muscular que atue como barreira eficaz⁽²³⁾. Nas IST/HIV as relações de gênero têm interferência, tendo em vista a dificuldade de negociação do uso do preservativo com o homem, que pode interpretar como sinônimo de infidelidade quando a iniciativa é da mulher, de modo que ainda hoje muitos homens não aceitam usar o preservativo com uma parceira estável. Esse fato é agravado quando existe a subordinação econômica e social das mulheres, uma vez que tendem a aceitar ter relações desprotegidas por medo de perder o apoio econômico do companheiro⁽²³⁾.

Estudo realizado em Belo Horizonte mostra que o fato de muitas adolescentes não usar qualquer contraceptivo no momento em que teve a primeira relação sexual estava mais relacionado à falta de informação sobre sexualidade e reprodução, do que sobre a indisponibilidade de métodos contraceptivos. Relataram ainda falta de privacidade como principal razão para a não utilização dos serviços de saúde, apontando para a inadequação de programas de planejamento reprodutivo para adolescentes, sendo visto como obstáculo para o seu acesso⁽²⁴⁾.

Ainda hoje as transformações do corpo das adolescentes são marcadas pelo silêncio ou por um diálogo tímido entre mãe e filha imbuído de pudor e, a menarca acaba sendo uma surpresa vivida quase sempre no medo e na vergonha. “O corpo é visto como um sistema cultural que produz e reproduz significados e não há um corpo natural, mas um corpo produzido por expectativas de gênero”⁽²⁵⁾. Profissionais de saúde e da educação devem suprir essa lacuna e buscar meios de trabalhar adolescentes e família, pois mães e pais ainda apresentam construção identitária como homens e mulheres sob representações históricas da sexualidade, que a mantém no lugar do proibido, ainda que a realidade imponha a abertura do diálogo nesse campo.

Essas representações influenciaram as relações de gênero como sistema estruturante de mentalidades. Todavia, as conquistas do movimento feminista, sobretudo a partir da segunda metade do século XX, em que o controle sobre o corpo constituiu bandeira de luta, culminaram com políticas públicas que se propunham a respeitar e a viabilizar a autonomia e a liberdade sexual e reprodutiva. Requeria também valorizar as especificidades do ciclo vital, entre elas, a adolescência e suas demandas, o que não se concretizou.

Programas específicos, a exemplo do Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), criado em 1989 e mais recentemente o Programa de Saúde na Escola (PSE) em 2007, se propõem a preencher lacunas e desenvolver sob a perspectiva da integralidade e gênero aproximação de profissionais de saúde com adolescentes, para promoção, proteção e redução de vulnerabilidades. Contudo, ainda temos um longo desafio pela frente, que é o de operacionalizar tais propostas.

Sendo assim, é relevante a efetivação de processos educativos com adolescentes, destinados à construção de habilidades para a vida, capacitando-as/os para resistir às pressões para adoção de comportamentos que possam agredir sua saúde e seu desenvolvimento⁽²⁶⁾. Na perspectiva da integralidade, a abordagem profissional na saúde deve estimular as práticas educativas participativas, com metodologias problematizadoras, em que o diálogo seja mobilizador de vínculos, entendendo-se ser a escola o ponto de partida para qualquer trabalho com adolescentes.

Sexualidade como espaço de prazer compartilhado e de mistérios

Adolescentes do nosso estudo traduzem sexualidade como um processo afetivo-sexual, que envolve satisfação em resposta ao desejo e à busca pelo prazer. Há subjacente a alguns discursos as restrições historicamente construídas sobre o sexo tendo em vista referirem-se a *constrangimento, polêmica* em algo que consideram *normal*. Os depoimentos que seguem são representativos dessas afirmações:

Quando se fala em prazer, logo se pensa em sexo. A sexualidade tem como resultado o prazer, a satisfação (Angélica, 18 anos, F, Q).

Desejo, vontade, prazer, conhecer outras pessoas, me relacionar (Alfazema, 18 anos, F, O).

Sexualidade é sentir prazer em fazer com quem ama (Begônia, 17 anos, F, O).

Algo normal, que para muitas pessoas é algo polêmico, de constrangimento. Mas sim, é algo normal e todos vão fazer, porque faz parte e é bom (Narciso, 17 anos, M, Q).

Além de ser um assunto polêmico para muitas pessoas, no meu pensamento é a coisa mais normal do mundo, até porque, pra eu nascer, houve isso. E eu também penso que esperar o tempo certo é sempre bom (Girassol, 18 anos, F, Q).

Nenhuma, pois já não me sinto mais surpreso com o assunto que é para mim uma coisa normal (Anis, 17 anos, M, Q).

A objetividade dos dois adolescentes homens, com posição que destaca a *normalidade* do ato sexual, ao ser expressa também no discurso de Cerejeira indica que amarras seculares estão se desatando para dar lugar à liberdade para as mulheres, na direção do que se reafirma para os homens. Porém, no depoimento de adolescentes mulheres, se expressa o valor da subjetividade e do envolvimento no exercício da sexualidade.

Um adolescente do nosso estudo destacou que a beleza física feminina é concebida como fonte de libido e desperta a expectativa do prazer e da satisfação plena, alimentando fantasias. Por outro lado, reproduz uma cultura em que a beleza física segundo padrões masculinos é definidora da atração e das relações duradouras. Ao mesmo tempo, relata dúvidas e curiosidades acerca da sexualidade sob bases que oscilam entre a que dá sustentação à reafirmação do homem viril e a que expressa busca de superação da mentalidade machista. Todavia, ainda é marcada por poder masculino, agora com a obrigação de fazer a parceira sentir prazer, ao tempo em que a mulher precisa atender a todos os desejos do parceiro e de si própria, conforme depoimento a seguir:

A primeira coisa que me vem a cabeça é uma companheira linda, que me faça sentir desejo, que me dê prazer, que satisfaça tanto os seus desejos quanto os meu [...] Tenho várias dúvidas, mas sempre levo para o mesmo propósito “como ser um bom companheiro na cama” (Amor perfeito, 18 anos, M, Q).

Os temas presentes nos depoimentos que seguem oriundos de um olhar sobre a prática sexual como momento compartilhado superam a ideia de homem ativo e mulher passiva, e revelam curiosidades de uma geração que busca mais livremente o direito ao prazer e ao orgasmo.

Desejo, vontade, prazer e orgasmo múltiplos, seja com homem ou mulher. Sabendo que experiência não mata ninguém. O uso de preservativos já que nas festas perdemos a cabeça, hoje é muito fácil pegar doenças. Acho que sexo diariamente interfere muito, já que é fácil ficar cansado e fraco para outras atividades (Anis, 17 anos, M, Q).

Curiosidade da prática sexual, tenho dúvidas sobre a união de casais do mesmo sexo, talvez possa ser uma relação amorosa ou conturbada e porque homens sentem tanto tesão (Rosa, 18 anos, F, Q).

Saber todas as precauções que devo tomar, saber o que fazer, como usar certos produtos que se usam (...). Sexo oral e anal, porque é um local que contém muitas bactérias [...] Como será, como eu vou me comportar, quais as sensações que eu vou sentir (Crisântemo, 18 anos, M, Q).

Este tema parece bem restrito, porém é muito amplo. Desperta principalmente curiosidade de aprofundar no assunto, mas me educo nos meus pensamentos, o desejo é algo incontrolável de não ser sentido, porém controlo, continuando assim uma curiosidade ampla (Alfazema, 18 anos, F, Q).

Os discursos das adolescentes revelaram maior preocupação com o sexo seguro que os adolescentes, reafirmando-se serem as mulheres aquelas que mais se preocupam com o cuidado à saúde, ainda quando suas falas tem o prazer como foco.

A curiosidade sobre bissexualidade e homossexualidade, traduzidas como respeito à orientação sexual e como demanda nos discursos de Anis e Rosa tem galgado tolerância crescente na nossa sociedade. Na atualidade tem acontecido maior tolerância em relação à homossexualidade⁽²⁷⁻²⁸⁾, com isso adolescentes e jovens tem se sentido mais livres para assumir a homossexualidade.

A sexualidade faz parte do nosso comportamento, da liberdade em usufruir deste mundo. Faz parte da nossa criação, ou melhor, ela não é a descoberta de um aspecto secreto de nosso desejo, pois através dos nossos desejos, se instauram novas formas de relações, novas formas de amor e novas formas de criação. Portanto, o sexo não é uma fatalidade; ele é uma possibilidade de aderir a uma vida criativa⁽²⁹⁾.

Em seu sentido mais amplo, a sexualidade não deve ser considerada sinônima de sexo ou relação sexual, porém como parte inerente do processo de desenvolvimento da personalidade⁽³⁰⁾. Em essência, é um modo de expressão, e se liga estreitamente à capacidade amorosa e erótica de cuidar de si, do outro e da sociedade. Aborda a revelação profunda da capacidade humana de atuar ética e politicamente no mundo por meio de sua sexualidade. Propõe a autonomia humana pautada na nova significação e ressignificação de toda a estrutura dimensional da vida, ou seja, uma plenificação da vida sexual humana⁽³¹⁾.

Todavia, historicamente, a sexualidade esteve situada no campo do pecado e sob dogmas da igreja católica foram impostas proibições ao seu exercício pleno, sobretudo às mulheres a quem foram associados todos os males advindos do desejo. Essas representações remontam à Idade Média, mas tem sua marca histórica no século XIX, em que a mulher passa a ser alguém a ser vigiada e controlada pela confissão, pelos homens ou pela família. O sexo passa a ter seu lugar no casamento e apenas para a procriação⁽²⁹⁾.

Foi entre a burguesia que a sexualidade foi dominada com mais rigor, sob um discurso destinado a dizer a verdade sobre o sexo, a subverter a lei que o rege, a mudar seu futuro. Assim, libertar-se desse poder repressivo, falar do sexo livremente e aceitá-lo em sua realidade é difícil, pois foi reprimido por muito tempo e, além disso, é contrário aos mecanismos inerentes ao poder⁽²⁹⁾.

As representações sobre a sexualidade atravessaram séculos e somente a partir da segunda metade do século XX, a defesa do sexo vinculado apenas à procriação é alterada pelo

movimento feminista, que luta por liberdade sexual para as mulheres, direito ao sexo por prazer, igualdade de direitos entre homens e mulheres, controle sobre o corpo, desconstrução do patriarcalismo citando lutas de maior visibilidade.

No que diz respeito à adolescência, esse é o período durante o qual a percepção da pessoa é fortemente influenciada pelo exercício da sexualidade. Trata-se, portanto, de uma fase de exploração e compreensão da sexualidade. Nesse sentido, a curiosidade sexual na adolescência aumenta a vulnerabilidade por conta dos comportamentos de risco adotados⁽³²⁾.

Nos dias atuais adolescentes estão expostas/os a uma série de estímulos eróticos, mas que não fornecem espaço para que conheçam seu próprio corpo e sua sexualidade. Desse modo, é necessário que ocorra uma educação sexual que aborde o tema da sexualidade em sua real amplitude, tanto para adolescentes como para pais/mães/responsáveis e professoras/es; educadoras/es, a fim de que possam ter uma vida sexual mais saudável e consciente⁽¹³⁾. Particularizando adolescentes do sexo feminino, “a subjetivação pela sexualidade orientada por ideologias de gênero, na infância e na adolescência, mantém estreita relação com discursos dominantes que interdita a sexualidade”^(33:486).

Existem pais e mães que não aceitam que se fale de sexualidade na escola devido a suas culturas, religiões e costumes, entretanto, professoras/es não devem se intimidar, pois se faz necessário que a sexualidade seja abordada de modo contínuo, sistemático, corajoso, honesto e politicamente interessado com a crítica de modelos de desigualdades sexual, de gênero, de etnia/raça, de geração de classe, de religião, entre outros⁽³⁴⁾.

No entanto, por ser um tema ainda impregnado por preconceitos e tabus, muitos familiares, educadoras/es e profissionais de saúde se mostram despreparadas/os para discutir sexualidade, quando se fala é de forma tímida enfocando mais os aspectos biológicos ligados à reprodução⁽³⁰⁾.

No diálogo sobre sexualidade, o autoritarismo deve dar lugar à autoridade como sinônimo de competência que admite o diálogo. Sendo assim, proposta de educação sexual deve conter liberdade, responsabilidade e compromisso, para que a informação funcione como instrumento para que adolescentes de ambos os sexos possam avaliar decisões e fazer escolhas responsáveis⁽³⁵⁾. A dificuldade em procurar os pais e/ou mães para esclarecer dúvidas sobre assunto relacionado à sexualidade está associada à proibição do sexo, ausência de diálogo e tons de ameaça que impedem a fluidez da conversa na família⁽³⁶⁾.

É notório que muitos pais e mães acreditam que se falar em sexualidade vai fazer com que as/os filhas/os iniciem sua vida sexual precocemente. No entanto, a educação sexual tem o propósito de contribuir para que crianças e adolescentes tenham uma visão positiva da sexualidade, possibilitando que aconteça uma comunicação clara nas relações interpessoais, que os valores em relação à sexualidade sejam construídos de forma crítica pelas/os próprias/os adolescentes, permitindo que aconteça uma melhor compreensão do seu comportamento e da/o outra/o, ajudando em uma tomada de decisão na vida sexual mais responsável⁽³⁾.

Gestoras/es devem buscar usar os meios de comunicação para levar informação às/aos adolescentes, ampliando assim seu alcance; entretanto, campanhas e material didático devem ser revistos e reformulados. O intuito deve ser de promover uma informação concreta e objetiva, e que sejam de interesse das/os adolescentes sem excluí-las/os da responsabilidade em relação a sua própria sexualidade, sobretudo no que se refere à anticoncepção e a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis⁽¹³⁾.

Ao abordar sexualidade, especialmente, de adolescentes, as pessoas priorizam a discussão da prevenção das IST/AIDS e a gravidez, estabelecendo de certa forma uma postura de controle repressivo, podendo assim seus direitos sexuais. Há modos diferentes de exercer

esse controle repressivo sobre os corpos em relação a meninos e meninas, pois as convenções de gênero aparecem para demarcar uma forma diferenciada de lidar com o tema⁽⁸⁾.

Em geral, a atenção oferecida pelos serviços de saúde dá-se por meio de ações que não estão embasadas na integralidade, pois não acontece diálogo entre diferentes questões/intervenções relacionadas à saúde sexual e à saúde reprodutiva a partir de pontos de convergência possíveis. A sexualidade é abordada de forma limitada, a imagem da mulher está associada à relação conjugal e à maternidade, o que faz com que a preocupação das/os profissionais seja focada na saúde reprodutiva e não na saúde sexual. Já o homem, aparece como alguém que não precisa ser escutado e acolhido, sua sexualidade não precisa ser discutida, apenas controlada, partindo da ideia de que o homem não se interessa pela reprodução⁽³⁷⁾.

Adaptar o sistema educacional para atender às necessidades das/dos adolescentes poderia certamente melhorar a compreensão de seu próprio corpo e da sexualidade, mas a questão de saber se as suas dúvidas estão sendo esclarecidas ou permanecem sem resposta, pois a sexualidade na adolescência continua a ser um tabu. Foi constatado em pesquisa que as meninas não falavam sobre sexo com pais, mães ou parentes mais velhas/os e 90% nunca tinham visto uma/um ginecologista ou falado para uma/um profissional de saúde reprodutiva até que elas descobriam que estavam grávidas⁽²⁴⁾.

Falar sobre sexualidade é complexo, pois é falar da própria história, das emoções, das relações com outras pessoas, dos costumes e dos desejos. Parece simples, contudo, para muita gente, até mesmo as/os profissionais da área da saúde, tem dificuldade em aceitar o exercício da sexualidade de adolescentes, sendo isso um dos principais empecilhos à implantação de políticas e programas para essa população⁽²²⁾.

De acordo com as Diretrizes da PNAISAJ, para garantir a atenção integral às pessoas jovens é necessário compreender os aspectos biológicos, psicológicos e sociais da sua saúde,

considerando os contextos social, cultural e familiar. Destarte, a integralidade deve permear essa atenção, devendo estar pautada num conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, respeitando a idiossincrasia de cada caso em todos os níveis de complexidade do SUS⁽³⁸⁾.

Para tanto, profissionais de saúde devem buscar ser facilitadoras/es de todo processo, para que o cuidado desenvolva sob o eixo da integralidade e da busca da autonomia da/do adolescente. A educação em saúde deve acontecer segundo modelo dialógico, envolvendo as/os adolescentes na construção do conhecimento, fazendo com que elas/eles se tornem autônomas/os e corresponsáveis no cuidado e na promoção da sua saúde.

Conclusão

As/os adolescentes que participaram desta pesquisa consideram a sexualidade como uma dimensão humana que demanda atenção à saúde apresentando uma visão de sexualidade na relação direta com a saúde sexual, ao se referir à necessidade de orientações preventivas, acompanhamento profissional e conhecimento das alterações biológicas do corpo. Em nível de igual importância, valorizaram sexo com proteção para que preservem a saúde, enfatizando o uso da camisinha nas relações sexuais, para evitar IST/HIV e/ou uma gravidez precoce.

O discurso de algumas/uns adolescentes revela a sexualidade como um processo afetivo-sexual, que envolve satisfação em resposta ao desejo e a busca pelo prazer, sendo exercida em liberdade, com valorização do envolvimento afetivo, sobretudo por mulheres. Em seus discursos adolescentes superam a ideia de homem ativo e mulher passiva representando uma geração mais livre para a busca do prazer e do orgasmo.

Alguns adolescentes homens idealizaram a beleza física como fonte de libido e prazer, reafirmando padrões culturais e valores incorporados socialmente. A sexualidade se apresenta como lugar de mistério, curiosidades e dúvidas e o sexo é considerado algo que faz parte da vida, mas ainda um tema que causa constrangimento e polêmica entre as pessoas. Referem-se

à sexualidade como espaço de compartilhamento de prazer, este idealizado sob novas regras, com obrigações de satisfação plena pela mulher, a si e ao parceiro. Nos discursos foi possível perceber que a preocupação com o uso da camisinha esteve mais presente nos depoimentos das adolescentes.

Urge que serviços de saúde e escola estabeleçam parceria e corresponsabilidades para implementar políticas e programas que atraiam adolescentes. Nesse sentido, profissionais de saúde devem buscar estratégias atrativas e dinamizadoras que propiciem aproximação de adolescentes com o serviço de saúde e de profissionais com a escola, tentando criar vínculos e identificar demandas para o cuidado.

Considerando que as/os adolescentes que participaram do nosso estudo apresentam um olhar diferenciado para as relações e para a sexualidade, o sistema de saúde conforme organizado na atualidade não tem respostas para suas demandas e necessidades de saúde. Isso porque extrapolam o que está posto como prioridades pelos serviços, em que ações dirigidas à prevenção, circunscritas ao modelo clínico lideram as ofertas para o grupo. Sendo assim, devem-se buscar reformulações e redirecionamentos, pois as/os adolescentes defendem e buscam uma sexualidade saudável e prazerosa. Nesse sentido, a escola e os serviços de saúde devem ter equipes capacitadas para oportunizar espaço em que adolescentes tenham voz, oferecendo escuta e acolhimento na busca de alcançar singularidades.

Referências

1. Bueno FS. Dicionário da Língua Portuguesa. 11ª ed. Brasília (DF): FAE; 1995.
2. Saito MI, Queiroz LB. Medicina de Adolescentes: visão histórica e perspectiva atual. In: Saito MI, Silva LEV. Adolescência: prevenção e risco. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2014; 652p.

3. Azevedo MRD. Educação sexual: uma questão em aberto. In: Saito MI, Silva LEV. Adolescência: prevenção e risco. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2014; 652p.
4. Garritano EJ, Sadala G. O adolescente e a cultura do corpo na contemporaneidade. Revista da Faculdade de Educação da UFG. 2009; 34(2).
5. Mandú ENT. Adolescência: saúde, sexualidade e reprodução. Brasília: Revista Adolescer: ABEn Nacional Compreender, atuar e acolher. p. 59-77. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br> Acesso em: 20 de set. 2013.
6. Ayres JRJM, Carvalho YM, Nasser MA, Saltão RM, Mendes VM. Caminhos da integralidade: adolescentes e jovens na Atenção Primária à Saúde. Interface - Comunic., Saude, Educ. 2012; 16(40):67-81.
7. Horta NC, Sena RR. Abordagem ao adolescente e ao jovem. Physis. 2010;20(2):475-94.
8. Leite V. A sexualidade adolescente a partir de percepções de formuladores de políticas públicas: refletindo o ideário dos adolescentes sujeitos de direitos. Psicol. clin. [online]. 2012; 24(1):89-103.
9. Raposo C.. A Política de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovem: uma perspectiva de garantia de direito à saúde?. Revista em Pauta. Rio de Janeiro. 2009; 6(3):117-138.
10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Executiva. Coordenação da Saúde da Criança e do Adolescente. Programa Saúde do Adolescente. Bases Programáticas. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

11. Nwagu EN. Alcohol and drug usage; and adolescents' sexual behaviour in Nigeria. *Health Promotion International*. 2015;1–9. <http://heapro.oxfordjournals.org/content/early/2015>
12. Greenberg JS, Bruess CE, Oswalt SB. *Exploring the dimensions of human sexuality*. 50. ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning, 2014.
13. Marola CAG, Sanches CSM, Cardoso LM. Formação de conceitos em sexualidade na adolescência e suas influências. *Psicol. educ.* [online]. 2011; 33: 95-118.
14. Guimarães EMB. Gravidez na adolescência: fatores de risco. In: Saito MI, Silva LEV. *Adolescência: prevenção e risco*. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2014; 652p.
15. Pinheiro R. Integralidade em saúde. In: *Dicionário Educação Profissional em Saúde*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fundação Osvaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>. Acesso em: 03 abr 2015.
16. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: MS; 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 20 jul.2013.
17. Spink MJ, Menegon VM, Medrado B.. Oficinas como estratégia de pesquisa: articulações teóricas-metodológicas e aplicações ético-políticas. *Psicologia & Sociedade*. 2014; 26(1): 32-43. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v26n1/05.pdf> Acesso em: 10 mai 2015.
18. Marchesan MTN, Ramos AG. Check list para a elaboração e análise de questionários em pesquisas de crenças. *Revista Eletrônica de Linguística*. 2012; 6(1):449-460. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/dominiosdelinguagem>. Acesso em 05 de abr de 2015.

19. Fiorin JL. Linguagem e ideologia. 8ª. ed. São Paulo: Ática, 2003.
20. HERA, Direitos sexuais e reprodutivos e saúde das mulheres: ideias para ação, 1999. HE1A – Health, Empowerment, Rights & Accountability. www.iwhc.org/hera
21. Taquette SR.. Interseccionalidade de gênero, classe e raça e vulnerabilidade de adolescentes negras às DST/aids. *Saude soc.* [online]. 2010;19(2):51-62.
22. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Recomendações para a Atenção Integral a Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/Aids / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.116 p. : il.
23. Petri V. AIDS e adolescência. In: Saito MI, Silva LEV. Adolescência: prevenção e risco. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2014; 652p.
24. Santos KA. Teenage pregnancy contextualized: understanding reproductive intentions in a Brazilian shantytown. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2012;28(4):655-664. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000400005>
25. Bretas JRS, Tadini AC, Freitas MJD, Goellner MB. Significado da menarca segundo adolescentes. *Acta paul. enferm.* [online]. 2012;25(2):249-255. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n2/a15v25n2.pdf>. Acesso em: 20 jun 2015.
26. Porto TSA, Silva RCM, Vargens OMC. Cuidando de mulheres com HIV/AIDS: uma análise interacionista na perspectiva de mulheres profissionais de saúde. *Rev Gaúcha Enferm.* 2014;35(2):40-6. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v35n2/pt_1983-1447-rgenf-35-02-00040.pdf. Acesso em: 20 jun 2015.

27. Poeschl G, Venancio J, Costa D. Consequências da (não) revelação da homossexualidade e preconceito sexual: o ponto de vista das pessoas homossexuais. *Psicologia [online]*. 2012; 26(1):33-53. ISSN 0874-2049.
28. Savin-Williams RC. *The New Gay Teenager*. Cambridge, Ma.: Harvard University, 2005.
29. Foucault M.. *História da sexualidade. A vontade de saber*. 19ª Ed. Rio de Janeiro: Graal, 2009, 179 p.
30. Saito MI. Visão histórica da sexualidade: reflexões e desafios. In: Saito MI, Silva LEV. *Adolescência: prevenção e risco*. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2014; 652p.
31. Cabral RV, Romeiro AE. Sobre a sexualidade controlada: poder e repressão sexual em Michel Foucault. *Educação Batatais*. 2011;1(1):87-106.
32. Kar SK, Choudhury A, Singh AP. Understanding normal development of adolescent sexuality: a bumpy ride. *J Hum Reprod Sci*. 2015;8(2):70–74. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4477452/#ref1>
33. Costa LHR, Coelho EAC. Ideologias de gênero e sexualidade: a interface entre a educação familiar e a formação profissional de enfermeiras. *Texto contexto - enferm. [online]*. 2013; 22(2):485-492. ISSN 0104-0707.
34. Nogueira DM. Gênero e sexualidade na educação. *Anais do I Simpósio sobre Estudos de Gênero e Políticas Públicas*, ISSN 2177-8248 Universidade Estadual de Londrina, 24 e 25 de junho de 2010.
35. Saito FJA. Doenças sexualmente transmissíveis e saúde reprodutiva na adolescência. In: Saito MI, Silva LEV. *Adolescência: prevenção e risco*. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2014; 652p.
36. Macedo SRH, Miranda FAN, Pessoa Junior JM, Nobrega VKM. Adolescência e sexualidade: scripts sexuais a partir das representações sociais. *Rev. bras. enferm. [online]*. 2013; 66(1):103-109.

37. Pinheiro TF, Couto MT. Sexualidade e reprodução: discutindo gênero e integralidade na Atenção Primária à Saúde. *Physis* [online]. 2013; 23(1):73-92. ISSN 0103-7331.

38. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

4.3 ESTILO DE VIDA COMO DEMANDANTE DE CUIDADO À SAÚDE DE ADOLESCENTES

O artigo “Estilo de vida como demandante de cuidado à saúde de adolescentes”, foi elaborado seguindo as instruções as/os autoras/es para publicação e apresentação as/os editoras/es do periódico Revista da Escola de Enfermagem da USP - REEUSP. Versão On-line: ISSN 1980-220X, disponíveis no *link*: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=0080-6234&lng=pt&nrm=iso, acessado em setembro de 2015.

Situação: Em fase de elaboração.

Estilo de vida como demandante de cuidado à saúde de adolescentes

Rosália Teixeira de Araújo

Edmeia de Almeida Cardoso Coelho

Correspondência Rosália Teixeira de Araújo

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/ Campus de Jequié Av. José Moreira Sobrinho,
s/n Jequiezinho, Jequié/BA CEP 45.206-190 rosluz@gmail.com

Estilo de vida como demandante de cuidado à saúde de adolescentes¹

Rosália Teixeira de Araújo², Edmeia de Almeida Cardoso Coelho³

¹Trabalho extraído da tese: “**Demandas de saúde de adolescentes: construindo bases para o cuidado**” do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (PPGENF/UFBA). Salvador, Bahia, Brasil. Bolsa Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB).

²Doutoranda em Enfermagem PPGENF/UFBA, Mestre em Saúde Pública, Professora Assistente do Departamento de Saúde II da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Jequié, Bahia, Brasil. E-mail: rosluz@gmail.com

³Doutora em Enfermagem, Professora Adjunto da Escola de Enfermagem da UFBA. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: edmeiacoeelho@gmail.com

Estilo de vida como demandante de cuidado à saúde de adolescentes¹

Objetivo: conhecer demandas de saúde de adolescentes relacionadas ao estilo de vida e analisar as demandas identificadas sob a perspectiva da integralidade. **Método:** Estudo de abordagem qualitativa, tendo integralidade como categoria analítica. Teve como participantes 21 adolescentes de dois colégios públicos estaduais de uma cidade do interior da Bahia. O material empírico foi produzido por meio de oficinas de reflexão e analisado pela técnica de análise de discurso. **Resultados:** Adolescentes revelaram visão de saúde sustentada na promoção e na proteção, valorizando alimentação saudável como valor a ser incorporado; atividade física como geradora de prazer e bem-estar, distanciando-se do corpo como objeto de consumo, sob o ideal de beleza; uso e abuso de drogas como espaço de vulnerabilidade de adolescentes, todos demandantes de cuidados. **Conclusão:** A pesquisa demonstra a valorização do estilo de vida no tocante à alimentação, atividade física e ao não uso de drogas como aspectos que demandam atenção à saúde. A escola é espaço privilegiado para desenvolvimento de ações orientadas para a integralidade do cuidado, nesse sentido, os sistemas educacionais e de saúde devem trabalhar em parceria para concretização de políticas públicas, por meio de profissionais com competências formal e política.

Descritores: Adolescente; Cuidado de adolescentes; Estilo de vida; Enfermagem.

Objective: meeting the health needs of adolescents related to lifestyle and analyze the demands identified from the perspective of completeness. Methods: a qualitative study with completeness as an analytical category. It was attended by 21 teenagers from two state public schools in a city of Bahia. The empirical data were obtained through reflection workshops and analyzed by speech analysis technique. Results: adolescents showed sustained vision of health promotion and protection, emphasizing healthy eating as a value to be incorporated; physical activity as a generator of pleasure and well-being, away from the body as an object of consumption, under the ideal of beauty; use and abuse of drugs as teenagers' vulnerability of space, all attention petitioners. Conclusion: the study shows the appreciation of lifestyle with regard to diet, physical activity and not using drugs as aspects that require health care. The school is a privileged space for the development of actions aimed at comprehensive care, in

¹ Artigo extraído da Tese “Demandas de saúde de adolescentes: buscando bases para o cuidado”, apresentada à Universidade Federal da Bahia - UFBA, Salvador.

this sense, the educational and health systems must work in partnership to achieve public policy through professionals with formal and political skills.

Descriptors: Adolescent; Care of Adolescents; Life Style; Nursing.

Objetivo: satisfacer las necesidades de salud de los adolescentes relacionados con el estilo de vida y analizar las demandas identificadas desde la perspectiva de la exhaustividad. Métodos: este es un estudio cualitativo, teniendo la integralidad como categoría analítica. En ella participaron 21 adolescentes de escuelas públicas dos estados en una ciudad de Bahía. Los datos empíricos fueron obtenidos a través de talleres de reflexión y analizados por la técnica de análisis del discurso. Resultados: Los adolescentes mostraron la visión sostenida de promoción de la salud y la protección, haciendo hincapié en la alimentación sana como un valor para ser incorporado; la actividad física como un generador de placer y bienestar, lejos del cuerpo como un objeto de consumo, bajo el ideal de la belleza; uso y abuso de drogas en la adolescencia vulnerabilidad de espacio, todos los peticionarios de atención. Conclusión: El estudio muestra la apreciación del estilo de vida con respecto a la dieta, la actividad física y no consumir drogas como aspectos que requieren atención médica. La escuela es un espacio privilegiado para el desarrollo de acciones dirigidas a la atención integral, en este sentido, los sistemas educativos y de salud deben trabajar en conjunto para lograr políticas públicas a través de profesionales con habilidades formales y políticas.

Descritores: Adolescente; Atención de Adolescentes; Estilo de Vida; Enfermería.

Introdução

A adolescência é percebida pela sociedade, numa concepção tradicional, como uma etapa de crescimento, resultando em mudanças e transformações biopsicossociais. Nesse momento de transição e de nova afinidade com o mundo muitas/os adolescentes se encontram frente a problemas familiares, pessoais e outros de ordem social, que podem afetar sua condição de vida e de saúde ⁽¹⁾.

Na adolescência, são experimentadas mudanças biológica, cognitiva, emocional e social, sendo uma época importante para a adoção de novas práticas, comportamentos e ganho de autonomia, mas é também período de vulnerabilidades. É no início da adolescência que acontece maior exposição a fatores de risco comportamentais, como o tabagismo, consumo de álcool, alimentação inadequada e sedentarismo. Há indicativos que esses fatores estão associados e contribuí para o desenvolvimento da maioria das doenças crônicas não

transmissíveis, como as cardiovasculares, diabetes e câncer, que comandam as causas de óbito na vida adulta no país e no mundo ⁽²⁾.

Nos dias atuais a globalização exerce grande influência no estilo de vida e nos valores das/os adolescentes. Todavia, existe uma contradição, pois ainda que os principais temas comerciais sejam liberdade e poder, o efeito sobre as/os adolescentes tem sido de subordinação às novas regras de consumo com fragilização cultural, devido aos valores tradicionais não mais serem considerados referência ⁽³⁾.

A cultura interfere na adolescência, pois no sentido antropológico, ou seja, na forma pela qual um grupo se estrutura e configura suas relações sociais, possibilita que a conduta humana se torne mais previsível, sendo variável em cada sociedade. Aprendida de geração em geração permite que haja controle sobre a variabilidade das pessoas e com isso deve-se considerar o comportamento de mais velhas/os contribuindo na personalidade de mais novas/os ⁽³⁾.

No tocante à saúde, uma vez constituindo fase em que a higidez física predomina, nos serviços, há comumente ausência de demanda espontânea "explícita" de ações e serviços, por parte de adolescentes e jovens, assim como há "invisibilidade" dessas/es no SUS, ou seja, quando procuram os serviços de saúde, não são reconhecidas suas especificidades etárias. Adolescentes e jovens passam por prontos-socorros, grupos de planejamento familiar e pré-natal, ambulatórios, consultórios odontológicos ou salas de imunização, sem que recebam uma atenção que leve em consideração as suas necessidades como pessoas em desenvolvimento ⁽⁴⁾.

Entre as demandas valorizadas para a atenção à saúde de adolescentes, o Ministério da Saúde vem priorizando aquelas que se tornaram problemas de saúde pública e dão visibilidade a questões sociais e familiares para as quais o Estado não conseguiu implementar ações efetivas. Busca-se garantir o pleno desenvolvimento dessas/es jovens, mas as decisões em sua maioria não passam pela escuta do grupo que demanda tais ações.

Com o intuito de atender com efetividade a demandas específicas de adolescentes foi criado em 1989 o Programa Saúde do Adolescente (PROSAD). As ações direcionadas às/aos adolescentes foram embasadas nos princípios básicos do SUS: equidade, resolubilidade, acessibilidade e integralidade. Sendo assim, toda/o adolescente deveria ter direito igual à saúde integral e ao acesso aos serviços de saúde pública, devendo as/os profissionais serem capazes de resolver os problemas, evitando a transferência de responsabilidade profissional ⁽⁵⁾.

No entanto, tal programa não conseguiu ser implementado em todo o país, de modo que as demandas das/os adolescentes têm sido atendidas de forma pontual, não havendo preocupação em criar estratégias para captar esse grupo para atenção à saúde. Tentando melhorar a atenção à/ao adolescente, em 2007, o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde criaram em parceria o Programa Saúde nas Escolas (PSE), que visa à integração e à articulação permanente da educação e da saúde, considerando-se ter a escola como papel decisivo na identificação de demandas que remetem a ações de profissionais da saúde.

Nesse sentido, profissionais de saúde devem buscar estratégias que possam atrair adolescentes e se engajar em ações que visem o seu cuidado para prevenir agravos, promover e proteger a saúde. Tais ações devem envolver serviços de saúde e escolas na perspectiva que adolescentes tenham voz e espaço para expor suas demandas com escuta e acolhimento possibilitando vínculos requeridos pela integralidade da atenção.

Partindo da constatação em nossa experiência profissional de que nos serviços de saúde, demandas de adolescentes não são devidamente identificadas, havendo invisibilidade do que foge ao biológico, sem estímulos mobilizadores para mudanças, foi desenvolvida pesquisa sobre demandas de adolescentes para o cuidado segundo a integralidade, sendo apresentado neste artigo uma das categorias empíricas resultantes. Tem como objetivo conhecer demandas de saúde de adolescentes relacionadas ao estilo de vida e analisar as demandas identificadas sob a perspectiva da integralidade.

MÉTODOS

A pesquisa é do tipo descritiva e de abordagem qualitativa, que possui integralidade como categoria analítica.

A integralidade é percebida como uma forma de não aceitação do reducionismo e da objetivação dos sujeitos e uma afirmação da abertura para o diálogo. Sendo assim, quando a/o profissional busca ampliar a percepção das necessidades dos grupos e busca encontrar a melhor forma de dar respostas está rejeitando o reducionismo e buscando a integralidade⁽⁶⁾.

A integralidade defende ainda a importância de uma política que promova a articulação entre a dimensão assistencial e a preventiva, sendo consideradas como distintas, complementares e essenciais à percepção mais ampliada das necessidades das pessoas. Considerando que elas devem garantir o direito tanto nas ações assistências quanto nas ações preventivas⁽⁷⁾.

O estudo foi desenvolvido com 21 adolescentes, estudantes de duas escolas públicas de uma cidade do interior da Bahia, sendo 7 do sexo masculino e 14 do sexo feminino; 15 adolescentes tinham 18 anos de idade, 4 tinham 17 anos e dois 16 anos; 12 cursavam o 3º ano do ensino médio e 9 cursavam o 2º ano; 17 se autodeclararam negras/os e 4 referiram raça/cor branca; 8 referiram ser de religião evangélica, 8 católicas/os e 5 não possuíam religião.

As escolas foram selecionadas por constituir campo de prática para os cursos de saúde existentes na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Foi previamente estabelecido um limite de 12 adolescentes por escola, mas em uma das escolas apenas nove das/os adolescentes participaram das oficinas.

Os critérios de inclusão foram: estar matriculada/o nas escolas públicas selecionadas para o estudo e ter entre 10 e 19 anos de idade.

Os preceitos éticos estabelecidos na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta normas e diretrizes para o desenvolvimento de pesquisa envolvendo seres humanos foram obedecidos⁽⁸⁾. O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, sendo iniciada a coleta dos dados após obtenção de parecer favorável nº 655.873, CAEE 27288414.2.0000.5531.

Disponibilizamos para menores de 18 anos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias, para viabilizar a assinatura do pai, mãe ou responsável. Adolescentes com 18 anos ou mais também receberam o TCLE em duas vias para que pudessem ler e assinar se concordassem em participar da pesquisa. Adolescentes menores de 18 anos além de devolver o TCLE assinado por responsáveis, também assinaram a Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE).

Foi utilizada como técnica para produção do material empírico oficina de reflexão. As oficinas são consideradas como ferramentas ético-políticas privilegiadas, pois permitem a criação de espaços dialógicos de trocas simbólicas e a construção de outras possibilidades; sendo assim, as oficinas não se restringem ao registro de informações para pesquisa, vez que sensibilizam as pessoas para a temática trabalhada, permitindo às/aos participantes o convívio com a variedade de versões e sentidos sobre o tema⁽⁹⁾.

Utilizamos técnicas de sensibilização, dinamização, comunicação e reflexão e buscamos respeitar a autonomia e a criatividade das/os participantes. Para a realização das oficinas foram obedecidos os seguintes passos: apresentação e integração; desenvolvimento do tema; socialização das experiências; síntese; avaliação e descontração/relaxamento⁽¹⁰⁾.

Para a realização da oficina denominada “Eu adolescente e necessidades de saúde”, pedimos que formassem pequenos grupos e conversassem entre si sobre o que é ter saúde, o que favorece ou prejudica e quais as necessidades de saúde de adolescentes. Após alguns minutos foi solicitado que buscassem em diferentes revistas disponibilizadas para o grupo figuras que retratassem o que haviam discutido. Na etapa de socialização das experiências, foi solicitado que falassem sobre sua escolha.

A segunda oficina teve como título: “Adolescente e necessidade de saúde”, inicialmente distribuimos papel A4 e solicitamos que conversassem com sua/seu colega ao lado sobre que necessidades de saúde adolescentes apresentam e que não foram lembradas na primeira oficina nem apareceram nas nossas falas ao resgatar a anterior. Após conversarem deveriam registrar a resposta no papel que receberam. As oficinas tiveram duração média de duas horas.

As/os adolescentes evidenciaram como temas de saúde demandantes de cuidado a saúde mental, a sexualidade e o estilo de vida. Neste artigo abordaremos as demandas relativas ao estilo de vida que é fruto das duas oficinas.

O material empírico foi analisado pela técnica de análise de discurso. Este tipo de análise possibilita desfazer a ilusão de que a pessoa tem domínio absoluto de seu discurso, vez que os temas, figuras, valores, juízos dentre outros, provem das visões de mundo existentes na formação social. É necessário considerar que quando se diz que a linguagem reflete a realidade, não quer dizer que o ser humano é passivo, porém que sua função não consiste em apenas refletir uma realidade, mas uma abstração obtida da prática social⁽¹¹⁾.

A análise do material empírico obedeceu aos seguintes passos: leitura do texto buscando localizar todas as figuras (elementos concretos) e temas (elementos abstratos) que conduzem a um mesmo bloco de significação; agrupamento das figuras ou temas conforme o plano de significado e apreensão dos temas centrais, que levaram à formulação das categorias empíricas⁽¹¹⁾.

Todas as falas foram gravadas e transcritas na íntegra. Com o intuito de assegurar o anonimato e o sigilo atribuídos nomes fictícios às/aos adolescentes. A fim de facilitar a identificação dos sexos usamos a letra “F” para feminino e “M” para masculino.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No que concerne ao estilo de vida como demandante de cuidado à saúde os discursos das/os adolescentes que participaram da pesquisa, ao abordar sobre *ter saúde, o que a favorece ou a prejudica e quais as necessidades de saúde de adolescentes*, foram dirigidos à alimentação, atividade física, bem-estar físico e psicológico e drogas. Eles expressaram em seus depoimentos uma visão de saúde que se sustenta na promoção e na proteção da saúde por meio da adoção de hábitos saudáveis, valorizando-os para a prevenção de doenças. Essa visão de saúde, que se define alinhada à higidez característica da fase, reafirma uma perspectiva esperada para o grupo, que também demonstra a incorporação do que está amplamente divulgado nos meios de comunicação sobre vida saudável.

A partir dos posicionamentos do grupo estudado emergiram três subcategorias que compuseram a categoria empírica central, título deste artigo.

Alimentação saudável como valor incorporado para promoção e proteção à saúde de adolescentes

No estudo em foco, adolescentes reconhecem a necessidade de mudanças de hábitos alimentares, sob argumentos fortemente ligados a prejuízos à saúde por consumo de certos alimentos, o que é confirmado nos depoimentos que seguem. Nesses, são ressaltados aspectos que favorecem a saúde e que geram demanda para promoção da saúde, obtidos a partir de dinâmica grupal de recorte e colagem de material de revistas:

O que favorece a nossa saúde é a alimentação, temos aqui umas batatas que tem baixo índice glicêmico para quem pratica musculação é excelente para o metabolismo (Columbino, 18 anos, M).

Ter uma alimentação saudável, normalmente os adolescentes não seguem as regras de uma boa alimentação (Anis, 17 anos, M).

Acho que essas comidas cheias de gordura como pizza e os doces prejudicam a saúde (Prímula, 16 anos, F).

Evitar comer comidas enlatadas, pois são prejudiciais a nossa saúde (Cravo, 18 anos, M).

Procurar comer mais frutas, evitar comidas salgadas e gordurosas (Begônia, 17 anos, F).

Hoje em dia na sociedade em que a gente vive é muita gente, a gente tem um tempo muito corrido, e acaba fazendo aquelas comidas mais rápidas, acabam prejudicando a saúde nas questões do corpo mesmo, como as doenças cardiovasculares (Narciso, 17 anos, M).

No Brasil, a industrialização dos alimentos provocou mudanças em hábitos que atravessaram gerações criando novos valores que se sobrepuseram aqueles de nossas mães, pais e avós. Uma vez absorvidos pelas famílias, crianças passaram a consumir produtos industrializados sob padrões impostos a uma sociedade de consumo, segundo interesses de empresas multinacionais.

As mudanças foram rápidas e atribuídas à industrialização, à urbanização, ao desenvolvimento econômico e à globalização dos mercados, alterando o estilo de vida inclusive a alimentação e o estado nutricional das pessoas. Essas mudanças têm aspectos positivos, como a melhoria no padrão de vida, facilidade de acesso aos serviços de saúde, diminuição da pobreza e da exclusão social; no entanto, foi adotado um padrão alimentar inadequado, com diminuição de atividade física e conseqüentemente aumento das doenças da nutrição⁽¹²⁾.

Adolescentes possuem conhecimento sobre o que seja uma alimentação dita saudável, que engloba sempre a menção de muita salada, verduras, legumes e frutas; entretanto, os dados numéricos sobre o consumo cotidiano dos alimentos por adolescentes informam que elas/eles não seguem o padrão que consideram ser saudável⁽¹³⁾.

A dieta ingerida por adolescentes brasileiros é inadequada, tendo baixo valor nutritivo, alta densidade calórica e redução no consumo de frutas e hortaliças, produtos lácteos, cereais e grãos. Fazem um alto consumo de gorduras, açúcares, sal e alimentos industrializados, que se somam a outros como o uso de refrigerantes e sucos artificiais como substitutos de água, sucos naturais e leites⁽¹²⁾.

Assim, a urbanização e a globalização trouxeram modificações positivas e negativas no consumo de fontes alimentares. Com o aumento da migração para as regiões urbanas, as lojas maiores e supermercados foram tomando o lugar dos mercados tradicionais, contribuindo para facilitar o acesso aos alimentos pré-cozidos, salgados, açucarados e gordurosos,⁽¹⁴⁾ que são alimentos menos saudáveis, porém mais palatáveis.

Diferente da pessoa adulta a/o adolescente possui suas necessidades nutricionais variáveis no que se relaciona à idade, à superfície corpórea, ao sexo, à atividade física e aos fatores ecológicos como o clima. O fator nutricional é importante quando relacionado à criança e à/ao adolescente, pois acontecem modificações constantes⁽¹⁵⁾.

Outro fator a ser considerado é a diferença existente para cada sexo durante o período de crescimento. No sexo feminino, a aceleração do crescimento ocorre dois anos antes em relação ao sexo masculino, sendo que no período do estirão o homem necessita de um maior aporte energético, proteico e de ferro. No sexo feminino o incremento de peso se dá mais por meio de gordura enquanto no masculino é por meio de massa muscular, o que acaba diversificando a necessidade nutricional⁽¹⁵⁾.

Na sociedade contemporânea, a adesão a um estilo de vida tido como saudável tem sido considerado fator determinante para a saúde e a qualidade de vida das pessoas. Muitas vezes as pessoas apresentam vontade de estabelecer um estilo de vida saudável, no entanto, isso não acontece pela ausência de condições socioeconômicas favoráveis. Devido a modos e condições de vida nem sempre é possível para todos os indivíduos adquirir hábitos como uma nutrição adequada, horas de descanso, visitas periódicas e profiláticas ao serviço de saúde e prática frequente de atividade física⁽¹⁶⁾.

A qualidade de vida é uma demanda que não diz respeito somente ao ser individual, mas sim, à sociedade como um todo, pois engloba condições de sobrevivência e de conforto de todas as pessoas. Sendo, portanto, uma questão social que envolve ações de diversas esferas, desde o Estado até a adesão às práticas saudáveis pelo indivíduo.⁽¹⁶⁾

Mudanças para adoção de hábitos que conferem melhor qualidade de vida e englobam uma série de fatores, merecendo destaque os econômicos, a educação para a saúde e a influência da família e de outras instituições sociais, como escola e mídia. Esta, quase sempre articulada a jogos de interesse que influenciam todos os estratos sociais, cria contradições que mais afastam do que aproximam adolescentes de desejar uma alimentação saudável. Essa demanda que emerge da escuta de um grupo que a incorpora como valor merece estar na pauta das ações que, orientadas pela integralidade enxergam o particular.

Em síntese, para além de ações de organismos oficiais, a sociedade tem reconhecido a necessidade de adotar novas posturas para promoção e proteção da saúde, estimulando a incorporação de hábitos saudáveis, amplamente divulgados pela mídia. Contraditoriamente, meios de comunicação se utilizam de mecanismos que mantêm o poder da propaganda em atrair crianças e adolescentes para o consumo de alimentos industrializados, em que interagem

gorduras, sódio, conservantes, corantes e outros aditivos químicos. Sustentam assim, um sistema ideológico que divulga a liberdade, a felicidade e a beleza pelo consumo prático de sabores que distanciam esses mesmos grupos populacionais da incorporação dos hábitos saudáveis propagados.

Atividades físicas e construção da autonomia sobre o corpo

Neste estudo, ao lado da boa alimentação, adolescentes valorizaram as atividades físicas como necessárias à boa saúde e como demanda para atenção à saúde. Subjacente aos discursos há o reconhecimento do sedentarismo, típico da sociedade moderna, como algo que gera demandas à saúde. Para as mudanças requeridas, propõem iniciativas que representam autonomia sobre o corpo e seus movimentos. Expressam uma visão que busca superar a percepção do corpo como objeto de consumo para atender a um ideal de beleza e focam o seu olhar sobre atividades físicas como requisitos para a saúde, como podemos observar nos discursos a seguir:

Pessoas dançando e outras fazendo caminhada, porque a prática de esportes é boa para o corpo (Jacinto, 18 anos, M).

A capoeira que é uma arte marcial, que ajuda no seu condicionamento físico (Girassol, 18 anos, F).

Alimentação saudável, o esporte como uma questão de lazer, uma caminhada, não esporte por obrigação por prazer, para saúde e não só para a estética (Acácia, 18 anos, F).

O condicionamento físico proporciona uma serie de benefícios para o corpo e uma grande paz para o espírito (Crisântemo, 18 anos, M).

Se uma pessoa tá em boa forma, geralmente tem mais saúde, pois atividade física libera tensão, a pessoa fica mais calma (Rosa, 18 anos, F).

No passado, as atividades de lazer para as crianças eram jogos ativos. Na atualidade, o lazer inclui atividades sedentárias, como ver televisão ou jogar em computador. No Estado de Santa Catarina pesquisa revelou que a prevalência de sobrepeso e de obesidade entre escolares estava associada a fatores como sedentarismo, ocasionado pela facilidade de acesso aos jogos

eletrônicos e à televisão, aliados à diminuição da prática de atividade física e da duração das horas de sono, situações que podem interferir na qualidade de vida das/os mesmas/os⁽¹⁷⁾.

Exercício físico leve a moderado estimula o crescimento, já o exercício físico extenuante deve ser desencorajado, pois ele compromete o crescimento, a evolução do crescimento puberal, a função reprodutiva e a mineralização óssea, especialmente quando associado à restrição alimentar. A musculação, quando realizada na fase pré-púberes ou no período de aceleração do crescimento, pode ser muito prejudicial, devido ao risco de comprometer a cartilagem de crescimento⁽¹⁵⁾.

Adolescentes do sexo masculino desenvolvem mais atividade física, isto se deve ao fato das diferenças biológicas, socioculturais, de percepção de corpo e de atributos de gênero. Consideram que desde a infância existe uma diferença na forma como são educados de acordo com o sexo. A menina é estimulada a praticar atividades delicadas, leves, justificada pela fragilidade do seu corpo, já os meninos devem desenvolver tarefas que exigem atividade física vigorosa, devido à justificativa de possuírem corpos fortes e pela imagem de terem mais coragem e habilidade⁽¹⁸⁾.

A relação entre Educação Física e saúde traz benefícios orgânicos provocados pelos movimentos corporais sejam através da atividade física ou das práticas corporais⁽¹⁹⁾. Com a realização da prática de educação física pretende-se uma preservação do corpo em sua totalidade, construindo-se bem-estar físico, mental, e social, como também, estabelecendo-se prevenção contra as sequelas da vida de pessoas ricas e pobres do mundo atual⁽²⁰⁾.

Na tentativa de ajudar na melhoria da qualidade de vida e na redução da vulnerabilidade aos riscos à saúde, em 2006 o Ministério da Saúde cria a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) que dentre as ações elencadas aponta a redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas; alimentação saudável, práticas corporais/atividade física.

A inclusão do tema da atividade física como prioridade na PNPS passa pela compreensão de que a inatividade física é um dos principais fatores de risco para a mortalidade mundial⁽²¹⁾. No entanto, não basta criar programas, devem-se construir condições para promoção e proteção da saúde envolvendo o sistema educacional e de saúde, sendo a escola grande aliada no sentido de ampliar o conhecimento sobre nutrição, possibilitar mudanças de hábitos alimentares e estimular a prática de atividades físicas. Desse modo, a integralidade, no âmbito da saúde da/o adolescente, diz respeito à necessidade de considerá-la/o não apenas como objeto das práticas de saúde, mas como alguém que apresenta

demandas específicas e diversificadas que necessitam ser atendidas da forma mais ampla possível, atentando para a contínua oferta de novos atrativos.

A partir de 2011, no Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), foram introduzidos indicadores de promoção da saúde para monitoramento nos municípios. Estas ações compuseram o Plano Nacional de Saúde 2012-2015 e o Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde 2011-2015, com a fundação do Programa Academia da Saúde, sendo que as práticas corporais e atividade física foi o eixo central de suas ações, tendo incluído nos seus desígnios as ações de promoção à saúde, como alimentação saudável, prevenção de violência, prevenção de tabaco, álcool e drogas e outras⁽²¹⁾.

A realidade da atenção mostra que, no tocante ao cuidado à saúde, os serviços estão organizados em torno de ações para prevenir ou tratar doenças e exclui esse grupo populacional das prioridades, tendo em vista que no modelo hegemônico a queixa clínica orienta as intervenções. Nesse sentido, a integralidade do cuidado não se viabiliza e as demandas de adolescentes, permanecem na invisibilidade.

Vulnerabilidade às drogas como demanda para ações de proteção à saúde

Adolescentes que participaram do nosso estudo expressaram em seus discursos o reconhecimento dos malefícios do uso abusivo de drogas lícitas, como álcool e medicamentos, considerados como questão de saúde pública. Apresentam posição social proibitiva em relação a drogas ilícitas, considerando que atraem jovens para o consumo e para o tráfico, reproduzindo assim, o que orienta famílias e demais instituições em relação ao uso de drogas. Essas afirmações podem ser constatadas em seus discursos seguintes:

Os adolescentes e o álcool se tornou uma questão de saúde pública pelo aumento do consumo (Acácia, 18 anos, F).

As pessoas sabem que faz mal mais só que mesmo assim entram no mundo das drogas porque lá elas são bem aceitas, é do jeito que elas querem que seja a vida delas, é por isso que muitas entram neste caminho (Begônia, 17 anos, F).

Agrotóxico, automedicação, álcool, drogas tudo destrói a vida das pessoas (Angélica, 18 anos, F).

O uso de medicamento de forma indiscriminada, sem prescrição também prejudica a nossa saúde (Alfazema, 18 anos, F).

Coloquei essa aqui por causa do tráfico de drogas, hoje em dia todos os jovens estão se entregando ao tráfico (Anêmona, 16 anos, F).

Nos discursos apenas as adolescentes destacaram a valorização da iniciação do uso de drogas como influência externa, adolescentes se tornam vulneráveis pela necessidade de autoafirmação, da qual o grupo parece se distanciar. Em seus discursos, expressam incorporação de valores que atendem a expectativas institucionais, mas não há garantias da problematização da realidade nesses espaços, em que os contextos familiar, social e econômico devem ser considerados.

Os/as adolescentes são mais susceptíveis ao uso de drogas, pois estão vivenciando um período de mudanças e adaptações, podendo iniciar o seu uso, como meio de fuga ou de resolução de problemas, sendo que o seu efeito pode trazer sérias consequências para a sua saúde, ao relacionamento familiar e comunitário⁽²²⁾.

Estudos mostram as vulnerabilidades existentes na adolescência e na infância, porém evidenciam que há importantes políticas públicas nacionais, articuladas a propostas para o enfrentamento dos riscos nessas etapas da vida. Para isso, profissionais de saúde devem desenvolver educação em saúde utilizando metodologia problematizadora como estratégia para que adolescentes se tornem menos vulneráveis, possibilitando formação, desenvolvimento de novos comportamentos e abrindo caminhos ao empoderamento. Assim, serão pessoas mais críticas, reflexivas e conscientes dos seus direitos e deveres enquanto cidadãos/ãos⁽²³⁾.

No VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras que aconteceu em 2010, como iniciativa da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), em parceria com o Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas da Universidade Federal de São Paulo (CEBRID/UNIFESP), foi constatado que o uso de tabaco foi maior entre mulheres, mesmo não tendo significância estatística. No entanto, o uso de álcool teve significância estatística, mostrando maior predominante no sexo feminino, fato este, também observado no levantamento de 2004⁽²⁴⁾.

Comumente, o início do uso de drogas está relacionado à curiosidade, influências de amigas/os e familiares, podendo esse consumo levar à dependência. Nessas situações, a busca por tratamento tem forte influência de familiares e amigas/os, mas está condicionada ao reconhecimento dos malefícios da droga e da manifestação do desejo de um dia conseguir se

livrar dela⁽²⁵⁾. Nesse momento é de extrema importância a atuação de profissionais de saúde que orientem suas ações pela integralidade, assim serão capazes de identificar problemas, planejar e desenvolver ações de âmbito individual e grupal, valorizando demandas subjetivas e contextos em que se inserem as/os adolescentes.

Aliado a esse fato, muitas/os adolescentes apresentam dificuldade de impor sua opinião contrária ao uso de drogas quando esse é dominante no seu grupo de amigas/os, o que acaba contribuindo para que se encorajem à experimentação inicial e a possibilidade de dependência no futuro. Assim, a aprovação pelo grupo no qual está inserida/o acaba influenciando o modo como a/o adolescente se comporta, aumentando o risco para o consumo⁽²⁶⁾. Em contrapartida, adolescentes podem ser mais propensas/os a não usar drogas quando as/os amigas/os não fazem uso e suas amizades são caracterizadas de forma mais positiva⁽²⁷⁾.

As/os adolescentes tendem a conviver em grupo com características semelhantes guardando entre si uma identidade cultural que inclui modos de se alimentar, de se vestir e de se portar. Comportamentos em comum são garantia de aceitação no grupo e, na dinâmica das relações sociais, amigas/os podem estimular o consumo de álcool, tabaco e outras drogas, igualando-se na experimentação do novo, na atração pelo proibido, na busca do prazer imediato.

Em levantamento realizado pela CEBRID foi constatado diferença de sexo quanto ao uso de drogas psicotrópicas. Os adolescentes usam mais drogas como cocaína, solventes, maconha e esteroides; enquanto as adolescentes, medicamentos, como os anfetamínicos (anorexígenos – moderadores de apetite), os ansiolíticos (tranquilizantes) e analgésicos²⁴.

No nosso estudo, ao valorizar a automedicação e possibilidades de dependência, adolescentes incluem medicamentos no mundo das drogas, demonstrando visão crítica e atenta à saúde e suas demandas. Na literatura científica, há uma relação positiva entre o uso de drogas psicotrópicas sem prescrição médica e episódios depressivos maiores entre adolescentes, evidenciando que as/os adolescentes que usaram medicamentos sem prescrição médica estão 33% a 35% mais propensas/os a experimentar episódios depressivos maiores em comparação com as/os adolescentes que não fizeram uso⁽²⁸⁾.

Quaisquer iniciativas de políticas de saúde pública devem estabelecer um equilíbrio entre a necessidade de minimizar a automedicação entre as/os adolescentes e a necessidade de assegurar o acesso igualitário e equânime aos cuidados de saúde⁽²⁹⁾.

Portanto, o uso de medicamentos sem prescrição médica em adolescentes é um importante problema de saúde pública, por ser um período marcado por vulnerabilidades com risco não apenas para a experimentação de drogas lícitas ou ilícitas, mas também para o desenvolvimento de dependência. Além disso, nessa fase da vida, o cérebro está ainda em desenvolvimento e a exposição a drogas pode interferir neste processo⁽²⁸⁾.

Os medicamentos podem ser altamente viciantes e o uso prolongado pode resultar em efeitos adversos para a saúde física e mental. Esse tema é pouco explorado, assim como os mecanismos que ligam a automedicação e a saúde mental de adolescentes. A valorização desse aspecto pelas/os adolescentes que participaram do estudo representa um alerta para profissionais de saúde incluírem a automedicação nas prioridades para a atenção à saúde de adolescentes, haja vista os eventos adversos oriundos do uso indiscriminado de medicações e as consequências para a saúde pública.

No que diz respeito às drogas, para que o cuidado seja orientado pela integralidade, é necessário desenvolver ações que contemplem, além da dimensão biológica, as dimensões social, psicológica, cultural, na tentativa de atender de maneira eficaz às necessidades das/os adolescentes usuárias/os de drogas, que são complexas. Para tanto, torna-se necessária a interação de diferentes saberes profissionais e a articulação entre os vários níveis de assistência, na tentativa de promover uma atenção eficaz e integral. Devendo oferecer um cuidado norteado pelo diálogo e escuta ativa de necessidades com valorização de singularidades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As/os adolescentes que participaram desta pesquisa concebem o estilo de vida como um dos pontos demandantes de atenção à saúde. Elencaram a alimentação, a atividade física, o bem estar físico e psicológico e o uso de drogas como aspectos que interferem na saúde, revelando em seus depoimentos a necessidade de adesão a hábitos saudáveis para promoção e proteção à saúde, como também para redução de vulnerabilidades.

As/os participantes do estudo se referem à alimentação saudável como um valor a ser incorporado para a saúde de adolescentes, não necessariamente incorporado como hábito pelo grupo. Tal concepção, também, se apresenta quando valorizam a atividade física como geradora de prazer e bem-estar, percebendo o corpo sob um olhar que rompe com as

manobras ideológicas em que esse é reduzido a objeto de/para consumo. O uso e o abuso de drogas lícitas e ilícitas se apresentam na pesquisa como espaço de vulnerabilidade de adolescentes e problema de saúde pública, demandante de cuidados preventivos.

Embora os valores defendidos socialmente estejam fortemente presentes em seus discursos e as/os diferenciem como grupo que tende a hábitos de vida favoráveis a saúde, ressalta-se que o estudo objetivou analisar demandas de saúde de adolescentes relacionadas ao estilo de vida. Nesse sentido, indicam o que consideram importante para uma adolescência saudável, porém estão incluídas/os no grupo populacional fortemente pressionado por apelos para o consumo; a objetificação do corpo, sobretudo das mulheres e os prazeres imediatos, que veiculam valores efêmeros.

O grupo de adolescentes que participou desta pesquisa é a constatação de que as visões de mundo abertas para a realidade concreta que consigo traz a dimensão crítica e a dimensão política é possível entre jovens em construção, sendo colocada a possibilidade de influenciar-se positivamente no tocante ao estilo de vida. Nessa dinâmica, o cuidado a demandas de adolescentes não cabe em protocolos institucionais, pois requer escuta segundo especificidades, sendo esse ponto de partida para o planejamento de ações na perspectiva da integralidade.

Referências

1. Nogueira ALA, Sousa FGM, Silva IR, Silva ACO, Silva DCM, Santana EEC. Funcionalidade de famílias de adolescentes de escolas públicas: uma abordagem descritiva. *Cogitare Enfermagem*. 2012; 17(2). Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/25878/18450>. Acesso em: 20 fev 2015.
2. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) 2009. Rio de Janeiro: IBGE; 2009. [acessado fev 2015]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/default.shtm>
3. Saito MI. Síndrome da adolescência normal: interface com a patologia. In: Saito MI, Silva LEV. Adolescência: prevenção e risco. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2014; 632p.
4. Lamare T.. Ministério da Saúde. In: SIMPOSIO INTERNACIONAL DO ADOLESCENTE, 1., 2005, São Paulo. Proceedings online. Available from: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?>

5. Jager ME, Batista FA, Perrone CM, Santos SS, Dias ACG. O adolescente no contexto da saúde pública brasileira: reflexões sobre o PROSAD. *Psicologia em Estudo*. 2014; 19(2):211-221.
6. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: Pinheiro Roseni, Mattos RA (Orgs.). *Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 5. ed. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS, UERJ, ABRASCO, 2009.
7. Mattos RA. Integralidade e a formulação de políticas específicas acerca de valores que merecem ser definidos. In: Pinheiro R, Mattos RA (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ: ABRASCO, 2003, p.45-59.
8. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 20 jul.2013.
9. Spink MJ, Menegon VM, Medrado B. Oficinas como estratégia de pesquisa: articulações teóricas-metodológicas e aplicações ético-políticas. *Psicologia & Sociedade*. 2014 26(1): 32-43. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v26n1/05.pdf> Acesso em: 10 mai 2015.
10. Portella AP, Gouveia T. *Idéias e dinâmicas para trabalhar com gênero*. Recife (PE): SOS Corpo; 1998.
11. Fiorin JL. *Linguagem e ideologia*. 6. ed. São Paulo: Ática, 2003.
12. Vitale MSS. Consumo de alimentos reguladores e ingestão hídrica. In: Saito MI, Silva LEV. *Adolescência: prevenção e risco*. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2014; 632p.
13. Silva JG, Teixeira MLO, Ferreira MA. Alimentação e saúde: sentidos atribuídos por adolescentes. *Esc Anna Nery*. 2012; 16(1):88- 95.
14. Moratoya EE, Carvalhaes GC, Wander AE, Almeida LMMC. Mudanças no padrão de consumo alimentar no Brasil e no mundo. *Revista de política agrícola*. 2013; Ano XXII(1):72-84.
15. Saito MI, Ruffo P. Nutrição. In: Saito MI, Silva LEV. *Adolescência: prevenção e risco*. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2014; 632p.

16. Almeida MAB, Gutierrez GL, Marques R. Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas, de pesquisa. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades – EACH/USP, 2012. 142p.: il.
17. Corso ACT, Caldeira GV, Fiates GMR, Schmitz BAS, Ricardo GD, Vasconcelos FAG. Fatores comportamentais associados ao sobrepeso e à obesidade em escolares do Estado de Santa Catarina. R. bras. Est. Pop. 2012; 29(1):117-131.
18. Farias Junior JC, Lopes AS, Mota J, Hallal PC. Prática de atividade física e fatores associados em adolescentes no Nordeste do Brasil. Rev. Saúde Pública. 2012; 46(3): 505-515.
19. Souza JLS. O SUS e a introdução da prática de atividades físicas na ESF: uma revisão da importância para a promoção e prevenção nas DCNT e na saúde mental. EPDeportes.com, Revista Digital. 2011; Ano 16. Nº 159.
20. Stein CK. A educação Física e o programa de saúde da família: mundos que se comunicam. Anais do XI Congresso Nacional de Educação & III Encontro Sul Brasileiro de Psicopedagogia. PUCPR. Curitiba, 2009.
21. Malta DC, Silva MMA, Albuquerque GM, Amorim RCA, Rodrigues GBA, Silva TS et al. Política Nacional de Promoção da Saúde, descrição da implementação do eixo atividade física e práticas corporais, 2006 a 2014. Rev Bras Ativ Fis e Saúde. 2014; 19(3):286-299.
22. Santos MB, Costa CLNA. O uso de drogas na adolescência. Cadernos de Graduação – Ciências Humanas e Sociais. 2013; 1(17):143-150.
23. Fonseca FF, Sena RKR, Santos RLA, Dias OV, Costa SM. As vulnerabilidades na infância e adolescência e as políticas públicas brasileiras de intervenção. Rev. paul. pediatri. [online]. 2013; 31(2):258-264.
24. CEBRID. VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras – 2010. São Paulo: **CEBRID** - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo 2010.
25. Gabatz RIB, Schmidt AL, Terra MG, Padoin SMM, Silva AA, Lacchini AJB. Percepção dos usuários de crack em relação ao uso e tratamento. Rev Gaúcha Enferm. 2013;34(1):140-146.

26. Hall R, Lembke A. Substance use disorders in adolescence. In: HALL, Rebecca; LEMBKE, Anna. *Treating adolescents*. 2. ed. New Jersey: John Wiley & Sons, 2015.
27. Shadur JM, Hussong AM. Friendship intimacy, close friend drug use, and self-medication in adolescence. *Journal of Social and Personal Relationships*. 2014; 31(8):997-1018.
28. Ali MM, Dean DJ, Lipari R, Dowd WN, Aldridge AP, Novak SP. The mental health consequences of nonmedical prescription drug use among adolescents. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*. 2015; 18(1): 3-15.
29. UNODC. United Nations Office on Drugs and Crime. *The non-medical use of prescription drugs: policy direction issues*. New York: United Nations, 2011.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A inquietude em adentrar o mundo de adolescentes na tentativa de conhecer demandas de saúde nos mostrou que a problematização da realidade de adolescentes a partir do próprio grupo, com escuta sensível de diferentes vozes foi reveladora de especificidades originárias da saúde mental, estilo de vida e sexualidade como demandantes de cuidado, constituindo prioridades para atenção à sua saúde, requerendo, portanto, ressignificação de práticas profissionais para que se vislumbre o alcance da integralidade.

Buscamos com esta tese oferecer bases para o cuidado à saúde de adolescentes na perspectiva da integralidade. Nesse sentido, a perspectiva analítica permeou o olhar para o que emergiu das reflexões e foram problematizadas no trabalho grupal buscando-se elementos para leitura de singularidades. Sendo assim, constroem-se simultaneamente sentidos para a integralidade, esses emergindo de demandas de um grupo de adolescentes, cuja visão de mundo se apresenta em um nível de elaboração que extrapola representações e rótulos sobre essa faixa etária.

Os dados empíricos resultaram em três categorias centrais: Saúde mental como dimensão para o cuidado de adolescentes; Estilo de vida como demandante de cuidado à saúde de adolescentes e Sexualidade e saúde sexual: interseção de demandas para o cuidado. Os temas centrais abstraídos dos discursos demonstram uma visão ampliada de saúde, com centralidade na interação corpo e mente para se pensar a saúde de modo geral, a saúde mental; a sexualidade articulada à saúde sexual; e adoção de hábitos de vida saudáveis, como alimentação e atividade física.

No âmbito da saúde mental constatamos que adolescentes consideram que para ter saúde é necessário existir uma interação corpo e mente, pois acreditam que se a mente não está bem, o corpo também se torna doente e vice-versa. Argumentaram que, na rede de atenção, existe a valorização da saúde centrada no corpo físico em detrimento da saúde mental, mostrando reconhecerem que a atenção na rede de saúde é orientada pelo modelo biomédico e a atenção à saúde mental é negligenciada, revelando assim a concepção de saúde que se preocupa com o bem-estar físico e psicológico das pessoas. Traduzem as demandas desse nível em transtornos psíquicos e elencam a anorexia nervosa e o suicídio como marcadores de importantes transtornos.

No que concerne ao estilo de vida como demandante de cuidado à saúde os discursos das/os adolescentes que participaram da pesquisa, foram dirigidos à alimentação, atividade física, bem-estar físico e psicológico e uso de drogas. Relataram em seus depoimentos uma visão de saúde que se sustenta na promoção e na proteção da saúde por meio da adoção de

hábitos saudáveis para a prevenção de doenças. Reconhece a necessidade de mudanças na prática dos seus hábitos alimentares, para evitar prejuízos a saúde.

Houve ainda a valorização das atividades físicas como requisitos para a saúde. Assumem um lugar diferenciado no tocante ao culto ao corpo revelando a não incorporação da cultura massificada que submete os jovens a um ideal de corpo e, sobretudo, as mulheres às estratégias manipuladoras da indústria da beleza.

Com relação às drogas, as/os participantes do nosso estudo reconhecem os malefícios do uso abusivo de drogas lícitas, como álcool e medicamentos, considerados como questão de saúde pública. Em relação a drogas ilícitas apresentam posição social proibitiva, considerando que atraem jovens para o consumo e para o tráfico, reproduzindo assim, o que orienta famílias e demais instituições.

No âmbito da sexualidade revelaram curiosidades e demandas de saúde, que requerem maior aproximação de profissionais de saúde, da área de educação e da família no sentido de identificar necessidades de cuidado. Os discursos das/os adolescentes revelaram posições sociais que reproduzem uma leitura de sexualidade na relação direta com a saúde sexual. Nesse campo, mostram a necessidade de orientações preventivas e acompanhamento profissional, que remetem à necessidade de conhecimento do corpo.

Adolescentes do nosso estudo traduzem sexualidade como um processo afetivo-sexual, que envolve satisfação em resposta ao desejo e à busca pelo prazer, mostrando liberdade para as mulheres em questões que apenas aos homens era permitido. Existem subjacentes a alguns discursos, as restrições historicamente construídas sobre o sexo, tendo em vista referirem-se ao constrangimento, polêmica em algo que consideram normais e que fazem parte da vida.

Verificamos uma lacuna na interação mães, pais e profissionais da educação e da saúde na direção de ações educativas por meio de diálogo, livre de preconceito e tabus, possibilitando a comunicação efetiva entre os mesmos. Nesse sentido, os serviços de saúde necessitam melhor estruturar-se a fim de atrair adolescentes, reconhecer singularidades e, por meio de profissionais capacitadas/os para o acolhimento e a responsabilização, buscar a integralidade do cuidado.

Consideramos que atingimos todos os objetivos propostos nesta pesquisa vez que foi possível conhecer e analisar as demandas de saúde expressas por adolescentes de ambos os sexos sob o enfoque da integralidade. Confirmamos a tese de que a problematização da realidade de adolescentes foi reveladora de singularidades, capazes de expressarem demandas de cuidado, necessitando que haja uma escuta sensível, prioridades na atenção à saúde e

ressignificação de práticas profissionais fundamentados na integralidade.

As/os participantes do nosso estudo demonstraram uma visão ampliada do que é ter saúde, rompendo a visão reducionista ao perceber interação corpo mente, e expressar preocupação com a saúde que engloba o bem estar biopsicossocial e espiritual. Essa visão ampliada pode estar associada ao desenvolvimento de projetos de educação em saúde nas duas Escolas por docentes e estudantes da UESB, além de ter a Escola uma proposta político-pedagógica, em que professoras/es oferecem atividades criativas e estudantes se engajam com reflexão e discussão sobre temas do seu interesse.

Nos sentidos que se apresentam para a integralidade neste estudo, adolescentes são protagonistas de uma perspectiva de cuidado à saúde que avança para além do que se oferta pela rede de atenção, quando apresentam demandas que não serão satisfeitas com ações técnicas, nem com práticas educativas convencionais. Sendo assim, revelaram que o modelo vigente não dá suporte, exigindo-se um novo modo de planejar e de concretizar o cuidado, em que não é possível definir limites para ofertas, pois suas expectativas são alimentadas por um movimento constante para experimentar o diferente, o novo e as mudanças. Nessa dinâmica, reafirma-se que o cuidado a demandas de adolescentes na perspectiva da integralidade não cabe em protocolos institucionais, pois é dependente da problematização da realidade e permeado pela escuta sensível, sendo esta o ponto de partida para o planejamento de ações.

Os municípios devem buscar meios de operacionalizar a articulação entre a rede de saúde e de ensino conforme está proposto pelo PSE, pois é a escola o local em que ocorre a diversidade de interações, de trocas e de aprendizado coletivo, com o grupo de adolescentes acessíveis as/aos profissionais de saúde. As famílias também precisam se fazer presentes, no sentido de ter suporte para os desafios diante de demandas que requerem cuidados, buscando-se alianças para o atendimento das demandas desse grupo populacional.

Portanto, esse estudo tenta dar visibilidade e valor as demandas de saúde reveladas nos discursos das/os adolescentes, pois acreditamos que elas só se tornarão visíveis no momento em que efetivamente, resgatarmos a integralidade do cuidado, em todas as nuances e dimensões das necessidades humanas, aí inserida a saúde mental, sexualidade e o estilo de vida.

Na condição de docente de uma universidade pública estadual percebo que o enfoque dado nos cursos de graduação, em especial de enfermagem, não tem conseguido subsidiar os/as egressos/as para a compreensão da necessidade de uma abordagem pautada nas demandas de saúde dos adolescentes.

Estamos cientes das possibilidades e limites dessa pesquisa. No entanto, acreditamos que ela nos possibilitou ampliar o nosso conhecimento acerca das especificidades existentes nas demandas de saúde das/os adolescentes, como também para os desdobramentos de novas pesquisas que possam vir a se desenvolver, a partir dos seus resultados. Nessa perspectiva, podemos dizer que novos olhares e abordagens inovadoras devem ser permeados em prol da melhoria do atendimento das demandas de saúde das/os adolescentes. Os conhecimentos produzidos com esse estudo vai nos subsidiar no Ensino, na Pesquisa, Extensão e auxiliar na Prática dos profissionais que trabalham com a temática aqui estudada, ficando evidente que este não é um conhecimento acabado, é apenas fruto de uma trajetória que se está iniciando.

6 REFERÊNCIAS

AFONSO, Lúcia. (org). **Oficinas em dinâmica de grupo na área da saúde**. Belo Horizonte: Edições do Campo Social, 2006.

AFONSO, Lúcia. (org). **Oficinas em dinâmica de grupo: um método de intervenção psicossocial**. Belo Horizonte: Edições do Campo Social, 2002.

ALBERNAZ, Antonio Luiz Gonçalves; PASSOS, Sonia Regina Lambert. **Uso de substâncias psicoativas**. In: COUTINHO, Maria de Fatima Goulart; BARROS, Ricardo do Rêgo. **Adolescência: uma abordagem prática**. São Paulo: Editora Atheneu, 2001.

ALMEIDA, Marcos Antonio Bettine; GUTIERREZ, Gustavo Luis; MARQUES, Renato. **Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas, de pesquisa**. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades – EACH/USP, 2012. 142p.: il.

ALI, Mir M. et al. The mental health consequences of nonmedical prescription drug use among adolescents. **The Journal of Mental Health Policy and Economics**. Milano: v. 18, n. 1, p. 3-15, 2015.

AMARANTE, Andrea Gasparoto de Medeiros. **Juventude no SUS: as práticas de atenção a saúde no Butatã**, 2007, p. 147 Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 2007.

AMARANTE, Gasparoto de Medeiros; SOARES, Cássia Baldini. **Políticas Públicas de Saúde voltadas à adolescência e a juventude no Brasil**. In: BORGES, Ana Luiza Vilela; FUJIMORI, Elizabeth (Orgs). **Enfermagem e a saúde do adolescente na atenção básica**. Barueri, SP. Manole: 2009.

AMARAL, Marta Araújo; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa. A oficina de trabalho como estratégia educativa com adolescentes na área de sexualidade. **REME – Rev. Min. Enf**; 9(2): 168-173, abr/jun, 2005.

ARAÚJO, Émerson Pinto. **Capítulos da História de Jequié**. Salvador: EGB Editora, 1997.

ARECO, Nichollas Martins et al. Caracterização dos serviços que atendem adolescentes: interfaces entre saúde mental e drogadição. **Psicologia & Sociedade**. Florianópolis: v. 23, n. 1, p. 103-113, 2011.

ARRUDA, Déa Mara. **Sistemas de informações e alocação de recursos**. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 1998.

ASSUMPCÃO JR, Francisco. **Desenvolvimento Psicológico**. A prevenção em questão. In: SAITO, Maria Ignez; SILVA, Luiz Eduardo Vargas da. Adolescência: prevenção e risco. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2014; 632p.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita et al. Caminhos da integralidade: adolescentes e jovens na Atenção Primária à Saúde. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.16, n.40, p.67-81, jan./mar. 2012.

AZEVEDO, Maria Regina Domingues de. **Educação sexual**: uma questão em aberto. A prevenção em questão. In: SAITO, Maria Ignez; SILVA, Luiz Eduardo Vargas da. Adolescência: prevenção e risco. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2014; 632p.

BELO, Márcio Alves Vieira, SILVA, João Luiz Pinto. Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. **Rev Saude Publica**. 2004; 38(4)

BORGES, Ana Luiza Vilela. **Início da vida sexual**. In: BORGES, Ana Luiza Vilela; FUJIMORI, Elizabeth (Orgs). Enfermagem e a saúde do adolescente na atenção básica. Barueri, SP. Manole: 2009.

BRASIL. **Constituição da Republica Federativa do Brasil**. São Paulo: Atlas; 1989.

_____. Secretaria Executiva. Coordenação da Saúde da Criança e do Adolescente. **Programa Saúde do Adolescente**. Bases Programáticas. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

_____. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente – COMANDA. Ministério da Justiça. Secretaria de Estados dos Direitos Humanos. Departamento da Criança e do Adolescente. **Pacto pela paz**: propostas aprovadas na plenária final da IV Conferência Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Brasília: COMANDA, 2002.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes.** Brasília (DF); 2004.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Marco legal:** saúde, um direito de adolescentes. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde integral de adolescentes e jovens:** orientações para a organização de serviços de saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde Mental. **Prevenção do suicídio:** manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Área Técnica de Saúde do Adolescente e Jovem. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovem.** Brasília, 2006a.

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

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola.** Série B. Textos Básicos de Saúde. Cadernos de Atenção Básica, n. 24. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

_____. Presidência da República. Ministério do Desenvolvimento Social. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Conselho Nacional de Assistência Social. **Orientações técnicas:** serviços de acolhimento para crianças e adolescentes. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social. 2009b.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) 2009. Rio de Janeiro: IBGE; 2009c. [acessado fev 2015]. Disponível em:<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/default.shtm>

_____. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens**

na promoção, proteção e recuperação da saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. **Estatuto da criança e do adolescente (1990).** 7. ed. Série legislação, n. 25. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2010b.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea.** Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I Brasília: Ministério da Saúde, n. 28, v. 1, 2011.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012.** Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 20 jul.2013.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Recomendações para a Atenção Integral a Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/Aids** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.116 p. : il.

BRAGA, Cláudia Pellegrini; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. A continuidade das internações psiquiátricas de crianças e adolescentes no cenário da Reforma Psiquiátrica Brasileira. **Interface (Botucatu) [online].** 2015, vol.19, n.52, pp. 33-44. ISSN 1807-5762.

BRETAS, José Roberto da Silva et al. Significado da menarca segundo adolescentes. **Acta paul. enferm.** [online]. 2012, vol.25, n.2, pp. 249-255. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n2/a15v25n2.pdf>. Acesso em: 20 jun 2015.

BUENO, Francisco da Silveira. **Dicionário da Língua Portuguesa.** 11ª ed. Brasília (DF): FAE; 1995.

CABRAL, Ronad Vieira; ROMEIRO, Artieres Estevão. Sobre a sexualidade controlada: poder e repressão sexual em Michel Foucault. **Educação,** Batatais, v. 1, n. 1, p. 87-106, jan./dez. 2011.

CAMARGO JUNIOR, Kenneth R.. Das necessidades de saúde à demanda socialmente constituída. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubens Araújo de (Orgs.). **Construção social**

da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. 2. ed. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS, UERJ, ABRASCO, 2010.

CAPRA, Fritjof. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 2006.

CARVALHO, Inaiá Maria Moreira de; ALMEIDA, Paulo Henrique de. Família e proteção social. **São Paulo Perspec**. [online]. 2003, vol.17, n.2, pp. 109-122.

CASTILLO, Ana Regina et al. Transtornos de ansiedade. **Rev. Bras. Psiquiatr**. [online]. 2000, vol.22, suppl.2, pp. 20-23. ISSN 1516-4446.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde**. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubens Araújo de (Org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 6. ed. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS, UERJ, ABRASCO, 2009.

COELHO, Edmeia Almeida Cardoso. **Enfermeiras que cuidam de mulheres: conhecendo a prática sob o olhar de gênero**. [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2001.

COELHO, Edmeia de Almeida Cardoso et al. Integralidade do cuidado à saúde da mulher. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. 2009; jan-mar; 13 (1): 154-160.

CORSO, Arlete Catarina Tittoni et al. Fatores comportamentais associados ao sobrepeso e à obesidade em escolares do Estado de Santa Catarina. **R. bras. Est. Pop**. 2012 jan./jun; 29(1):117-131.

COSTA, Lúcia Helena Rodrigues, COELHO, Edméia de Almeida Cardoso. Ideologias de gênero e sexualidade: a interface entre a educação familiar e a formação profissional de enfermeiras. **Texto contexto - enferm**. [online]. 2013, vol.22, n.2, pp. 485-492. ISSN 0104-0707.

COSTA, Rachel Franklin da; QUEIROZ, Maria Veraci Oliveira; ZEITOUNE, Regina Célia Gollner. Cuidado aos adolescentes na atenção primária: perspectivas de integralidade. **Esc Anna Nery** (impr.)2012 jul -set; 16 (3):466-472.

COUTO, Maria Cristina Ventura; DUARTE, Cristiane S.; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. A saúde mental infantil na saúde pública brasileira: situação atual e desafios. **Revista Brasileira de Psiquiatria** (São Paulo), v. 30, p. 390-398, 2008.

CRUZ, Marina Zuanazzi; PEREIRA JÚNIOR, Alfredo. Corpo, mente e emoções: Referenciais Teóricos da Psicossomática. **Rev. Simbio-Logias**, v.4, n.6, Dez/ 2011.

CRUZ, Therezinha. Adolescente, família e o profissional de Saúde. **Adolescência e Saúde**, v.4,nº3, p.45-50, 2007.

ESPIE, J.; EISLER, I. Focus on anorexia nervosa: modern psychological treatment and guidelines for the adolescentpatient. **Adolesc Health Med Ther**. 2015 Jan 29;6:9-16.

FARIAS JUNIOR, José Cazuzza et al. Prática de atividade física e fatores associados em adolescentes no Nordeste do Brasil. **Rev. Saúde Pública**. 2012; 46(3): 505-515.

FEIJÓ, Ricardo Becker; CHAVES, Márcia Lorena F. **Comportamento Suicida**. In: COSTA, Maria Conceição Oliveira; SOUZA, Ronald Pagnocelli de. Adolescência: aspectos clínicos e psicossociais. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002. 457 p.

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

FERREIRA, Márcia de Assunção et al. **Inserção da saúde do adolescente na formação do enfermeiro**: uma questão de cidadania. In: Ramos, FRS, editor. Projeto Acolher: um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro. Brasília: ABEn/Governo Federal; 2000.p.68-72.

FERREIRA, Márcia de Assunção et al. Saberes de adolescentes: estilo de vida e cuidado à saúde. **Texto contexto - enferm**. [online]. 2007, vol.16, n.2, pp. 217-224. ISSN 0104-0707.

FIORIN, José Luís. **Linguagem e ideologia**. 8ª. ed. São Paulo: Ática, 2003.

FONSECA, Franciele Fagundes et al. As vulnerabilidades na infância e adolescência e as políticas públicas brasileiras de intervenção. **Rev. paul. pediatr**. [online]. 2013, vol.31, n.2, pp. 258-264.

FONTOURA, Rosane Teresinha; MAYER, Cristiane Nunes. Uma breve reflexão sobre a integralidade. **Rev. bras. enferm.** [online]. 2006, vol.59, n.4, pp. 532-536.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade**. A vontade de saber. 19ª Ed. Rio de Janeiro: Graal, 2009, 179 p.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. **Produção Imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde**. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubens Araújo de (Orgs.). Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. 2. ed. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS, UERJ, ABRASCO, 2010.

FRANÇOSO, Lucimar Aparecida; MAURO, Athenê Maria de Marco França. Secretaria da Saúde. **Manual de atenção à saúde do adolescente**./ Secretaria da Saúde. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde - CODEPPS. São Paulo: SMS, 2006. 328p.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 50ª edição. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

FROTA, Ana Maria Monte Coelho. Diferentes concepções da infância e adolescência: a importância da historicidade para sua construção. **Estudos e pesquisas em psicologia**, UERJ, RJ, v. 7, n. 1, p. 147-160, abr. 2007.

GABATZ, Ruth Irmagard Bartschi et al. Percepção dos usuários de crack em relação ao uso e tratamento. **Rev Gaúcha Enferm.** 2013; 34(1):140-146.

GAIO, Roberta Cortez. (Org.). **Metodologia de pesquisa e produção de conhecimento**. 1ª. ed. Petrópolis - RJ: Editora Vozes, 2008. v. 1. 221 p.

GARRITANO, Eliana Julia; SADALA, Glória. O adolescente e a cultura do corpo na contemporaneidade. **Revista da Faculdade de Educação da UFG**. 2009; v. 34, n. 2.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6ª Ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, Rafael da Silveira; PINHEIRO, Roseni; GUIZARDI, Francini Lube. **A orquestração do trabalho em saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes**. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubens Araújo (Orgs.). Construção social da demanda:

direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. 2. ed. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS, UERJ, ABRASCO, 2010.

GOMES, Romeu. **Sexualidade e masculinidade**: a trama das palavras. In: GOMES, Romeu. Sexualidade masculina, gênero e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

GONÇALVES, Hebe Signorini; GARCIA, Joana. Juventude e sistema de direitos no Brasil. **Psicol Cienc Prof.** 2007;27(3):538-53.

GREENBERG, Jerrold S.; BRUESS, Clint E.; OSWALT, Sara B. **Exploring the dimensions of human sexuality**. 50. ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning, 2014.

GRILLO, Cristiane de Freitas Cunha et al. **Saúde do adolescente**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2011.

GUEDES, Rebeca Nunes; SILVA, Ana Tereza Medeiros Cavalcanti; COELHO, Edméia de Almeida Cardoso. Woman life and health: arguing the problems of the reality with professionals of the care. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Vol 6, No 2 (2007). Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/rt/prINTERfriendly/j>. Acesso em: 03 abr 2015.

GUIMARÃES, Eleuse Machado de Britto. **Gravidez na adolescência**: fatores de risco. In: SAITO, Maria Ignez; SILVA, Luiz Eduardo Vargas. Adolescência: prevenção e risco. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2014; 652p.

HALL, Rebecca; LEMBKE, Anna. **Substance use disorders in adolescence**. In: HALL, Rebecca; LEMBKE, Anna. Treating adolescents. 2. ed. New Jersey: John Wiley & Sons, 2015.

HEILBORN, Maria Luiza et al. **Gênero e carreiras sexuais e reprodutivas de jovens brasileiros**. In: Anais do 15º Encontro Nacional de Estudos Populacionais [texto na Internet]; 2006 set. 18-22; Caxambu: ABEP; 2006. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2006/docspdf/ABEP2006>

HEILBORN, Maria Luiza. **Experiência da sexualidade, reprodução e trajetórias biográficas juvenis**. In: HEILBORN, Maria Luiza et al. O aprendizado da sexualidade:

reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro: Garamond e Fiocruz, 2006.

HERA, **Direitos sexuais e reprodutivos e saúde das mulheres**: ideias para ação, 1999. HERA – Health, Empowerment, Rights & Accountability. www.iwhc.org/hera

HORTA, Natália de Cassia; SENA, Roseni Rosangela. Abordagem ao adolescente e ao jovem. **Physis**. 2010;20(2):475-94.

IBGE, 2012. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/>> Acesso em: 10 jun. 2013.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Políticas sociais**: acompanhamento e análise nº15. Brasília: IPEA, 2008.

IUNES, Roberto F. **Demanda e demanda em saúde**. In. PIOLA, Sergio Francisco; VIANNA, Solon Magalhães. Economia da saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde. 2. Ed. Brasília: IPEA, 2002.

JAGER, Márcia Elisa et al. **O adolescente no contexto da saúde pública brasileira: reflexões sobre o PROSAD**. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 19, n. 2, p. 211-221, abr./jun. 2014.

JILLSON, Irene Anne; EISENSTEIN, Evelyn. Direitos à saúde e questões éticas durante a adolescência: desafios atuais!. **Adolesc Saude**. 2013; 10 (Supl.2):53-60.

KAR, Sujita K.; CHOUDHURY, Ananya; SINGH, Abhishek P. Understanding normal development of adolescent sexuality: a bumpy ride. **J Hum Reprod Sci**. 2015 Apr-Jun; 8(2): 70–74. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4477452/#ref1>

LACERDA, Alda; VALLA, Victor Vncent. **Um outro olhar sobre a construção social da demanda a partir da dádiva e das práticas de saúde**. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. (Org.). *Construção Social da Demanda*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005.

LAMANNO- ADAMO, Vera Lúcia C. **Processo de Abordagem com famílias**. In: SAITO, Maria Ignez; SILVA, Luiz Eduardo Vargas. *Adolescência: prevenção e risco*. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2014; 632p.

LAMARE, Thereza. Ministério da Saúde. In: SIMPOSIO INTERNACIONAL DO ADOLESCENTE, 1., 2005, São Paulo. **Proceedings online**. Available from: <<http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?>

LEAL, Marta Miranda; SILVA, Luiz Eduardo Vargas. **Crescimento e Desenvolvimento Puberal**. In: SAITO, Maria Ignez; SILVA, Luiz Eduardo Vargas. Adolescência: prevenção e risco. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2014; 632p.

LEITE, Vanessa. A sexualidade adolescente a partir de percepções de formuladores de políticas públicas: refletindo o ideário dos adolescentes sujeitos de direitos. **Psicol. clin.** [online]. 2012, vol.24, n.1, pp. 89-103. ISSN 0103-5665.

LI Ying.; LI Yafei.; CAO, Jia. Factors associated with suicidal behaviors in mainland China: a meta-analysis. **BMC Public Health**. 2012 Jul 16;12:524.

LIMA, Nádia Laguárdia; ROSA, Carla de Oliveira Barbosa; ROSA, José Francisco Vilela. Identificação de fatores de predisposição aos transtornos alimentares: anorexia e bulimia em adolescentes de Belo Horizonte, Minas Gerais. **Estud. Pesqui. Psicol.**, Rio de Janeiro, v.12, n. 2, p. 360-378, 2012.

LISBOA, Teresa Kleba. **O Empoderamento como estratégia de inclusão das mulheres nas políticas sociais**. Florianópolis, agosto de 2008.

LOPES, Maria Helena Baena de Moraes. **Sexualidade**. In: LOPES, Maria Helena Baena de Moraes. Enfermagem na saúde da mulher. Goiania:AB, 2006.

LOPES, Édisa Brito et al. **Metodologias para o trabalho educativo com adolescentes**. In: Adolescer: compreender, atuar, acolher: Projeto acolher/ Associação Brasileira de Enfermagem. Brasília: ABEn, 2001. 304 p.

LUZ, Madel T. Demanda em Saúde: construção social no campo multidisciplinar da saúde coletiva. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubens Araújo de. **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS, UERJ, ABRASCO, 2006.

MACÊDO, Maria Rita de Cássia. **Políticas públicas e promoção da saúde dos adolescentes e jovens do sexo masculino: saúde sexual e reprodutiva, masculinidades e violências**.

[Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2010.

MACEDO, Senei da Rocha Henrique et al. Adolescência e sexualidade: scripts sexuais a partir das representações sociais. **Rev. bras. enferm.** [online]. 2013, vol.66, n.1, pp. 103-109.

MALBERGIER, Andre; CARDOSO, Luciana Roberta Donola ; AMARAL, Ricardo Abrantes do. Uso de substâncias na adolescência e problemas familiares. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 678-688, 2012.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Política Nacional de Promoção da Saúde, descrição da implementação do eixo atividade física e práticas corporais, 2006 a 2014. **Rev Bras Ativ Fis e Saúde.** Pelotas/RS, 19(3):286-299. Mai/2014.

MANDÚ, Edir Nei Teixeira. **Adolescência:** saúde, sexualidade e reprodução. Brasília: Revista Adolescer: ABEn Nacional Compreender, atuar e acolher. P. 59-77. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br> Acesso em: 20 de set. 2013.

MARCHESAN, Maria Tereza Nunes; RAMOS, André Gonçalves. Check list para a elaboração e análise de questionários em pesquisas de crenças. **Revista Eletrônica de Linguística.** Volume 6, n° 1 – 1° Semestre 2012. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/dominiosdelinguagem>. Acesso em 05 de abr de 2015.

MAROLA, Caroline Andreia Garrido; SANCHES, Carolina Silva Munhoz e CARDOSO, Lucila Moraes. Formação de conceitos em sexualidade na adolescência e suas influências. **Psicol. educ.** [online]. 2011, n.33, pp. 95-118. ISSN 1414-6975.

MATTOS, Ruben Araujo de. **Integralidade e a formulação de Políticas específicas de saúde.** In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubens Araújo de (Orgs.). Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. 5. ed. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS, UERJ, ABRASCO, 2010.

MATTOS, Ruben Araujo de. **Os sentidos da integralidade:** algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubens Araújo de (Orgs.). Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 5. ed. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS, UERJ, ABRASCO, 2009.

MCLOUGHLIN, Aoibheann B. ; GLOUD, Madelyn S.; MALONE, Kevin M. Global trends in teenage suicide: 2003-2014. **QJM**. Oxford: v. 1, n. 1, 2015.

MELO, Monica Cecília Pimentel; COELHO, Edméia de Almeida Cardoso; GALVÃO, GIMENI, Marli Teresinha; NASCIMENTO; Enilda Rosendo. Integralidade e gênero como base teórica para o cuidado à saúde de adolescentes grávidas. **Rev Min Enferm**. 2013 jul/set; 17(3): 731-735.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento - Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010. 269 p.

MORAES, Paulo Alexandre; BERTOLOZZI, Maria Rita; HINO, Paulo. Percepções sobre necessidades de saúde na atenção básica segundo usuários de um serviço de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo: v. 45, n. 1, p. 19-25, 2011.

MORATOYA, Elsie Estela et al. Mudanças no padrão de consumo alimentar no Brasil e no mundo. **Revista de política agrícola**. 2013 Jan./Fer./Mar.; Ano XXII(1):72-84.

MURPHY, D. A et al. No change in health risk behaviors over time among HIV infected adolescents in care: role of psychological distress. **The Journal of adolescent health**. New York: v. 29, suppl. 3, p. s57-63, 2001.

NOGUEIRA, Ana Larissa Araújo et al. Funcionalidade de famílias de adolescentes de escolas públicas: uma abordagem descritiva. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 17, n. 2, 2012.

NOGUEIRA, Daniela Macias. **Gênero e sexualidade na educação**. Anais do I Simpósio sobre Estudos de Gênero e Políticas Públicas, ISSN 2177-8248 Universidade Estadual de Londrina, 24 e 25 de junho de 2010.

NWAGU, Evelyn N. Alcohol and drug usage; and adolescents' sexual behaviour in Nigeria. **Health Promotion International**. 2015; 1–9. <http://heapro.oxfordjournals.org>

OLIVEIRA, Ana Paula Granzotto de; MILNITSKY-SAPIRO, Clary. Políticas públicas para adolescentes em vulnerabilidade social: abrigo e provisoriedade. **Psicologia: Ciência e Profissão**. Brasília: v. 27, n. 4, p. 622-635, 2007.

OLIVEIRA, Carla Braga et al. As ações de educação em saúde para crianças e adolescentes nas unidades básicas da região de Maruípe no município de Vitória. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: v. 14, n. 2, p. 635-644, 2009.

OLIVEIRA, Fabiana Noronha de et al. A criança e o adolescente como sujeitos de direitos e os desafios para sua inclusão na agenda das políticas públicas municipais. **Revista de Políticas Públicas**. São Luís: v. 15, n. 2, p. 213-223, 2011.

OLIVEIRA, Francisca Bezerra et al. (Re) construindo cenários de atuação em saúde mental na Estratégia Saúde da Família. **RBPS Rev Bras Promoç Saúde**., Fortaleza, 24(2): 109-115, abr./jun., 2011.

ORES, Liliane da Costa et al. Risco de suicídio e comportamentos de risco à saúde em jovens de 18 a 24 anos: um estudo descritivo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28(2):305-312, fev, 2012.

ORLANDI, Eni Puccinelli. **Análise de discurso: princípios e procedimentos**. 2ª. Campinas, SP: Pontes, 2000.

PAIXÃO, Ana Cristina Wanderley da; DESLANDES, Suely Ferreira. Análise das políticas públicas de enfrentamento da violência sexual infantojuvenil. **Saúde e Sociedade**. São Paulo: v. 19, v. 1, p. 114-126, 2010.

PAVIANI, Neires Maria S. FONTANA Niura Maria. **Oficinas pedagógicas: relato de uma experiência**. Conjectura.2009.14(2):77-88.

PESSALACIA, Juliana Dias Reis; MENEZES, Elen Soraia de; MASSUIA, Dinéia. A vulnerabilidade do adolescente numa perspectiva das políticas de saúde pública. **Revista Bioethikos**. São Paulo: v. 4, n. 4, p. 423-430, 2010.

PETRI, Valéria. **AIDS e adolescência**. In: SAITO, Maria Ignez; SILVA, Luiz Eduardo Vargas. **Adolescência: prevenção e risco**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2014; 652p.

PINHEIRO, Roseni. **As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade**. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubens Araújo. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS, UERJ, ABRASCO, 2006.

PINHEIRO, Roseni. Integralidade do cuidado: a promessa da política e a confiança no direito. In: PINHEIRO, Roseni; MARTINS, Paulo Henrique. Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde. 1. ed. Rio de Janeiro/Recife: CEPESC,IMS/UERJ, EDITORA UNIVERSITÁRIA UFPE, ABRASCO, 2011.

PINHEIRO, Roseni. **Integralidade em saúde**. In: Dicionário Educação Profissional em Saúde. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fundação Osvaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>. Acesso em: 03 abr 2015.

PINHEIRO, Roseni; LUZ, Madel Therezinha. Práticas eficazes X Modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubens Araújo de (Orgs.). **Construção da Integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. 5. ed. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS, UERJ, ABRASCO, 2010.

PINHEIRO, Thiago Félix; COUTO, Márcia Thereza. Sexualidade e reprodução: discutindo gênero e integralidade na Atenção Primária à Saúde. **Physis [online]**. 2013, vol.23, n.1, pp. 73-92. ISSN 0103-7331.

PINTO, Agnes Caroline Souza et al. Fatores de risco associados a problemas de saúde mental em adolescentes: revisão integrativa **Rev Esc Enferm USP** 2014; 48(3):555-64 www.ee.usp.br/reeusp/

POESCHL, Gabrielle; VENANCIO, Joana; COSTA, Daniel. Consequências da (não) revelação da homossexualidade e preconceito sexual: o ponto de vista das pessoas homossexuais. **Psicologia [online]**. 2012, vol.26, n.1, pp. 33-53. ISSN 0874-2049.

PORTELLA, Ana Paula; GOUVEIA, Taciana. Idéias e dinâmicas para trabalhar com gênero. Recife (PE): SOS Corpo; 1998.

PORTO, Tainara Serodio Amim; SILVA, Rangel Carla Marins; VARGENS, Octavio Muniz da Costa. Cuidando de mulheres com HIV/AIDS: uma análise interacionista na perspectiva de mulheres profissionais de saúde. **Rev Gaúcha Enferm**. 2014 jun;35(2):40-6. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v35n2/pt_1983-1447-rgenf-35-02-00040.pdf. Acesso em: 20

RAPOSO, Clarissa. A Política de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovem: uma perspectiva de garantia de direito à saúde?. **Revista em Pauta**. Rio de Janeiro: v. 6, n. 3, p. 117-138, 2009.

REATO, Lígia de Fátima Nóbrega. **Meios de Comunicação**. In: SAITO, Maria Ignez; SILVA, Luiz Eduardo Vargas da. Adolescência: prevenção e risco. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2014; 632p.

REIS, David et al. Atenção integral a saúde dos adolescentes: percepção dos trabalhadores de saúde na Unidade de Saúde da Família Nossa Senhora da Vitória I do município de Ilhéus, Bahia, Brasil. **UDESC em Ação**. Florianópolis: v. 6, n. 1, p. 1-14, 2012.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 2010.

ROCHA, Francisca Alanny Araújo et al. Programa de Saúde da Família: percepção de adolescentes de um município do Estado do Ceará. **Adolescência & Saúde**. Rio de Janeiro: v. 9, n. 2, p. 7-13, 2012.

RUZANY, Maria Helena. **Atenção ao adolescente: considerações éticas e legais**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde do adolescente: competências e habilidades. Série B. Textos Básicos da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

SAFFIOTI, Heleieth. Ontogênese e filogênese do gênero: ordem patriarcal de gênero e a violência masculina contra mulheres. **Série Estudos e Ensaios – Ciências Sociais/Flacso Brasil**. Junho 2009.
http://flacso.org.br/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=53&dir=DESC&order=date&Itemid=137&limit=5&limitstart=5

_____. “Rearticulando gênero e classe social”. In: Uma questão de gênero. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos/FCC, 1992, p. 183-215.

SAITO, Fernando José Akira. **Doenças sexualmente transmissíveis e saúde reprodutiva na adolescência**. In: SAITO, Maria Ignez; SILVA, Luiz Eduardo Vargas. Adolescência: prevenção e risco. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2014; 652p.

SAITO, Maria Ignez; QUEIROZ, Lúgia Bruni. **Medicina de Adolescentes: visão histórica e perspectiva atual.** In: SAITO, Maria Ignez; SILVA, Luiz Eduardo Vargas. *Adolescência: prevenção e risco.* 2ª Ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2014; 652p.

SAITO, Maria Ignez. **Síndrome da adolescência normal.** In: SAITO, Maria Ignez; SILVA, Luiz Eduardo Vargas. *Adolescência: prevenção e risco.* 2ª Ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2014; 632p.

SAITO, Maria Ignez. **Visão histórica da sexualidade: reflexões e desafios.** In: SAITO, Maria Ignez; SILVA, Luiz Eduardo Vargas. *Adolescência: prevenção e risco.* 2ª Ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2014; 652p.

SAITO, Maria Ignez; RUFFO, Patrícia. **Nutrição.** In: SAITO, Maria Ignez; SILVA, Luiz Eduardo Vargas. *Adolescência: prevenção e risco.* 2ª Ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2014; 632p.

SAITO; Maria Ignez. **Adolescência, cultura, vulnerabilidade e risco.** A prevenção em questão. In: SAITO, Maria Ignez; SILVA, Luiz Eduardo Vargas. *Adolescência: prevenção e risco.* 2ª Ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2014; 632p.

SAITO; Maria Ignez. **Transtornos alimentares: anorexia e bulimia.** In: SAITO, Maria Ignez; SILVA, Luiz Eduardo Vargas. *Adolescência: prevenção e risco.* 2ª Ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2014; 632p.

SALOMÃO, Maria Lúcia Machado. **Necessidades de adolescentes atendidos em Unidades Básicas de Saúde do município de São José do Rio Preto e as suas demandas para o cuidado em saúde: encontros e desencontros.** [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2007.

SANTANA, Vagner Caminhas; BENEVENTO, Cláudia Toffano. O conceito de gênero e suas representações sociais. *EFDDeportes.com, Revista Digital.* 2013; 17(176): 1-10.

SANTOS, Karine Alves. Teenage pregnancy contextualized: understanding reproductive intentions in a Brazilian shantytown. **Cad. Saúde Pública [online].** 2012, vol.28, n.4, pp. 655-664. ISSN 0102-311X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000400005>

SANTOS, Maria de Fatima Oliveira; ELIAS, Vânia Roberta Sargentelli. **Desenvolvimento Psicossocial Normal.** In: COUTINHO, Maria de Fatima Goulart; BARROS, Ricardo do

Rêgo. Adolescência: uma abordagem prática. São Paulo: Editora Atheneu, 2001.

SANTOS, Marailza de Brito, COSTA, Carmen Lúcia Neves do Amaral. O uso de drogas na adolescência. **Cadernos de Graduação – Ciências Humanas e Sociais**. 2013; 1(17):143-150.

SAVIN-WILLIAMS, R. C. **The New Gay Teenager**. Cambridge, Ma.: Harvard University, 2005.

SHADUR, Julia M.; HUSSONG, Andrea M. Friendship intimacy, close friend drug use, and self-medication in adolescence. **Journal of Social and Personal Relationships**. London: v. 31, n. 8, p. 997-1018, 2014.

SILVA, Julyana Gall; TEIXEIRA, Maria Luiza de Oliveira; FERREIRA, Maria de Assunção. Alimentação e saúde: sentidos atribuídos por adolescentes. **Esc Anna Nery**. 2012 jan-mar; 16 (1):88- 95.

SILVA, Lucília N.; RANÑA, Fernanda F. Captação e acolhimento do adolescente. In: SÃO PAULO (Cidade). Secretaria da Saúde. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde. **Manual de atenção à saúde do adolescente**. São Paulo: SMS, 2006.

SILVA, Lygia Maria Pereira; FERRIANI, Maria das Graças Carvalho; SILVA, Maria Angélica Lossi. Judiciary as the last resort to protect children and adolescents: intersectoral actions, investment in human resources, and structuring of services. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto: v. 20, n. 3, p. 444-452, 2012.

SILVEIRA, Denise Tolfo; CÓRDOVA, Fernanda Peixoto. **A pesquisa científica**. In: Métodos de pesquisa. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

SOARES, Cássia Baldini. **Mais que uma etapa do ciclo vital: a adolescência como um constructo social**. In: BORGES, Ana Luiza Vilela; FUJIMORI, Elizabeth (Orgs). **Enfermagem e a saúde do adolescente na atenção básica**. Barueri, SP. Manole: 2009.

SOUZA, Elizabeth Cristina Fagundes et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: v. 24, suppl.1, p. s100-110, 2008.

SOUZA, Jorge Luiz dos Santos. O SUS e a introdução da prática de atividades físicas na ESF: uma revisão da importância para a promoção e prevenção nas DCNT e na saúde mental. EPDeportes.com, **Revista Digital**. Buenos Aires, Ano 16. Nº 159, Agosto de 2011.

SPINK, Mary Jane; MENEGON, Vera Mincoff; MEDRADO, Benedito. Oficinas como estratégia de pesquisa: articulações teóricas-metodológicas e aplicações ético-políticas. **Psicologia & Sociedade**, 26 (1), 32-43, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v26n1/05.pdf> Acesso em: 10 mai 2015.

STEIN, Christiane Keim. **A educação Física e o programa de saúde da família: mundos que se comunicam**. Anais do XI Congresso Nacional de Educação & III Encontro Sul Brasileiro de Psicopedagogia. PUCPR. Curitiba, 2009.

SUKIENNIK, Paulo Berél; SALLES, Emilio. **Depressão**. In: COSTA, Maria Conceição Oliveira; SOUZA, Ronald Pagnocelli. Adolescência: aspectos clínicos e psicossociais. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002. 457 p.

TAQUETTE, Stella R. **A saúde de adolescentes e jovens: competências e habilidades**. In: BRASIL. Saúde do adolescente: competências e habilidades. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008.

_____, Stella R. **Sexualidade na Adolescência**. In: BRASIL. Saúde do adolescente: competências e habilidades. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008.

_____, Stella R.. Interseccionalidade de gênero, classe e raça e vulnerabilidade de adolescentes negras às DST/aids. **Saude soc.** [online]. 2010, vol.19, suppl.2, pp. 51-62. ISSN 0104-1290.

TEIXEIRA, Carmen. **Os princípios do Sistema Único de Saúde**. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Bahia. Junho de 2011.

TEIXEIRA, Samia da Costa Ribeiro; SILVA, Luzia Wilma Santana; TEIXEIRA, Marizete Argolo. Políticas públicas de atenção às adolescentes grávidas: uma revisão bibliográfica. **Adolescência & Saúde**. Rio de Janeiro: v. 1, n. 1, p. 37-44, 2013.

TRAVASSOS, Claudia et al. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: v. 5, n. 1, p. 133-149, 2000

UNICEF. **Indicador inédito avalia risco de morte para adolescentes em 267 cidades do País**. 2012. Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/media_15479.htm. Acesso em: jul. 2013.

UNODC. United Nations Office on Drugs and Crime. **The non-medical use of prescription drugs: policy direction issues**. New York: United Nations, 2011.

VIEIRA, Roberta Peixoto; et al. Assistência à saúde e demanda dos serviços na estratégia saúde da família: a visão dos adolescentes. **Cogitare Enfermagem**. Curitiba: v. 16, n. 4, p. 714-20, 2011.

VITALLE, Maria Sylvia de Souza. Consumo de alimentos reguladores e ingestão hídrica. In: SAITO, Maria Ignez; SILVA, Luiz Eduardo Vargas. **Adolescência: prevenção e risco**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2014; 632p.

WHO. **Child and adolescent health and development**. World Health Organization, Geneva: 2011.

WHO. World Health Organization. **Caring for children and adolescents with mental disorders**. Setting WHO directions. Geneva: World Health Organization; 2003.

WHO. World Health Organization. **Multisite intervention study on suicidal behaviours – supre-miss: protocol of supre-miss**. [Internet]. Geneva; 2002. [cited 2015 Fev 20] Available from: http://www.who.int/mental_health/media/en/101.pdf

WHO. World Health Organization. Transtornos mentais e comportamentais. Departamento de Saúde Mental. **Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária**. Geneva; 2000.

APÊNDICES

APÊNDICE A:

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM**



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (A) seu/sua filho/a está sendo convidado/a a participar de uma pesquisa que tem como título “Demandas de saúde de adolescentes: construindo bases para o cuidado”, que tem como objetivos: descrever demandas de cuidado à saúde oriundas da realidade problematizada por adolescentes de ambos os sexos. Categorizar as demandas de adolescentes segundo dimensões que se expressam para o cuidado. Analisar as demandas de cuidado de adolescentes sob o enfoque de gênero e da integralidade. Formular proposta de cuidado a adolescentes a partir de demandas de um grupo de adolescentes de ambos os sexos.

Trata-se de um projeto de tese desenvolvido pela pesquisadora Rosália Teixeira de Araújo durante o Curso de Doutorado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

É muito importante a sua participação do/a seu/sua filho/a nesta pesquisa, porém tem o direito de decidir se deseja ou não participar da pesquisa, podendo desistir em qualquer fase do estudo podendo anular esta autorização, sem qualquer prejuízo. Caso aceite, participará de oficinas que são dinâmicas de grupo junto a outros/as colegas da mesma faixa etária durante a qual discutirão questões relativas à adolescência. A dinâmica será realizada em uma sala reservada, sem interrupções de pessoas estranhas e o seu nome não será revelado, de modo que ele/a não será identificado/a, garantindo o sigilo e o anonimato e garantido a privacidade. Sua participação na pesquisa não lhe trará riscos físicos, mas algum desconforto poderá ser gerado, e, nessa situação a pesquisadora/enfermeira oferecerá todo o apoio necessário e o seguimento dependerá da sua livre decisão.

A coleta das informações será realizada mediante a sua prévia autorização por escrito, e serão gravadas e posteriormente transcritas na íntegra. Concordando em participar da entrevista, o seu filho/a poderá ter acesso, retirar ou acrescentar quaisquer informações. O

material registrado e os termos de consentimento serão arquivados por nós pesquisadoras durante cinco anos. Nesse período, caso a/o Senhora/o ou sua/seu filha/o tenha interesse em acessar os materiais, os mesmos estarão disponibilizados. Após este período, serão desprezados. Garantimos que os registros da participação nesse estudo serão mantidos em sigilo e somente as pesquisadoras responsáveis terão acesso a essas informações.

Ao participar desta pesquisa, a/o sua/seu filha/o não terá nenhum tipo de despesa, bem como nada será pago por sua participação. A/Os participantes serão beneficiadas/os, sobretudo a médio e longo prazo devido aos resultados a serem apontados pelo estudo que ajudarão para o desenvolvimento de políticas públicas de atenção à saúde da/o adolescente. As pesquisadoras não serão remuneradas para a realização desta pesquisa, e não receberão benefícios financeiros para a sua participação no mesmo. Os resultados deste estudo serão publicados na tese, artigos científicos e divulgados em eventos científicos sem identificação das/os participantes.

Os aspectos acima mencionados respeitam a Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, que trata dos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone da instituição vinculada à pesquisadora (71) 3283 7631 ou pelo e-mail: rosluz@gmail.com.

Diante do exposto, pedimos a sua permissão para que o seu/sua filho(a) possa participar desta pesquisa. Caso esteja bem informado(a) e aceite a participação, favor assinar esse documento em 02 (duas) vias, sendo que uma ficará com o Sr./Sr.^a e a outra ficará com as pesquisadoras.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que entendi todas as informações relacionadas à participação da/o minha/meu filha/o nesta pesquisa intitulada “Demandas de saúde de adolescentes: construindo bases para a integralidade do cuidado”, que li ou que foram lidas por mim. Conversei com a Enfermeira Rosália Teixeira de Araújo, sobre a participação da/o minha/meu filha/o voluntária/o no estudo. Não tenho dúvida de que não receberemos benefícios financeiros, apenas auxílio transporte para a escola se for necessário. Concordo com a participação da/o minha/meu filha/o, de forma voluntária, podendo desistir em qualquer etapa e retirar meu consentimento, sem penalidades, ou prejuízo, ou perda de benefícios aos quais tenho direito

conforme a resolução do Conselho Nacional de Saúde Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Terei acesso aos dados registrados e reforço que não fui submetido(a) à coação, indução ou intimidação.

Salvador, ___/___/_____

Assinatura do(a) voluntário(a)



Assinatura digital

Salvador ___/___/_____

Assinatura da Pesquisadora

APÊNDICE B:

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM**



TERMO DE ASSENTIMENTO
(No caso do menor entre 12 a 18 anos)

Você está sendo convidada/o como voluntária/o a participar da pesquisa “**DEMANDAS DE SAÚDE DE ADOLESCENTES: CONSTRUINDO BASES PARA O CUIDADO**”. Esta pesquisa tem como objetivos: descrever demandas de cuidado à saúde oriundas da realidade problematizada por adolescentes de ambos os sexos. Categorizar as demandas de adolescentes segundo dimensões que se expressam para o cuidado. Analisar as demandas de cuidado de adolescentes sob o enfoque de gênero e da integralidade. Formular proposta de cuidado a adolescentes a partir de demandas de um grupo de adolescentes de ambos os sexos.

Trata-se de um projeto de tese desenvolvido pela pesquisadora Rosália Teixeira de Araújo durante o Curso de Doutorado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

Você poderá participar ou não da pesquisa, bem como desistir em qualquer fase do estudo ou anular este consentimento, sem qualquer prejuízo. Caso aceite, você participará de oficinas que são dinâmicas de grupo junto a outras/os colegas da mesma faixa etária durante a qual discutirão questões relativas à adolescência. A dinâmica será realizada em uma sala reservada, sem interrupções de pessoas estranhas e o seu nome será omitido, de modo que você não será identificada/o, sendo garantido o sigilo e o anonimato e assegurando a privacidade. Haverá também uma entrevista para aprofundamento de algum tema o que ocorrerá em ambiente privativo, garantindo-se os mesmos direitos do trabalho em grupo. Não há risco presumível, tendo em vista que algum desconforto poderá ser gerado. Nessa situação a pesquisadora/enfermeira oferecerá todo o apoio necessário e o seguimento dependerá da sua livre decisão.

A coleta dos dados será realizada mediante a sua prévia autorização por escrito. As informações serão gravadas e posteriormente transcritas na íntegra. Concordando em participar da entrevista, você poderá ter acesso, retirar ou acrescentar quaisquer informações. O material registrado e os termos de consentimento e assentimento serão arquivados por nós pesquisadoras durante cinco anos. Nesse período, caso tenha interesse em acessar os

materiais, os mesmos estarão disponibilizados. Após este período, serão desprezados. Garantimos que os registros da participação nesse estudo serão mantidos em sigilo e somente as pesquisadoras responsáveis terão acesso a essas informações.

Ao participar desta pesquisa, não terá nenhum tipo de despesa, bem como nada será pago por sua participação. As/Os participantes serão beneficiadas/os, sobretudo a médio e longo prazo devido aos resultados a serem apontados pelo estudo que ajudarão para o desenvolvimento de políticas públicas de atenção à saúde da/o adolescente. As pesquisadoras não serão remuneradas para a realização desta pesquisa, não receberão benefícios financeiros para a sua participação no mesmo. Os resultados deste estudo serão publicados na tese, artigos científicos e divulgados em eventos científicos.

Eu, _____, portador/a do documento de Identidade _____ (se já tiver documento), fui informado/a dos objetivos da presente pesquisa, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e o meu responsável poderá modificar a decisão de participar se assim o desejar. Tendo o consentimento do meu responsável já assinado, declaro que concordo em participar dessa pesquisa. Recebi uma cópia deste termo de assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas. Jequié, ____ de _____ de 20__.

_____ Assinatura da/o menor

_____ Assinatura da/o pesquisadora/or Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:
PESQUISADOR RESPONSÁVEL:

Caso você tenha qualquer dúvida sobre a pesquisa, poderemos conversar sobre a mesma neste momento, ou poderá entrar em contato comigo. Segue abaixo meu nome, endereço, telefones e e-mail, Rosália Teixeira de Araújo. Av. José Moreira Sobrinho, S/Nº, Bairro Jequeizinho, Jequié/BA. CEP: 45.200.000. Telefone (73) 35289600; e-mail: rosluz@gmail.com



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM**



APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (Adolescente com mais de 18 anos)

Você está sendo convidada/o a participar de uma pesquisa que tem como título “Demandas de saúde de adolescentes: construindo bases para o cuidado”, que tem como objetivos: descrever demandas de cuidado à saúde oriundas da realidade problematizada por adolescentes de ambos os sexos. Categorizar as demandas de adolescentes segundo dimensões que se expressam para o cuidado. Analisar as demandas de cuidado de adolescentes sob o enfoque de gênero e da integralidade. Formular proposta de cuidado a adolescentes a partir de demandas de um grupo de adolescentes de ambos os sexos.

Trata-se de um projeto de tese desenvolvido pela pesquisadora Rosália Teixeira de Araújo durante o Curso de Doutorado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

É muito importante a sua participação nesta pesquisa, porém tem o direito de decidir se deseja ou não participar da pesquisa, podendo desistir em qualquer fase do estudo ou anular esta autorização, sem qualquer prejuízo. Caso aceite, participará de oficinas que são dinâmicas de grupo junto a outras/os colegas da mesma faixa etária durante a qual discutirão questões relativas à adolescência. A dinâmica será realizada em uma sala reservada, sem interrupções de pessoas estranhas e o seu nome não será revelado, de modo que ela/e não será identificada/o, garantindo o sigilo e o anonimato e garantindo a privacidade. Sua participação na pesquisa não lhe trará riscos físicos, mas algum desconforto poderá ser gerado, e, nessa situação a pesquisadora/enfermeira oferecerá todo o apoio necessário e o seguimento dependerá da sua livre decisão.

A coleta das informações será realizada mediante a sua prévia autorização por escrito, e serão gravadas e posteriormente transcritas na íntegra. Concordando em participar da pesquisa, você poderá ter acesso, retirar ou acrescentar quaisquer informações. O material registrado e os termos de consentimento serão arquivados por nós pesquisadoras durante

cinco anos. Nesse período, caso tenha interesse em acessar os materiais, os mesmos estarão disponibilizados. Após este período, serão desprezados. Garantimos que os registros da participação nesse estudo serão mantidos em sigilo e somente as pesquisadoras responsáveis terão acesso a essas informações.

Ao participar desta pesquisa, você não terá nenhum tipo de despesa, bem como nada será pago por sua participação. As/Os participantes serão beneficiadas/os, sobretudo a médio e longo prazo devido aos resultados a serem apontados pelo estudo que ajudarão para o desenvolvimento de políticas públicas de atenção à saúde da/o adolescente. As pesquisadoras não serão remuneradas para a realização desta pesquisa, bem como as/os participantes não receberão benefícios financeiros para a sua participação no mesmo. Os resultados deste estudo serão publicados na tese, artigos científicos e divulgados em eventos científicos sem identificação das/os participantes.

Os aspectos acima mencionados respeitam a Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, que trata dos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone da instituição vinculada à pesquisadora (71) 3283 7631 ou pelo e-mail: rosluz@gmail.com.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Caso esteja bem informada/o e aceite a participação, favor assinar esse documento em 02 (duas) vias, sendo que uma ficará com você e a outra ficará com as pesquisadoras.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que entendi todas as informações relacionadas à minha participação nesta pesquisa intitulada “Demandas de saúde de adolescentes: construindo bases para a integralidade do cuidado”, que li ou que foram lidas por mim. Conversei com a Enfermeira Rosália Teixeira de Araújo, sobre a minha participação no estudo. Não tenho dúvida de que não receberemos benefícios financeiros, apenas auxílio transporte para a escola se for necessário. Concordo em participar, de forma voluntária, podendo desistir em qualquer etapa e retirar meu consentimento, sem penalidades, ou prejuízo, ou perda de benefícios aos quais tenho direito conforme a resolução do Conselho Nacional de Saúde N° 466, de 12 de dezembro de 2012. Terei acesso aos dados registrados e reforço que não fui submetido(a) à coação, indução ou intimidação.

Salvador, ___/___/_____

Assinatura do(a) voluntário(a)

Salvador, ___/___/_____

Assinatura da pesquisadora

APÊNDICE D:

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM**



**TÍTULO DO PROJETO: DEMANDAS DE SAÚDE DE ADOLESCENTES:
CONSTRUINDO BASES PARA O CUIDADO**

APÊNDICE D – ROTEIRO DA 1ª OFICINA

○ **EU ADOLESCENTE E NECESSIDADES DE SAÚDE**

Material necessário:

- Micro system e CDs
- Revistas diversas com variedade de fotos que possam ser relacionadas a múltiplas possibilidades de representar: ter saúde; hábitos que beneficiam a saúde; hábitos que prejudicam a saúde.
- Folhas de papel madeira na quantidade que for necessária ao grupo.
- Cola de papel, tesouras, canetas hidrográficas, cartolinas.
- Água, lanche.

1 APRESENTAÇÃO

- Dinâmica de apresentação e integração

2 DESENVOLVIMENTO DO TEMA

- Levantamento de temas sobre demandas de saúde
- Reflexão e discussão

Você é adolescente e gosta de curtir a vida. Frequenta lugares legais, diverte-se, se relaciona com várias pessoas, faz amizades, vai à luta, faz planos, e sabe que para estar bem na vida precisa ter saúde.

- Quando você pensa em saúde o que vem à cabeça? Quando você pensa em necessidades de saúde, o que vem à cabeça? Ao pensar em saúde, o que considera que

faz bem e o que considera que faz mal à saúde? Converse com colegas sobre isso e veja se encontra nessas revistas figuras que representam o que vocês pensaram sobre o assunto. Recorte e cole nesse painel figuras que representam ter saúde e figuras que representam o que prejudica a saúde. Complemente escrevendo os nomes dos que não conseguiram encontrar, e/ou expressões que representam as figuras escolhidas.

- Agora que já colaram as figuras no painel ou escreveram os assuntos, vamos conversar com todo o grupo sobre o que vocês discutiram entre colegas?

Após a discussão com todo o grupo:

- Dos assuntos que vocês apontaram quais os que mais gostariam de discutir em outros momentos porque consideram ser importante na adolescência ou pelos benefícios que trazem à saúde ou pelo mal que podem fazer à saúde?

- ✓ Pedir para registrar em tarjas de cartolina os assuntos que mais interessam fixando nas folhas de papel por ordem de importância.

- ✓ Após essa etapa, pedir que respondam: como preferem que esses assuntos que consideram ser importantes para a saúde, sejam discutidos com vocês? Em grupo, como estamos agora, ou vocês tem outras sugestões?

3. SÍNTESE PELA COORDENADORA/FACILITADORA

4. AVALIAÇÃO

5. DESCONTRAÇÃO/RELAXAMENTO

APÊNDICE E:

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM**



**TÍTULO DO PROJETO: DEMANDAS DE SAÚDE DE ADOLESCENTES:
CONSTRUINDO BASES PARA O CUIDADO**

APÊNDICE F – ROTEIRO DA 2ª OFICINA

○ **ADOLESCENTE E A NECESSIDADE DE SAÚDE**

1. APRESENTAÇÃO

1.1 Entrega dos crachás e de uma lembrança desejando boas vindas

1.2 Acordo de convivência: Logo após apresentação. (- Respeito à fala da outra; - Aguardar o seu momento de falar; - Respeitar as divergências; - Não sair da sala; - Manter sigilo sobre os conteúdos discutidos; Evitar o uso de celular).

1.3 Dinâmicas de apresentação e integração: Com o objetivo de unir os participantes para quebrar o gelo inicial, promover a comunicação, criatividade e estimular as relações interpessoais da equipe realizamos a dinâmica do papel.

2. DESENVOLVIMENTO DO TEMA

● **Facilitadoras:**

- Pedir ao grupo para fazer um círculo, continuando sentados/as em suas cadeiras.
- Resgatar conteúdo da oficina anterior.
- Distribuir papel A4 e solicitar que conversem com seu/sua colega ao lado sobre que necessidades de saúde adolescentes apresentam e que não foram lembradas na primeira oficina nem apareceram nas nossas falas ao resgatar a anterior.
- Após conversarem registrar a resposta no papel que receberam.

- Pedir que leiam as respostas.
- Após a leitura fazer discussão a respeito dos temas apresentados.

Intervalo/Lanche

3. SÍNTESE PELA COORDENADORA/FACILITADORA

4. AVALIAÇÃO

5. DESCONTRAÇÃO/RELAXAMENTO

APÊNDICE F:



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM**



Pesquisa: DEMANDAS DE SAÚDE DE ADOLESCENTES: CONSTRUINDO BASES PARA O CUIDADO

Você está sendo convidado/a para contribuir como participante da pesquisa que estou desenvolvendo para minha tese de doutorado. Um dos temas da pesquisa é sexualidade e você esta recebendo algumas perguntas, cujas respostas constarão no relatório da tese. Não é obrigatório participar, nem precisa colocar o seu nome. Fique à vontade, pois não estarei na sala. Solicito que ao concluir dobre o papel e deposite na urna que se encontra nesta sala. No final da manhã, passarei para pegar a urna. Agradeço muito sua contribuição.

Rosália Teixeira de Araújo

Aluna de Doutorado

DADOS PESSOAIS

Idade _____ Sexo _____ Serie _____ Cor _____ Religião _____

QUESTÕES SOBRE SEXUALIDADE

1. *O que passa na sua cabeça quando pensa em sexualidade?*
2. *Quais as curiosidades que o termo sexualidade desperta em você?*
3. *Se você já tem pratica sexual, há dúvidas na sua experiência que gostaria de esclarecer? Como descreve suas dúvidas?*
4. *Que assuntos de sexualidade você considera que interfere na saúde? Por quê?*

ANEXOS

Anexo A: Parecer Consubstanciado do CEP

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: DEMANDAS DE SAÚDE DE ADOLESCENTES: BUSCANDO BASES PARA O

Pesquisador: ROSÁLIA TEIXEIRA DE ARAÚJO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 27288414.2.0000.5531

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 655.873

Data da Relatoria: 09/04/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo descritivo de natureza qualitativa. Será desenvolvido sob enfoque teórico de gênero e integralidade. Os participantes desta pesquisa serão 25 adolescentes de ambos os sexos com idade entre 10 e 19 anos, estudantes de duas escolas públicas de um município do interior da Bahia. As escolas foram selecionadas por serem campo de prática para os cursos de saúde da UESB. Para coletar os dados serão realizadas oficinas. Serão respeitados os preceitos éticos estabelecidos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Os depoimentos serão gravados e analisados por meio da aplicação da técnica de análise de discurso. Os critérios de inclusão serão: 1) estar matriculado(a) nas escolas públicas selecionadas para o estudo. 2) ter entre 10 e 19 anos de idade.

3) aceitar participar do estudo e os critérios de exclusão: aqueles que não contemplarem os critérios de inclusão e ainda serão excluída(o)s a(o)s participantes que desistirem de participar da pesquisa em qualquer uma de suas fases. Para analisar os dados será utilizado a técnica de análise de discurso proposta por Fiorin (2003). 1. O processo de análise do material empírico por meio da técnica de análise de discurso obedecerá aos seguintes passos, conforme preconizado por figuras (elementos concretos) e temas (elementos abstratos) que conduzem a um mesmo bloco de significação. 2. Os dados serão agrupados segundo os elementos significativos (figuras ou temas) que se somam ou se confirmam num mesmo plano de significado. 3. Será

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar

Bairro: Canela

CEP: 41.110-060

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7615

Fax: (71)3283-7615

E-mail: cepee.ufba@ufba.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



Continuação do Parecer: 655.873

realizada a apreensão dos temas centrais, os quais levarão à formulação das categorias empíricas. Na fase de interpretação e discussão serão estabelecidas relações críticas entre as falas da(o)s colaboradora(e)s, explícitas e implícitas, o contexto científico, a partir da categoria analítica gênero e integralidade, buscando apreender as representações sociais inerentes às falas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Descrever demandas de cuidado à saúde oriundas da realidade problematizada por adolescentes.

Objetivo Secundário:

- Categorizar as demandas de adolescentes segundo dimensões que se expressam para o cuidado.- Analisar as demandas de cuidado de adolescentes sob o enfoque de gênero e da integralidade. - Formular proposta de cuidado a adolescentes a partir de demandas de um grupo de adolescentes de ambos os sexos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O Projeto apresenta avaliação de Riscos e Benefícios.

Riscos:

A pesquisa não trará riscos físicos, mas poderá trazer desconforto ao colaborador(a) em falar sobre questões pessoais de sua família. No caso de algum problema relacionado à participação na pesquisa, o(a) colaborador(a) terá direito à assistência gratuita, ficando também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da sua participação, mediante decisão judicial ou extrajudicial.

Benefícios:

O(A)s participantes serão beneficiado(a)s, sobretudo a médio e longo prazo devido aos resultados a serem apontados pelo estudo que ajudarão para o desenvolvimento de políticas públicas de atenção à saúde do(a) adolescente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O Projeto apresentado é relevante e factível do ponto de vista científico e social.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram acostados todos os Termos de Apresentação Obrigatória, tendo sido observado que os

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar

Bairro: Canela

CEP: 41.110-060

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7615

Fax: (71)3283-7615

E-mail: cepee.ufba@ufba.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



Continuação do Parecer: 655.873

Termos de Assentimento e Livre e Esclarecido para adolescentes maiores de 18 anos e para os pais dos menos apresentam linguagem adequada.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto tem condições de aprovação.

Situação do Parecer:

Aprovado

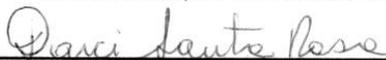
Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

A plenária homologa o parecer de Aprovação emitido pelo Relator.

SALVADOR, 21 de Maio de 2014



Assinado por:

p/ **KARINA ARAUJO PINTO**
(Coordenador)

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar

Bairro: Canela

CEP: 41.110-060

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7615

Fax: (71)3283-7615

E-mail: cepee.ufba@ufba.br

ANEXO B – Autorização Diretora DIREC 13SECRETARIA DA
EDUCAÇÃODIRETORIA REGIONAL DE
EDUCAÇÃO - DIREC 13

GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
SECRETARIA DA EDUCAÇÃO
DIRETORIA REGIONAL DE EDUCAÇÃO – DIREC 13/JEQUIÉ

Of. nº 013/2014

Jequié, 05 de fevereiro de 2014.

Ilm^ª. Sr^ª Edméia de Almeida Cardoso Coelho

Prezada Senhora,

A Diretoria Regional de Educação- DIREC 13 autoriza a pesquisadora **Rosália Teixeira de Araújo**, doutoranda do curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia- UFBA, coletar dados nas unidades escolares abaixo citadas, para o Projeto de pesquisa **“Demandas de saúde de adolescentes: construindo bases para o cuidado”**.

- ❖ Colégio Estadual Luiz Viana Filho;
- ❖ Colégio Modelo Luis Eduardo Magalhães.

Atenciosamente,

Alvanil Silva de Almeida Cunha
Diretora Regional / DIREC 13 / Jequié
D. O. 01/09/2011 - CAD 11 274 322-5

ANEXO C – Autorização Colégio Modelo Luiz Eduardo Magalhães

GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
SECRETARIA DA EDUCAÇÃO
DIRETORIA REGIONAL DE EDUCAÇÃO – DIREC/13 – JEQUIÉ
COLÉGIO MODELO LUIZ EDUARDO MAGALHÃES – CÓDIGO 77092



Jequié, 25 de Março de 2014.

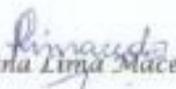
Ofício: 19/2014

ASSUNTO: Autorização para pesquisa Pós Graduação Escola de Enfermagem – EFBA

Ilm^a Sr^a EDMÉIA DE ALMEIDA CARDOSO COELHO
Orientadora da Pesquisa

Prezada Senhora,

Informamos a pesquisadora Rosália Teixeira de Araújo, doutoranda do Curso Pós-Graduação em Enfermagem - UFBA, tem autorização para realizar suas atividades de pesquisa nesta Unidade Escolar.


Rovelina Lima Macedo
Diretora
Rovelina Lima Macedo - Diretora
Ad. 15.025912 - Tel. 13022015

ANEXO D – Autorização Colégio Estadual Luiz Viana Filho

SERVIÇO PÚBLICO ESTADUAL
SECRETARIA DA EDUCAÇÃO DO ESTADO DA BAHIA
DIRETORIA REGIONAL DE EDUCAÇÃO – DIREC/13 – JEQUIÉ – BA
COLÉGIO ESTADUAL LUIZ VIANA FILHO



Jequié-Bahia, 25 de março de 2014

Ofício nº: 0029/2014

Prezada Senhora,

A Direção do Colégio Estadual Luiz Viana Filho autoriza a pesquisadora Rosália Teixeira de Araújo, doutoranda do curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia – UFBA, coletar dados nesta Unidade Escolar, para o Projeto de Pesquisa "Demandas de saúde de adolescentes: construindo bases para o cuidado".

Atenciosamente,

Claudia Marinho do Amaral
Diretora
Aut. 13024257/12 Val. 15/02/18

ILMA^a SR^a

PROF^a DR^a EDMÉIA DE ALMEIDA CARDOSO COELHO

DOCENTE DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA - UFBA