

Maria Lúcia Machado Salomão

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

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Doutor em Ciências

Área de Concentração: Medicina Preventiva

Orientador: Profa. Dra. Hillegonda Maria Dutilh Novaes

Co-orientador: Prof. Dr. José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres

São Paulo

2007

Maria Lúcia Machado Salomão

**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**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Doutor em Ciências

Área de Concentração: Medicina Preventiva

Orientador: Profa. Dra. Hillegonda Maria Dutilh Novaes

Co-orientador: Prof. Dr. José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres

São Paulo

2007

*Aos queridos netos  
Manuela e Manuel Pedro,  
futuros adolescentes,  
com amor.*

## **AGRADECIMENTOS**

*Aos meus queridos orientadores:*

*Maria, pela cuidadosa e abrangente orientação e pela importante influência sobre meu interesse nos temas de avaliação da atenção e do cuidado nos serviços de saúde.*

*José Ricardo, pelo apoio irrestrito na co-orientação deste trabalho e também pela importante influência sobre meu interesse nos temas da adolescência e do cuidado em saúde.*

*A ambos pelo enorme aprendizado ao longo dos últimos três anos, e em especial, pela amizade, paciência e a grande solidariedade nas intercorrências da vida.*

*Aos membros da banca de qualificação que fizeram sugestões enriquecedoras à tese: Maria Inês Baptistella Nemes, Ana Flávia D'Oliveira, Maria Inês Saito e Ana Maria Bara Bresolin.*

*À querida Professora Dra. Dirce Maria Trevisan Zanetta pela amizade, solidariedade, incentivo e apoio.*

*Ao querido Professor Doutor Dioclécio Campos Junior pela influência sobre meu interesse nos temas de Pediatria Social.*

*Ao querido Professor Eduardo Paulo Boskovitz pela influência sobre meu interesse nos temas de Medicina Social.*

*A Coordenação Municipal da Saúde da Criança e do Adolescente do município de São José do Rio Preto as pediatras Ana Lúcia Donda Pires, Liete Mirza Aranha da Silveira, Eleny Maria Jamal e a Coordenação Municipal do Programa DST/Aids assistente social Denise Gandolfi.*

*À Karina Kasseb e Lenise Buchalla na condução do Grupo Focal.*

*Aos profissionais Rosina, Nelci e Lenise pela colaboração na busca dos sujeitos do estudo.*

*À socióloga Maria Silvia Moraes no contato com o material empírico.*

*A Fátima, Carol, Valéria e Miriam na finalização da tese.*

*Aos adolescentes e familiares que aceitaram o convite para participar do piloto da pesquisa e relatar suas vivências.*

*Aos adolescentes, familiares e profissionais de saúde incluídos no estudo que aceitaram o convite para participar da pesquisa e relatar suas vivências.*

*À agência financiadora: CNPQ.*

*Aos meus pais José Vieira Machado Junior e Jandira Abdalla Machado e aos meus segundos pais João Baptista Salomão e Zenaide de Souza Lima Salomão, principais influências no caminhar cuidadoso e responsável pela vida.*

*Aos meus queridos irmãos e familiares.*

*Aos amigos Biba, Lela, Rô, Lurdes, Antonio Flávio, Eloísa, Ana, Fátima, Rosane, Denise, Márcia, Jarbas e outros tantos com os quais a vida presenteou-me.*

*Às queridas filhas Marcela, Letícia e ao querido genro Manoel Pedro, pela motivação para a busca constante do nosso crescimento.*

*Ao querido Tista, por seu amor, amizade, solidariedade e incentivo, e pelo companheirismo nos momentos mais importantes de minha vida.*

*À Deus e à vida.*

## Sumário

|   |     |
|---|-----|
| Lista de abreviaturas e siglas  |     |
| Lista de quadros, tabelas e figuras   |     |
| Resumo  |     |
| Summary   |     |
| 1. Apresentação .....   | 1   |
| 2. Introdução .....   | 4   |
| 2.1. Adolescência .....   | 8   |
| 2.2. Atenção e cuidado em saúde no Brasil .....   | 26  |
| 2.3. Atenção e cuidado em saúde no município de São José do<br>Rio Preto .....                  | 53  |
| 2.4. Atenção e cuidado em Saúde dos Adolescentes no município<br>de São José do Rio Preto ..... | 63  |
| 3. Objetivo .....   | 78  |
| 4. Metodologia .....  | 79  |
| 4.1 Natureza do estudo .....  | 79  |
| 4.2 Fundamentos teórico-metodológicos do estudo .....   | 81  |
| 4.3 Desenho e desenvolvimento do estudo .....   | 85  |
| 5. Resultados e discussão .....   | 102 |
| 5.1. Caracterização dos grupos .....  | 102 |
| 5.2. Saúde .....  | 107 |
| 5.3. Necessidades de saúde .....  | 122 |
| 5.4. Ajuda que recebe nas necessidades de saúde.....  | 176 |

|   |     |
|---|-----|
| 5.5. Facilidades e dificuldades na ajuda que recebe nos serviços de saúde .....             | 193 |
| 5.6. O que gostaria de receber como ajuda nos serviços de saúde .....                       | 207 |
| 5.7. Auto avaliação dos grupos focais .....   | 219 |
| 6. Considerações finais .....   | 220 |
| 7. Anexos .....   | 232 |
| 7.1. Anexo A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Adolescente .....              | 232 |
| 7.2. Anexo B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos Familiar de Adolescente ..... | 234 |
| 7.3. Anexo C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos Profissional de saúde .....   | 236 |
| 7.4 Anexo D – Roteiro do Grupo Focal I dos Adolescentes .....                               | 238 |
| 7.5. Anexo E – Roteiro do Grupo Focal II dos Familiares.....                                | 241 |
| 7.6. Anexo F – Roteiro do Grupo Focal III dos Profissionais de saúde .....                  | 244 |
| 8. Referências .....  | 247 |

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

### ABREVIATURAS

|                  |   |
|------------------|---|
| A                | Sujeitos da pesquisa da Unidade Básica de Saúde A                                 |
| ACS              | Agente Comunitário de Saúde   |
| AE               | Auxiliar de Enfermagem  |
| Aids             | <i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i>  |
| ARE              | Ambulatório Regional de Especialidades  |
| B                | Sujeitos da pesquisa da Unidade Básica de Saúde B                                 |
| C                | Sujeitos da pesquisa da Unidade Básica de Saúde C                                 |
| CAPPesq/FMUSP/SP | Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo |
| CAPS             | Centro de Apoio Psico Social  |
| CRAMI            | Centro Regional de Atendimento aos Maus Tratos na Infância e Adolescência         |
| CSE              | Centro de Saúde Escola  |
| DST              | Doenças sexualmente transmissíveis  |
| DST/Aids         | Doenças sexualmente transmissíveis/ <i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i>    |
| ESF              | Equipe de Saúde da Família  |
| EUA              | Estados Unidos da América   |
| F                | Feminino  |
| FAMERP           | Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto                                    |
| GF               | Grupo Focal   |
| HB               | Hospital de Base  |



|           |   |
|-----------|---|
| HB/FAMERP | Hospital de Base/Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto         |
| HIV       | <i>Human Immunodeficiency Virus</i>                                     |
| HIV/Aids  | <i>Human Immunodeficiency Virus/Adquired Immune Deficiency Syndrome</i> |
| IDH       | Índice de Desenvolvimento Humano  |
| IST       | Infecção Sexualmente Transmissível                                      |
| M         | Masculino   |
| PNAD      | Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios                             |
| PNUD      | Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento                       |
| PROSAD    | Programa de Saúde do Adolescente  |
| SCHIP     | <i>State Children's Health Insurance Program</i>                        |
| SF        | Saúde da Família  |
| SM        | Salário Mínimo  |
| SPE       | Saúde e Prevenção nas Escolas   |
| SUAS      | Sistema Único de Assistência Social                                     |
| TCLE      | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido                              |
| UBS       | Unidade Básica de Saúde   |
| UBS A     | Unidade Básica de Saúde A   |
| UBS B     | Unidade Básica de Saúde B   |
| UBS C     | Unidade Básica de Saúde C   |
| UDI       | Usuário de Droga Injetável  |
| USF       | Unidade de Saúde da Família   |

## SIGLAS

|          |  |
|----------|--|
| DATASUS  | Banco de dados do Sistema Único de Saúde                       |
| ECA      | Estatuto da Criança e do Adolescente                           |
| IBGE     | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística                |
| MS       | Ministério da Saúde  |
| OPAS/OMS | Organização Panamericana de Saúde/Organização Mundial de Saúde |
| OMS      | Organização Mundial de Saúde                                   |
| OPAS     | Organização Panamericana de Saúde                              |
| SEADE    | Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados                  |
| SJRP     | São José do Rio Preto  |
| SJRP PM  | São José do Rio Preto Prefeitura Municipal                     |
| SUS      | Sistema Único de Saúde   |
| WHO      | <i>World Health Organization</i>                               |
| UNAIDS   | <i>Joint United Nations Programme on HIV/AIDS</i>              |

## LISTA DE QUADROS, TABELAS E FIGURAS

### QUADROS

|            |   |     |
|------------|---|-----|
| Quadro 1 – | Caracterização dos GF, segundo UBS, categoria do sujeito, data da realização, duração e número de páginas de transcrição, SJRP, 2005/2006. ....   | 102 |
| Quadro 2 – | Caracterização dos adolescentes que participaram dos GF, segundo UBS, sexo, idade, ter filhos, escolaridade do adolescente, escolaridade dos pais, renda familiar e modalidade de assistência, SJRP, 2005/2006..... | 104 |
| Quadro 3 – | Caracterização dos familiares de adolescentes que participaram dos GF segundo UBS, tipo de vínculo, sexo, idade escolaridade (mãe e pai), renda familiar e modalidade de assistência, SJRP, 2005/2006 .....         | 105 |
| Quadro 4 – | Caracterização dos profissionais de saúde que participaram dos GF, segundo UBS, sexo, idade, profissão e perfil de atuação no atendimento ao adolescente, SJRP, 2005/2006. ....                                     | 106 |
| Quadro 5 – | Resultados dos temas selecionados das leituras flutuantes do material obtido nos GF dos adolescentes, segundo “o que é ter saúde ou vida saudável”, SJRP, 2005/2006.....  | 108 |
| Quadro 6 – | Resultados dos temas selecionados das leituras flutuantes do material obtido nos GF dos familiares, segundo “o que é ter saúde ou vida saudável”, SJRP, 2005/2006.....  | 114 |
| Quadro 7 – | Resultados dos temas selecionados das leituras flutuantes do material obtido nos GF dos profissionais, segundo “o que é ter saúde ou vida saudável”, SJRP, 2005/2006.....   | 119 |
| Quadro 8 – | Resultados dos temas selecionados das leituras flutuantes do material obtido nos GF dos adolescentes, segundo “quais são as necessidades ou problemas de saúde”, SJRP, 2005/2006.....                               | 123 |
| Quadro 9 – | Resultados dos temas selecionados das leituras flutuantes do material obtido nos GF de familiares,  |     |

|             |   |     |
|-------------|---|-----|
|             | segundo “quais são as necessidades ou problemas de saúde”, SJRP, 2005/2006.....   | 148 |
| Quadro 10 – | Resultados dos temas selecionados das leituras flutuantes do material obtido nos grupos dos profissionais de saúde, segundo “quais são as necessidades ou problemas de saúde”, SJRP, 2005/2006.....                           | 161 |
| Quadro 11 – | Resultados das expressões/temas obtidas nas falas dos Adolescentes, segundo “Ajuda que recebe nos problemas ou necessidades de saúde”, obtidos nos grupos realizados nas UBS, SJRP, 2005/2006. ....                           | 177 |
| Quadro 12 – | Resultados dos temas selecionados das leituras flutuantes do material obtido nos GF de familiares, segundo “Ajuda que recebe nos problemas ou necessidades de saúde”, SJRP, 2005/2006.....                                    | 185 |
| Quadro 13 – | Resultados dos temas selecionados das leituras flutuantes do material obtido nos GF de profissionais de saúde, segundo “Ajuda que recebe nos problemas ou necessidades de saúde”, SJRP, 2005/2006.....                        | 189 |
| Quadro 14 – | Resultados dos temas selecionados das leituras flutuantes do material obtido nos GF de adolescentes, segundo “facilidades e dificuldades na ajuda que recebe nos serviços de saúde”, SJRP, 2005/2006.....                     | 193 |
| Quadro 15 – | Resultados dos temas selecionados das leituras flutuantes do material obtido nos GF dos familiares, segundo “facilidades e dificuldades na ajuda que recebe nos serviços de saúde”, SJRP, 2005/2006.....                      | 199 |
| Quadro 16 – | Resultados dos temas selecionados das leituras flutuantes do material obtido nos GF de profissionais de saúde, segundo “facilidades e dificuldades na ajuda que recebe nos serviços de saúde”, SJRP, 2005/2006.....           | 202 |
| Quadro 17 – | Resultados dos temas selecionados das leituras flutuantes do material obtido nos GF de adolescentes, segundo “O que gostaria de receber como ajuda nas necessidades ou problemas nos serviços de saúde”, SJRP, 2005/2006..... | 207 |
| Quadro 18 – | Resultados dos temas selecionados das leituras flutuantes do material obtido nos GF de familiares, segundo “O que gostaria de receber como ajuda nas  |     |

necessidades ou problemas nos serviços de saúde”,  
SJRP, 2005/2006 ..... 210

Quadro 19 – Resultados dos temas selecionados das leituras  
flutuantes do material obtido nos GF de profissionais de  
saúde, segundo “O que gostaria de receber como ajuda  
nas necessidades ou problemas nos serviços de saúde”,  
SJRP, 2005/2006..... 213

## TABELAS

|            |   |     |
|------------|---|-----|
| Tabela 1 – | Distribuição dos adolescentes por faixa etária, segundo UBS e proposta de implantação do PROSAD, SJRP, 2007.....  | 65  |
| Tabela 2 – | Caracterização dos adolescentes que participaram do GF, segundo UBS, sexo e idade, SJRP, 2005/2006. ....          | 102 |
| Tabela 3 – | Caracterização dos familiares que participaram do GF, segundo UBS, sexo e idade, SJRP, 2005/2006. ....            | 103 |
| Tabela 4 – | Caracterização dos profissionais de saúde que participaram do GF, segundo UBS, sexo e idade, SJRP, 2005/2006..... | 103 |

## FIGURAS

|            |   |    |
|------------|---|----|
| Figura 1 – | Pirâmide populacional do município de São José do Rio Preto, 2007. ....                     | 57 |
| Figura 2 – | Áreas de abrangências das UBS, segundo Pólos de Saúde, em São José do Rio Preto, 2007 ..... | 60 |

## Resumo

Salomão M. L. M. 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. [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2007. 266p.

A adolescência é considerada um dos estágios do desenvolvimento humano, apresentando características específicas a partir dos quais se derivam necessidades de saúde. As teorias sobre esta fase da vida nos diversos campos do conhecimento como Antropologia, Sociologia, Psicologia, Medicina e outros, contribuíram na compreensão destas necessidades. Diante da amplitude e complexidade que reveste a adolescência na sociedade atual, o estudo possibilitou a aproximação a alguns aspectos relevantes para a saúde dos adolescentes. A organização dos serviços de saúde influenciou tanto na percepção dessas necessidades, como no atendimento desses carecimentos. O objetivo do estudo foi compreender necessidades de saúde dos adolescentes atendidos em Unidades Básicas de Saúde tal como expressas nas demandas traduzidas pelos adolescentes, familiares dos adolescentes e profissionais que atendem os adolescentes no município de São José do Rio Preto. A metodologia adotada foi de natureza qualitativa, com a utilização da técnica de Grupo Focal. O instrumento do estudo foi um roteiro com temas indutores (saúde, necessidades de saúde, ajuda recebida nestas necessidades, facilidades ou dificuldades nessa ajuda e expectativas em relação à ajuda). Foram realizadas reuniões com nove grupos (três de cada categoria - adolescentes, familiares de adolescentes e profissionais de saúde que cuidam de adolescentes). As reuniões foram gravadas, constituindo-se no material empírico analisado, após a desgravação, com o desenvolvimento de matrizes temáticas. Buscou-se apreender as percepções dos sujeitos sobre necessidades de saúde, expressas como demandas para os serviços de saúde. Foi entendido como demanda a busca por ajuda nos serviços de saúde. As percepções de saúde



e doença apreendidas nas narrativas dos participantes trouxeram aspectos de situações de saúde e de adoecimento, porém predominaram as de saúde na promoção e prevenção. Foram identificadas similaridades e contrastes nas narrativas de adolescentes, pais e profissionais levando-se em consideração os componentes psico-emocionais e cognitivos da socialização, do adoecimento e da utilização dos serviços de Saúde. O padrão de uso de serviços e de cuidado e auto-cuidado apontaram facilidades e dificuldades encontradas no cotidiano nos serviços de saúde. As narrativas com sugestões na atenção primária à saúde trouxeram as expectativas de ajuda para o cuidado no adoecimento, na promoção e na prevenção. Identificaram-se aspectos relevantes para o desenvolvimento de ações voltadas para a atenção à saúde de adolescentes em serviços de atenção primária à saúde, em particular na região de S.J. Rio Preto. Para todos os sujeitos do estudo, estas necessidades ou problemas de saúde, embora semelhantes, inclusive nas expectativas de ajuda, não fazem parte do processo de trabalho nos serviços de saúde e estes serviços não fazem parte da vida do adolescente. Cuidar do adolescente significa mais do que tratar e curar, para além das práticas médicas curativas. Este estudo reforça a idéia de que os adolescentes devem ser considerados sujeitos com necessidades e direitos concretos nos diversos aspectos da socialização e da saúde mental, da sexualidade, das situações de adoecimento e do uso nos serviços de saúde.

Descritores: Necessidades e demandas de serviços de saúde, Saúde do Adolescente, Serviços de Saúde e Assistência à saúde.

## Summary

Salomão M. L. M. Adolescent needs in Primary Health Care Services in the city of São José do Rio Preto and their requirements concerning the care about health: agreements and disagreements. [thesis] São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2007. 266p.

Adolescence is considered one of the periods of the human development, presenting specific characteristics from which health needs are derived. Theories about this life stage in several fields of knowledge such as Anthropology, Sociology, Psychology, Medicine, to name a few, contributed to the understanding of those needs. Faced with the amplitude and the complexity which, nowadays, adolescence consists of, this study made possible the proximity to some important aspects to the adolescent health. The organization of the health care services influenced both on the perception of the adolescent needs and on their treatment. The purpose of this study is to understand the health needs of adolescents treated in Primary Health Care Services as they were reported by adolescents, their families and professionals who treat them in the city of São José do Rio Preto. The nature of the methodology adopted was qualitative using the Focus Group technique. The instrument of the present study was a topic-guided questionnaire (talking about health, health needs, treatment received regarding those needs, easiness or difficulties in the treatment and expectations concerning it). It was held meetings with nine groups (three of each category – adolescents, their families and professionals who treat them). The meetings were recorded, consisting of the empirical data analyzed after being transcribed, with topics being identified from them. It was intended to recognize the perception of the subjects of the study over health needs, expressed as requirements to health care services. It was meant as requirement the search for health care services. The perceptions of health and sickness taken in the narratives of the interviewed people raised

issues about health situations and illness, although being predominant issues on health as promotion and prevention. It was identified similarities and differences among the narratives of adolescents, parents and professionals, taking into consideration psycho-emotional and cognitive elements of socialization, sickness or health care services used. The standard use of the services, and care and self-care pointed out easiness and difficulties found everyday in the health services, and the narratives with suggestions concerning primary attention to health raised the expectations of help to care of sickness, promotion and prevention. It was identified important aspects to the development of measures regarding the attention to the adolescent health in Primary Health Care Services, mainly in the region of São José do Rio Preto. For all the subjects in this study, those health needs or health problems, although similar to each other, and including the help expectations, are not considered part of the work process in the health services and these services are not considered part of the adolescent life. Taking care of the adolescent means much more than treating and healing, it is beyond the medical healing treatment. The present study reinforces the idea that adolescents should be considered subjects with needs and actual rights concerning the several aspects of socialization and mental health, sexuality, sickness situations and the use of the health services.

Descriptors: Health services needs and requirements, Adolescent health, Health services and Health assistance

## 1. Apresentação

Pensar a adolescência fez parte de minha vida profissional como médica, inicialmente em Pediatria e posteriormente em Medicina Social, e também na minha experiência como mãe de adolescentes. Esta aproximação se deu no meu cotidiano, na assistência, no ensino, na gestão e na pesquisa, muito mais utilizando o saber clínico do que o da Saúde Coletiva. A definição do tema desta pesquisa, porém, se deu mais recentemente em meu Mestrado, cujo objeto de estudo foi a avaliação do atendimento nos serviços de saúde a mulheres soropositivas, para a prevenção da Transmissão Materno Infantil do *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) para seus filhos. O mestrado foi desenvolvido no Programa de Pós Graduação do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e, na ocasião, tive oportunidade de participar da equipe do ECI (*Enhancing Care Initiative*) coordenado pela *Harvard School of Public Health* sob a coordenação, no Brasil, do Professor Dr. José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres, que foi meu orientador. O trabalho foi realizado no período de 1999 a 2002, com o título de “Transmissão Materno Infantil do HIV: características do cuidado nos serviços de Saúde e vulnerabilidade das mulheres da região de São José do Rio Preto”. Nessas abordagens, surgiram motivações para investigar o cuidado com os adolescentes nos serviços de saúde, o que resultou na elaboração do projeto deste doutorado. O atendimento ao adolescente em

São José do Rio Preto é realizado em toda a rede de serviços, tanto na atenção básica como no serviço especializado (ambulatorial ou hospitalar), porém, somente em dois serviços da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), no Centro de Saúde Escola (CSE) do Parque Estoril e no Ambulatório do Hospital de Base (HB), e apenas em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), a da Vila Toninho, está organizado o atendimento diferenciado para o adolescente.

Em agosto de 2003, foi realizada pela Secretaria Municipal, por meio do Programa Municipal de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (DST/Aids), juntamente com a Coordenação Municipal da Saúde da Criança, a capacitação de equipes de cinco UBS do município, a saber: Santo Antonio, Solo Sagrado, Jaguaré, Eldorado e Vila Toninho, para atuarem no cuidado ao adolescente. A partir de um contato estabelecido com a coordenação da Saúde da Criança no município, participei desta capacitação. Inicialmente, foi proposta a elaboração de um projeto para avaliar o atendimento nas Unidades que passariam a desenvolver o Programa de Saúde do Adolescente. Meu doutorado teve início em 2004. Em meados de 2005, ao submeter o Projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – CAPPesq/FMUSP-SP, houve modificação do desenho inicial do estudo, pois até esta data não havia ocorrido a implantação das atividades do Programa do Adolescente nas UBS capacitadas. Desse modo, defini o campo da pesquisa em 2005. O desenho do estudo buscou compreender as necessidades de saúde dos adolescentes atendidos nos

serviços de saúde tal como expressas nas demandas traduzidas pelos sujeitos do estudo (adolescentes, familiares de adolescentes e profissionais de saúde que atendem adolescentes). A abordagem do objeto de estudo foi de natureza qualitativa, tendo sido um grande desafio fazer o diálogo possível com outros campos do conhecimento.

As necessidades dos adolescentes são um tema importante, em especial para a Hebiatria (Medicina do Adolescente) e para a Saúde Coletiva, pois está ligado a problemas de Saúde expressos nos indicadores de morbidade e mortalidade deste segmento da população.

Nesta tese, não houve a pretensão de se produzir recomendações ou protocolos para a Saúde do Adolescente, mas sim a de contribuir para uma melhor compreensão das demandas processadas nos serviços de saúde a partir das necessidades colocadas por este segmento da sociedade. Dessa maneira, este estudo possibilita evidenciar perspectivas de acolhimento destas demandas, o que poderá propiciar uma maior responsabilização na prática profissional no atendimento aos adolescentes bem como projetar um melhor cuidado a estes indivíduos e seus familiares nos serviços de saúde.

## 2. Introdução

A preocupação com a adolescência na sociedade é recente. Os primeiros serviços voltados especificamente para a adolescência surgiram na Grã Bretanha, em 1884, ao ser fundada a Associação de Médicos Escolares (Saito, 2001a).

De acordo com o historiador francês Philippe Ariès (1981), em seu debate contemporâneo sobre a criança, a família e a juventude:

... a nossa velha sociedade tradicional. Afirmei que essa sociedade via mal a criança e pior ainda o adolescente. A duração da infância era reduzida a seu período mais frágil, enquanto o filhote do homem ainda não conseguia bastar-se; a criança, então, mal adquiria algum desembaraço físico, era logo misturada aos adultos, e partilhava de seus trabalhos e jogos. De criancinha pequena, ela se transformava imediatamente em homem jovem, sem passar pelas etapas da juventude, que talvez fossem praticadas antes da Idade Média e que se tornaram aspectos essenciais das sociedades evoluídas de hoje. p.ix .

Até o século XVIII, segundo o autor, a adolescência foi confundida com a infância e a idade adulta. No latim dos colégios, empregavam-se indiferentemente as palavras *puer* e *adolescens*. Um rapaz de 15 anos era descrito como um *bonus puer*, enquanto seu colega de 13 anos era chamado de *optimus adolescens*.

Segundo Ariès (1981), tem-se a impressão de que, a cada época, corresponderia uma idade privilegiada e uma periodização particular da vida humana: a “juventude” é a idade privilegiada do século XVII; a “infância”, do século XIX, e a “adolescência”, do século XX. Essas variações, segundo o autor, dependem das relações demográficas. Assim, a ausência da

adolescência e o desprezo pela velhice, ou, ao contrário, o desaparecimento da velhice como degradação e a introdução da adolescência, exprimem a reação da sociedade diante da duração da vida.

A partir dessa interpretação, e evidenciando-se a dependência das relações demográficas dentro de um mesmo século, observa-se no contexto brasileiro em “Estatísticas do século XX” (IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2003), que as mudanças também são acentuadas dentro de um mesmo período. Entre 1901 e 2000, a população brasileira cresceu de 17,4 para 169,6 milhões de pessoas. Em 1901, a expectativa de vida do brasileiro era de 33,4 anos e passou a 64,8 anos em 2000.

A adolescência foi legitimada como objeto de estudo e atenção, em 1904, quando Stanley Hall publicou seu clássico trabalho sobre a adolescência, sendo o precursor em estudos neste tema e levando inspiração para outros profissionais (Silber, 1995; Muuss, 1976).

Com o início da Primeira Guerra Mundial, em 1914, segundo Àries (1975):

... a adolescência se expande, empurrando a infância para trás e a maturidade para frente. Assim, passa-se de uma época sem adolescência a uma época em que a adolescência é a idade favorita. Deseja-se chegar a ela cedo e permanecer nela por muito tempo. p.15.

A partir de Hall, a complexidade dos diversos fatores sociais, culturais, políticos e econômicos envolvidos na adolescência motivaram estudos que utilizavam abordagens multidisciplinares (Muuss, 1976). As diversas teorias apontam pontos divergentes, porém é fundamental compreender os fatores relacionados à adolescência, reconhecer as



correlações entre as diversas teorias e considerar o contexto em que foram desenvolvidas.

A antropóloga americana Margaret Mead (1951), nos estudos que desenvolve sobre adolescência e cultura, numa sociedade primitiva em Samoa, acentua a importância das instituições sociais e dos fatores culturais no desenvolvimento humano nesta etapa da vida (apud Muuss, 1976).

No final do século XX e começo do século XXI, segundo o francês Serge Moscovici (1961), também a Psicologia Social, em sua abordagem sócio-histórica, passou a considerar a adolescência, entendendo-a como uma criação histórica da humanidade. Essa fase da vida começou a fazer parte da cultura enquanto significado, ou seja, passou a ser vista como um momento interpretado e construído pelos homens, um período constituído historicamente (Bock, 2001; Ozella, 2003; Sá, 1993).

Foi a partir da segunda metade do século XX que o adolescente se tornou relevante como objeto de estudo, aumentando-se o número de publicações sobre o tema. Mais tardiamente, em torno dos anos 70, a Saúde, em particular a Medicina, passou a se ocupar de temáticas envolvendo a adolescência na perspectiva de técnica aplicada e de produção de conhecimento (Coates, 2003; Saito, 2001b; Bock, 2001; Ayres, 2000; Correa, 2000; Ayres *et al*, 1997; Ayres, 1993; Bock *et al*, 1993; Colli *et al*, 1975).

Nos arranjos tecnológicos observados na prática, nos serviços de saúde até as décadas de 60 e 70, os adolescentes não recebiam atenção

específica em relação a cuidado com saúde, devido talvez aos baixos índices de morbidade e mortalidade apresentados por eles.

O adolescente, por suas condições biológicas, não traz demandas assistenciais que constituam preocupação em relação ao modo como estão estruturados os serviços de saúde. As doenças prevalentes na adolescência são esporádicas e, quando ocorrem, são em geral de curta evolução, benignas e auto-limitadas. São relativamente menos freqüentes demandas clínicas ou cirúrgicas que impliquem procedimentos mais complexos nos serviços de saúde.

Segundo Sttafford *et al* (2005), em seu estudo realizado em Stanford na Califórnia, na avaliação da utilização de serviços ambulatoriais por adolescentes de 13 a 18 anos, observa-se que estes usam pouco os cuidados primários e, quando usam, não têm suas necessidades de aconselhamento sobre saúde atendidas por completo.

No contexto atual, tanto na perspectiva técnica quanto na de produção de conhecimento, os adolescentes passam a ser vistos como um grupo social de características peculiares e que necessita de cuidados especiais (Bowes e Resnick, 2007; Patton e Viner, 2007; Bernard *et al*, 2004; Matheus, 2004a; Coates, 2003; Knobel, 2003; Colii, 2002; Mello Jorge e Leite, 2001; Callazans, 1999). Entende-se que a adolescência difere da infância, da idade adulta e da velhice de maneira geral, sobretudo, na saúde, exigindo cada vez mais estudos que permitam conhecê-la.

## 2.1 Adolescência

A adolescência é traduzida como um estágio do desenvolvimento humano, identificado em todo e cada indivíduo, estágio este que traz em si mesmo significados específicos, a partir dos quais se colocariam necessidades imanentes, ou seja, naturais, de saúde, que caberia à medicina identificar e satisfazer da forma mais adequada. Embora o discurso mais comum sobre saúde do adolescente seja esse, na verdade, essas necessidades não são naturais, mas social e historicamente construídas. É na forma como a medicina, com seus saberes e suas práticas, interage com os sujeitos nas diversas conformações sociais, que vão se delinear as necessidades de saúde dos adolescentes como demandas médicas (Ayres, 1993).

Para Marcondes (1975), a adolescência é um conjunto de manifestações biopsicossociais que se localiza entre a infância e a maturidade. Segundo Saito (2000), a adolescência deve ser encarada como etapa crucial do processo de crescimento e desenvolvimento, cuja marca distintiva é a transformação, ligada a aspectos físicos e psíquicos do ser humano inserido em diferentes culturas.

Assim, para os estudiosos da Pediatria, entende-se por adolescência a fase de transição entre a infância e o estado de adulto, períodos caracterizados por profundas transformações somáticas, psicológicas e sociais. Ela representa uma das fases mais importantes do ciclo vital, uma vez que completa o período de crescimento e desenvolvimento (Colli, 1984).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera adolescente o indivíduo entre 10 e 19 anos, mas mesmo os que adotam essa definição reconhecem ser estes limites, por si só, imprecisos (OMS, 1985). Vários autores referem-se em seus estudos à faixa de 10-19 anos como adolescentes e à de 15-24 anos como jovens (Spósito,1997; Madalleno e Suarez, 1995; Madeira e Rodrigues,1998; Suárez *et al*, 1985).

De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA - lei nº 8 069 de 13/07/90), é considerado adolescente o indivíduo entre 12 e 18 anos de idade (Brasil, 1990).

Essa divergência nos limites de faixas etárias é pouco relevante frente às modificações biológicas, psicológicas e sociais que caracterizam esse período da vida. A adolescência como processo começa, muitas vezes, antes dos 10 anos e não tem o seu término delimitado com precisão. O início pode ser definido biologicamente no começo do processo de maturação sexual, ou seja, a puberdade. Entretanto, são os aspectos socioeconômicos que determinam o seu término, pois o adolescente passa a ser adulto no momento em que consegue ser economicamente independente da família. Desta forma, a adolescência pode ser muito curta nas áreas mais pobres, onde o jovem começa a trabalhar precocemente, e se prolongar nas áreas mais desenvolvidas, em que os jovens têm mais tempo para preparar sua inserção laboral na sociedade (Kleinert, 2007; Leal e Saito, 2002; Aberastury *et al*, 1984).

Segundo Madeira e Rodrigues (1998), a história, a tradição e a cultura contribuem para a expressão dos valores dos adolescentes, apesar das diferenças de condições socioeconômicas.

Dentre os estudiosos que avançaram nos estudos da adolescência, foi Erickson (1976) quem os institucionalizou, introduzindo a noção naturalizada de "síndrome normal da adolescência", caracterizada por uma "sintomatologia" que inclui: a) busca de si mesmo e da identidade; b) tendência grupal; c) necessidade de intelectualizar e fantasiar; d) crises religiosas, que podem ir desde o ateísmo mais intransigente até o misticismo mais fervoroso; e) deslocalização temporal, em que o pensamento adquire as características de pensamento primário; f) evolução sexual manifesta, que vai do auto-erotismo até a heterossexualidade genital adulta; g) atitude social reivindicatória com tendências anti ou associas de diversa intensidade; h) contradições sucessivas em todas as manifestações da conduta, dominada pela ação, que constitui a forma de expressão conceitual mais típica deste período da vida; i) uma separação progressiva em relação aos pais; e j) constantes flutuações de humor e do estado de ânimo" (Aberastury e Knobel, 1984).

Tanto os familiares, os profissionais que atendem o adolescente, como a sociedade em geral tendem a ver a adolescência como um conjunto de sinais e sintomas tidos como naturais. Neste contexto, a perspectiva sócio-histórica utilizada pela Psicologia Social, no final do século XX e começo do século XXI, vem se contrapondo à concepção hegemônica adotada na atualidade, tanto pela visão tradicional da Psicologia como pela

mídia e pelo imaginário social, de que a adolescência é uma etapa natural (Ozella, 2003; Bock, 2001).

Nas últimas décadas, a vulnerabilidade dos adolescentes tem aumentado frente às rápidas transformações sociais, políticas, econômicas, históricas, científicas e culturais, como o aumento da urbanização, a alta tecnologia, a informação, a alteração do núcleo familiar, a violência e a revolução cultural, econômica e social (Carvalho, 2003; Sant'Ana, 2003a).

Frente a estas transformações, devem ser consideradas as especificidades da adolescência nas definições de suas necessidades básicas de saúde, sendo fundamental, para a sua abordagem, o conhecimento amplo das características biológicas e psicossociais do adolescente, as quais atuam em interação com o meio ambiente (Saito, 2002b).

Neste movimento de contextualização, faz-se necessário considerar a complexidade do processo da adolescência, já apresentada por inúmeras teorias nos diversos campos do saber (Muuss, 1976), e que tem nas práticas assistenciais de atenção básica à saúde apenas uma das interfaces de participação neste processo.

A falta de conhecimento sobre a adolescência resulta em rótulos discriminatórios para os indivíduos nessa etapa da vida. Esse contexto inviabiliza um suporte adequado pelos familiares, professores e profissionais de saúde, que são os mais próximos ligados ao seu cuidado, e isto faz com que aumente a vulnerabilidade do adolescente (Colli, 2002).

Becker (1999) evolui nos estudos sobre o conceito da adolescência, propondo que seja olhada a adolescência como a passagem de uma atitude de simples espectador para uma outra, ativa, questionadora. A adolescência, concebida como transformação, toma da sociedade e da cultura, as formas para se expressar.

Nesta perspectiva, é apontada a necessidade de espaços que proporcionem oportunidades de discussão, entre adolescentes e familiares, de: aspectos que possam ser geradores de conflitos familiares; aspectos físicos do adolescente (mesmo que não existam problemas); aspectos do desenvolvimento psicossocial que, na maioria dos indivíduos, se processa paralelamente e pode estar em defasagem e gerar conflitos; busca de identidade; separação de pais; ligações grupais; independência, com boa elaboração das críticas para que sejam bem compreendidas; dentre outros fatores (Saito, 2002c).

A autora chama atenção também para a importância da necessidade de que o adolescente receba informações sobre: crescimento e maturação sexual para diminuir as frustrações e as inseguranças; diferença de estatura; sexualidade (comportamento sexual, impulso sexual, atividade sexual, anticoncepção etc.); crescimento físico, nutrição; necessidades físicas; necessidades anti-infecciosas (imunização); educação/profissionalização para o trabalho; prevenção de agravos (causas externas - violência, uso de drogas/alcoolismo, exercício inadequado, práticas sexuais desprotegidas/gravidez precoce/aborto/DST-Aids, boa adaptação escolar e profissional, influência da propaganda etc.).

Sabe-se que é por meio da socialização que o adolescente constrói a sua identidade, aprofundando seus conceitos, estes carregados de significados capazes de nuclear o conjunto de pensamentos, desejos, preocupações e projetos de vida (Erickson, 1976; Aberastury e Knobel, 1984).

Os jovens que não possuem referências claras para seu comportamento utilizam, como fonte para a construção de suas identidades, as experiências a sua volta. Concebida como uma fase difícil e problemática da vida, que deve ser superada, a adolescência apresenta características específicas, que são, por vezes, tomadas como negativas ou como “bobagens da idade”. Tais características levam o adolescente a ser visto com desconfiança e suas ações, como imaturas.

Com igual importância, surgem as mudanças físicas (pêlos no corpo, crescimento repentino, desenvolvimento das características sexuais etc.), gerando também inúmeras dúvidas, incertezas e, às vezes, sofrimento.

As marcas do desenvolvimento do corpo constituem também a adolescência como fenômeno social. As mudanças que ocorrem no corpo são vistas de forma especial na época em que ocorrem. Exemplo disso são os seios na menina e a força muscular nos meninos. Vendo naturalmente os seios, por exemplo, tem-se o significado de amamentar seus filhos no futuro. Hoje, porém, os seios tornaram-se também objetos de sedução e sensualidade. A força muscular dos meninos já foi vista como possibilidade de trabalhar, guerrear e caçar. Hoje agrega beleza, sensualidade e masculinidade (Bock, 2004).



A sexualidade, por sua vez, é um fator a ser destacado na formação do adolescente (Bearinger *et al*, 2007; Patton GC, Vinner, 2007; Metcalfe, 2004; Rani e Lule, 2004).

O Comitê sobre Sexualidade da Associação Médica Americana reconhece que "a sexualidade humana se evidencia por aquilo que fazemos, mas principalmente e também por aquilo que somos". A sexualidade não é apenas uma proposta individual, ela é influenciada por múltiplos e complexos fatores que determinam fortemente as crenças e o comportamento. Assim, a sexualidade humana é um dos aspectos mais relevantes do desenvolvimento da personalidade, envolvendo não só a relação homem-mulher, mas todas as demais relações com os outros e com o meio ambiente (Saito, 1996).

A atividade física é um importante auxiliar para o aprimoramento e desenvolvimento do adolescente em seus aspectos morfofisiopsicológicos. Paralelamente à boa nutrição, a adequada atividade física deve ser reconhecida como elemento de grande importância para o crescimento e desenvolvimento normal durante a adolescência, bem como para a diminuição dos riscos de futuras doenças (Bernard *et al*, 2004; Cobelo, 2004; Barros *et al*, 2002, Carol, 1991). Dentre as vantagens da atividade física e do esporte para estes indivíduos, observa-se que estimulam a socialização, reforçam e elevam a auto-estima e o apoio social, diminuem a sensação de depressão e estresse, contribuem para adquirir autoconfiança e satisfação pessoal, ajudam a equilibrar a ingestão e o gasto de calorias e levam a uma menor predisposição ao adoecimento (Fench *et al*, 1994; Barbosa, 1991).

Os adolescentes têm grande preocupação com a sua imagem corporal, por isso também passam a dar lugar de destaque à atividade física e à alimentação no cotidiano de suas vidas, sempre relacionados à estética física. Neste aspecto, tanto os hábitos alimentares como as atividades físicas ou esportivas têm especial significado (Bernard *et al*, 2004; Marle, 2004; Fischer, 1997; Aberastury, 1984).

Segundo Dâmaso (2005), pelo senso comum, os adolescentes demonstram uma valorização e uma maior busca pelas atividades físicas, sobretudo as que são extracurriculares, foi observado o interesse na promoção da saúde como um dos motivos pelos quais os adolescentes buscam a atividade física em academias, clubes e outros.

Ao considerar as práticas que envolvem o corpo do adolescente, observa-se situação conflitante. Apesar da importância das atividades físicas e das práticas esportivas, achados de diversos estudos apontam que são poucos os adolescentes que as praticam. Segundo Barbosa (1991), apenas 14% dos adolescentes estudados desenvolviam práticas esportivas. Os modelos estéticos preconizados pela mídia podem estar acarretando aumento da procura por este tipo de atividade. Contrariamente, Kuntlezman e Reiff (1992) afirmam que as crianças e adolescentes de hoje estão mais sedentários. Os fatores mais citados, relacionados à redução na prática de exercícios nessa faixa etária, são o uso prolongado da televisão, do computador e de videogames como forma de diversão, a preocupação dos pais em relação à segurança dos filhos e o desinteresse das escolas em promover esse tipo de atividade (Harsha, 1995).

Para a nutrição dos adolescentes, é fundamental uma dieta equilibrada para o adequado desenvolvimento e crescimento, com os tipos de alimentos que suprem as necessidades nutricionais, como o aumento da necessidade de ferro, vitaminas e sais minerais. Como a adolescência é um período em que o crescimento, assim como o desenvolvimento físico, psíquico e social, ocorre de forma rápida e intensa, a nutrição influi sobre as mudanças que se produzem em razão do aumento das necessidades, assim como sobre as estratégias dos indivíduos para satisfazê-las. Para o autor, os hábitos alimentares influenciam diretamente no estado nutricional do indivíduo, podendo levar aos desvios nutricionais (Fisberg, 2005; Philippi e Alvarenga, 2004).

Nos distúrbios alimentares, as manifestações mais freqüentes são: peso reduzido, episódios de anorexia e sobrepeso ou obesidade, sendo que todos trazem sérios comprometimentos à qualidade de vida dos adolescentes (Kleinert, 2007; Stevenson *et al*, 2006). A alimentação do adolescente é, geralmente, caracterizada por alto consumo de alimentos prontos (sanduíches, salgadinhos e biscoitos). Por outro lado, o hábito de realizar dieta, muitas vezes restritiva, também está muito presente, podendo levar à ingestão inadequada de nutrientes e energia (Fisberg, 2005).

Neste sentido, é importante considerar como os conceitos sobre alimentação e nutrição são transmitidos para os adolescentes. Um dos meios pode ser o de comunicação de massa, considerado como fator de influência na mudança ou aquisição de hábitos alimentares durante a adolescência, com o incentivo a alimentos muitas vezes prejudiciais a esta

fase da vida (Mondini e Monteiro, 1995), e que podem ocasionar doenças na fase adulta. Observa-se, por parte dos veículos de comunicação de massa, um apelo ao consumo, estimulando hábitos alimentares inadequados, principalmente em relação a alimentos classificados como “fast food”.

Outro aspecto que é também preocupação para a vida do adolescente na sociedade é a sua formação para o trabalho e a sua inserção precoce no mercado (Galdini e Berzin, 2003; Abramo *et al*, 2000; Bock, 2000; Martins, 2000). De acordo com Velho (2003), e segundo os grandes pensadores das Ciências Sociais - Marx, Durkheim e Weber -, o mercado e o trabalho, assim como a vida política com suas transformações, são, sem dúvida, fatores estimuladores das mudanças na sociedade, com maiores ou menores custos sociais. O trabalho sofisticou-se do ponto de vista tecnológico e passou a exigir um maior tempo de estudos para preparar-se para a prática profissional, o que retardou o ingresso dos jovens no mercado e aumentou o seu tempo na escola (Levisky, 1995).

Segundo Knobel (1984), na adolescência observa-se também a preocupação com aspectos metafísicos, na qual a religiosidade pode ser manifesta por períodos de misticismo fervoroso, alternando com ateísmo exacerbado. A preocupação metafísica emerge com grande intensidade como tentativa de soluções, pelo jovem, da angústia em que vive, na busca de identificações positivas e do confronto da morte definitiva.

Têm repercussões na adolescência as situações de violência às quais os adolescentes estão submetidos — expressão da exacerbção de conflitos sociais e da negação da cidadania —, sendo eles vítimas ou até mesmo

agentes dessas situações de violência (Ribeiro e Campos, 2002; Mello Jorge, 1998; Assis *et al*, 1997; Souza, 1994). De acordo com Melo *et al* (2005), no Rio de Janeiro, os maiores riscos à saúde do adolescente estão associados à violência. Alguns exemplos de violência aos quais os adolescentes são submetidos são o uso da força física, a negação das condições mínimas de vida, a imposição do silêncio e outras de negação da liberdade humana. Essas ocorrências demonstram a violação de direitos civis, políticos e sociais. Estas situações de violência acontecem em todos os espaços, tanto no aglomerado de uma grande metrópole como em pequenas cidades do Estado do Rio de Janeiro.

A violência é um dos fatores das principais causas externas encontradas nos indicadores de morbidade e mortalidade na adolescência. Portanto, é motivo de grande preocupação pelas taxas elevadas de causas externas, como as observadas, por exemplo, nos dados de homicídio e acidentes de trânsito no Rio de Janeiro (Souza *et al*, 1997).

Na caracterização do perfil epidemiológico do adolescente, conforme estimativa da OMS (2007), observa-se que os adolescentes representam cerca de 20% da população mundial. No Brasil, segundo dados do censo demográfico do IBGE de 2000, existem cerca de 31 milhões de adolescentes. Esse grupo corresponde a 21,84% da população do país, sendo que, nos últimos 25 anos, a distribuição de jovens nas regiões urbanas triplicou (IBGE, 2007).

Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1998, na auto-avaliação do estado de saúde, os adolescentes de 10 a 14

anos e de 15 a 24 anos foram os que informaram em menor porcentagem ter estado “regular” e “ruim” de saúde, não sendo observada diferença por sexo no primeiro grupo. Já no segundo, observou-se um maior comprometimento da auto-percepção da condição de saúde para o sexo feminino. Observou-se, ainda nesse estudo, que a média do número de dias de restrição à atividade por motivo de doença foi menor nas faixas etárias correspondentes aos adolescentes, com tendência a aumento no grupo de 15 a 24 anos. Além disso, quanto à utilização dos serviços de saúde relacionada a internações, as taxas foram menores nas faixas de 10 a 14 anos (2,4%) e de 15 a 24 (5,4%) (Pinheiro *et al*, 2002).

Em um estudo realizado em Salvador, observou-se que as principais causas de internações de adolescentes estavam relacionadas à gravidez, ao parto e ao puerpério; a causas externas; a doenças do aparelho digestivo; a queixas geniturinárias; e à neoplasia; entre outros. As três primeiras causas absorveram 70% dos recursos financeiros, sendo 54,9%, 9,5% e 6,0%, respectivamente (Nascimento *et al*, 2003).

Na avaliação do uso regular de um mesmo serviço de saúde, o que pode ser interpretado como “porta de entrada ao Sistema de Saúde”, observou-se que os adolescentes são o segmento com menor número de consultas. Nesse estudo, as mulheres informaram com maior frequência do que os homens utilizar regularmente um serviço, e observou-se também ser essa prática mais comum em idosos e crianças (Pinheiro *et al*, 2002; Goldbaum *et al*, 2005).

Da mesma forma, ao avaliar os dados da epidemia da Aids (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*), verificou-se que a situação dos adolescentes é preocupante (Ayres, 2002; Ayres *et al*, 1999). Em relatório da UNAIDS (*Joint United Nations Programme on HIV/Aids*), constata-se o aumento no número de novos casos de Aids entre os jovens no mundo – pessoas entre 15 e 24 anos representam 40% dos 4,3 milhões de novas infecções no último ano (UNAIDS, 2006). No Brasil, 13% dos casos diagnosticados de infecção pelo HIV entre 1980 e 1998 foram em adolescentes. Neste aspecto, os dados da pesquisa sobre comportamento sexual em jovens brasileiros (Berquó, 2000) contribuem para evidenciar a condição de vulnerabilidade destes indivíduos ao HIV/Aids (*Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immune Deficiency Syndrome*). No estudo, a pesquisadora observa que os adolescentes são mais propensos a não usar o preservativo por várias causas. Entre elas estão a falta de acesso ao preservativo e a dificuldade de convencer o parceiro/parceira da necessidade de seu uso. Além disso, o fato de não usar preservativo nas práticas sexuais, quando na presença de uma DST aumenta o risco de transmissão do HIV de três a cinco vezes. O estigma e a discriminação agravam ainda mais a situação de vulnerabilidade vivida pelos adolescentes infectados pelo HIV, tendendo a ampliar situações de vulnerabilidade que os expuseram à infecção e restringindo ainda mais suas perspectivas de futuro (Ayres *et al*, 2006; Ayres *et al*, 2002).

Com relação à mortalidade, o adolescente tem um perfil específico que é preocupante. Enquanto nos dados de mortalidade da população em geral observa-se que o grupo de mortes por causas externas corresponde a

13% dos óbitos, na faixa etária de 15 a 19 anos, esse grupo é responsável por 80% dos óbitos, sendo que no sexo masculino esse índice é 2,5 vezes maior que no feminino (Mello Jorge e Leite, 2001; Mello Jorge, 1998). No Brasil, a relação entre o uso de álcool e a ocorrência de acidentes de trânsito tem sido constatada (Carlini-Cotrim, 2000).

Portanto, os principais agravos à saúde do adolescente estão relacionados ao processo de crescimento e desenvolvimento, ao “tornar-se adulto” em todos os sentidos, o que muitas vezes o coloca em situações de risco, como gravidez precoce — muitas vezes indesejada — DST/Aids, acidentes, diversos tipos de violência, maus-tratos, uso de drogas etc. (Patton e Viner, 2007; Youngblade *et al*, 2006; Matheus, 2002b; Saito, 2002d; Sucupira, 1998; Benfam, 1999).

Apesar de os adolescentes não constituírem, do ponto de vista quantitativo, um grupo que gera grande demanda clínico-assistencial nos serviços de saúde, os agravos que os colocam em situações de risco são importantes, complexos e exigem indagação e busca de melhor compreensão acerca das necessidades dos adolescentes e de suas demandas para os serviços de Saúde. Na maioria dos atendimentos dos adolescentes nesses serviços, a abordagem é clínica e a intervenção fica restrita à terapêutica medicamentosa, não sendo consideradas as demais necessidades, que são importantes e não podem ser silenciadas (Nelson e Park, 2006; Bernard *et al*, 2004; Palazzo, *et al*, 2003; Mead *et al*, 2002; Ruzany, 2000; Ruotti *et al*, 1998; Zubarew *et al*, 1992).



Observam-se, atualmente, inúmeras propostas para o desenvolvimento de melhorias no cuidado, na atenção e na promoção à saúde do adolescente.

A OPAS/OMS (Organização Panamericana de Saúde/Organização Mundial de Saúde), pela Divisão de Promoção da Saúde, propõe as seguintes linhas de ação política: legislação e atividades de defesa dos direitos; formulação de planos; programas e organização de serviços; desenvolvimento de recursos humanos no tema; incorporação da comunicação social; formação de redes e difusão de conhecimento; mobilização de recursos sociais; apoio à investigação científica; e apoio ao seu desenvolvimento (Tanaka e Melo, 2000).

Para a *World Health Organization (WHO)*, no documento “*Adolescent Friendly Health Services*” (McIntyre, 2002), as ações do programa na organização dos serviços devem contemplar:

- Segurança e suporte nos serviços para o seu desenvolvimento;
- Informações e habilidades para entender e interagir com o mundo;
- Aconselhamento e possibilidade de negociar dificuldades;
- Criação de redes pelos Serviços de Saúde para atuar junto;
- Pacote básico adaptado às necessidades dos adolescentes, incluindo monitorização do crescimento e imunização;
- Serviços de saúde reprodutiva (aconselhamento e testagem HIV e IST - Infecção Sexualmente Transmissível);
- Serviços de saúde mental (incluindo suporte também aos adultos em contato com o adolescente).

Na tentativa de melhorar o cuidado ao adolescente na experiência dos Estados Unidos da América, foi criado, em 1997, o *SCHIP (State Children's Health Insurance Program)*. O *SCHIP* é um programa de seguro saúde governamental que ampliou a faixa etária de cobertura para atender adolescentes, além de crianças, possibilitando a eles acesso ao cuidado nos serviços. O programa foi organizado em cinco estados dos EUA (Estados Unidos da América), porém, em nenhum deles tem sido dada atenção especial ao adolescente nas formas como têm sido estruturados os programas (estatais ou não estatais, pois 2 eram *medicaid* e 3, *non medicaid*) (Fox *et al*, 2003).

Um estudo realizado em Minnesota (Simmons, 2006) mostra que adolescentes e familiares desconhecem a legislação sobre o cuidado de saúde para os adolescentes. Esta observação aponta para a necessidade de profissionais de saúde orientarem seus pacientes sobre o cuidado médico nessa faixa etária. A opinião geral é de que as leis existentes são boas, visto protegerem os adolescentes, que são uma parcela minoritária da população.

Segundo Kleinert (2007), embora na maioria dos países os adolescentes sejam tratados como crianças ou tenham que dividir serviços de saúde com os mais velhos, já existem, em países como Austrália, Canadá e EUA, centros multidisciplinares de cuidado ao adolescente. Embora existam estes serviços, cabe avaliar como as necessidades de saúde dos adolescentes são acolhidas.

Na Austrália, o estudo de Bernard *et al* (2004) observou avanços tecnológicos nos centros de atendimento ao adolescente, onde estes

sujeitos adicionam às suas expectativas o "domínio do tratamento" que estão recebendo. No estudo, identifica-se, ainda, a presença de barreiras de acesso aos serviços de saúde naquele país.

No Brasil, em cumprimento à Constituição Federal (Brasil, 1988), o Ministério da Saúde (MS), em 1989, oficializou o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), visando proporcionar ao jovem atenção integral à sua saúde (Brasil, 1989).

O PROSAD é dirigido a todos os jovens entre 10 e 19 anos e é caracterizado pela integralidade das ações e pelo enfoque preventivo e educativo. O PROSAD visa garantir aos adolescentes o acesso à saúde com ações de caráter multiprofissional, intersetorial e interinstitucional. Os objetivos do PROSAD são:

- Promover a saúde integral do adolescente, favorecendo o processo geral de seu crescimento e desenvolvimento, buscando reduzir a morbi-mortalidade e os desajustes individuais e sociais.
- Normatizar as ações de saúde consideradas nas áreas prioritárias: crescimento e desenvolvimento, sexualidade, saúde mental, saúde reprodutiva, saúde do escolar adolescente e prevenção de acidentes, violência e maus-tratos pela família.
- 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 à adolescência.
- Contribuir com as atividades intra e interinstitucionais, nos âmbitos governamentais e não governamentais, visando à formulação de uma política nacional para a adolescência e juventude, a ser desenvolvida nos níveis Federal, Estadual e Municipal.

Porém, buscar entender a realidade deste segmento da população contribuirá para a adequação de políticas públicas e propostas para a saúde do adolescente com perspectivas de sucesso. Atender às necessidades dos adolescentes tornar-se-á tarefa menos complexa, quanto maior for o entendimento da sua realidade e a identificação dos possíveis fatores de proteção de acordo com cada realidade (Sanchez, *et al*, 2004; Skinner, *et al*, 2003; Mc Intyre, 2002; Narvaes, 1997; Zubarew, 1992).

É necessário romper com o modelo clínico assistencial centrado predominantemente no atendimento médico, em que as necessidades dos adolescentes são escassas e se traduzem em demanda assistencial.

No enfrentamento das necessidades do adolescente, vê-se, pelo exposto acima, que é necessário superar a perspectiva estritamente biológica, naturalizada, anistórica e abstrata, para contribuir na construção de abordagens que se constituam a partir de uma concepção positiva dessa fase da vida (Ayres, 1993).

## 2.2 Atenção e cuidado em saúde no Brasil

Após a Segunda Guerra Mundial, deu-se, em alguns países desenvolvidos, como os da Europa Ocidental, EUA e Canadá, a expansão da assistência à saúde como parte de um período de grande desenvolvimento econômico, político, social e científico, que se caracterizou fundamentalmente pela proposição de políticas de Bem-Estar Social. Estas políticas incluíram o acesso à atenção à saúde, como parte dos direitos sociais da população, e o desenvolvimento científico e tecnológico na saúde, levando à incorporação de muitas novas tecnologias diagnósticas e terapêuticas, particularmente na assistência hospitalar. Nos países capitalistas, em desenvolvimento, é possível observar também alguns desses movimentos, ainda que em menor intensidade e de forma muito variável, de acordo com as características do país.

A partir dos anos 70, sob a liderança de organizações internacionais, em particular a OMS, tendo como cenário as primeiras crises econômicas e a constatação de que o bem estar dos países centrais não levou ao desenvolvimento dos países periféricos, surgiram propostas para o setor saúde. Eram iniciativas de âmbito político e técnico a serem desenvolvidas por todos os países para garantir “Saúde para Todos no Ano 2000”. Essas propostas estimularam algumas iniciativas nacionais, mas, ao estarem desvinculadas de mudanças macroeconômicas e políticas internacionais e nacionais, não foram capazes de alterar as condições de base de saúde e assistência das populações.

Os princípios de Saúde para Todos no Ano 2000 foram enunciados em uma conferência realizada na cidade de Alma Ata, no Cazaquistão, em 1977, e a principal proposta para que esse objetivo pudesse ser alcançado foi a da implantação como base para os sistemas de saúde da “atenção primária à saúde”. O consenso lá alcançado foi confirmado na 31ª Reunião Anual da Assembléia Mundial de Saúde da OMS, em maio de 1979. A atenção primária à saúde ficou assim definida:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possam arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde. (WHO, 1978)

Na conferência de Alma Ata, foram especificados os componentes fundamentais da atenção primária à saúde, destacando-se os programas de saúde materno-infantis, a educação em saúde, as imunizações e o planejamento familiar, a prevenção de doenças endêmicas locais, o tratamento adequado de doenças e lesões comuns, o fornecimento de medicamentos essenciais à promoção de boa nutrição e à medicina tradicional.

Para Starfield (2002), a implantação da atenção primária à saúde é mais difícil em países com sistemas de saúde com elevada densidade de incorporação tecnológica, fortemente apoiados na assistência hospitalar,

com profissionais de saúde muito especializados e um setor privado forte, mas, alguns países desenvolvidos, com sistemas de saúde públicos bem estruturados, implementaram reformas nos seus sistemas de saúde, mais intensamente na década de 90.

O Brasil adotou, em 1980, o tema Saúde para todos no ano 2000, em sua VII Conferência Nacional de Saúde, enquanto parte de uma conjuntura política de fim da ditadura militar e grande mobilização social.

Dentre as áreas sociais, em 1990, a Saúde foi uma das primeiras a ter seu texto regulamentado de acordo com a Constituição Brasileira de 1988. Portanto, a Saúde é um dos setores em que os direitos de proteção social estão mais perceptíveis, e os avanços com a Reforma Constitucional foram responsáveis pela reestruturação do Sistema de Saúde.

A saúde está pela primeira vez nas Cartas Constitucionais brasileiras, segundo Elias (2004), e esse procedimento desloca a noção de seguro social, pela de seguridade, isto é, à semelhança do que ocorre no Estado de bem-estar social, o acesso pleno ao Sistema de Saúde não depende da renda e do trabalho, buscando garantir um novo padrão de cidadania.

Os significativos avanços apresentados na nova Carta Constitucional, no tocante ao sistema de proteção social, são evidenciados nas seguintes propostas: a universalidade do direito à saúde a todos os cidadãos; a integralidade e a equidade ao acesso; e, no tocante à forma de participação no custeio, a uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços; a diversidade da sua base de financiamento; e a descentralização da gestão administrativa, com a participação da comunidade (Cohn e Elias, 1996). No

entanto, a nova dimensão dada à saúde na ordem constitucional é uma conquista social que exige uma complementação teórica e uma decisiva implementação na prática, priorizando a dignidade humana (Dallari, 1995).

Ficaram assegurados os direitos relativos à Saúde, Assistência e Previdência Social em um sistema de Seguridade Social, tarefa que traz consigo um enorme desafio numa sociedade marcada por profundas desigualdades sociais. Neste contexto, cabe destacar que os centros hegemônicos da economia mundial questionam a responsabilidade estatal na provisão de bens e serviços para atender às necessidades sociais, dentre elas a saúde, enquanto revalorizam o mercado como mecanismo privilegiado para a alocação de recursos.

Para Paim e Almeida (2000), foram marcantes os impactos do desenvolvimento econômico e social em relação à saúde, principalmente no que diz respeito à cobertura e à extensão dos serviços de saúde para a população, conforme o compromisso internacional do governo brasileiro em buscar Saúde para todos até o ano 2000.

O reconhecimento do direito à saúde e a responsabilidade da sociedade sobre esse direito devem garantir que os cuidados básicos incorporem os avanços tecnológicos da Medicina e da Saúde Pública a custos compatíveis. Para isso, espera-se que sejam definidas políticas, estratégias e prioridades na reorganização dos modelos de atenção e na gestão, para que a organização de serviços, em especial nas UBS, seja capaz de alcançar as metas de ampliar a cobertura em todo o país (Paim e Almeida, 2000).



Para alterar o perfil das políticas públicas setoriais, observaram-se, na década de 90, em diversos países, pressões sobre os governos nacionais para consolidar o processo. Dentre estas pressões, destacam-se: aumento do gasto setorial, convicção entre gestores públicos e privado, de que o gasto realizado não otimizava o uso dos recursos existentes; possibilidade de expansão do gasto setorial; aumento excessivo da complexidade das condições da oferta e demanda dos serviços; problemas de equidade, no acesso dos serviços de saúde, por parte dos usuários de menor renda; e problema na escolha dos pacientes, por parte dos provedores de serviços, pouco sensíveis aos direitos dos usuários. Esses fatos são considerados comuns, com intensidades diferentes em cada país, tanto nos da Europa Ocidental quanto nos das Américas, apontando para três questões de ordem estrutural: mudanças demográficas, dificuldades de financiamento e necessidades de alterações nas tecnologias disponíveis (Silva, 2003).

A tendência nas modificações das políticas públicas e privadas para o setor saúde está sob essas influências. Os países que organizavam os serviços de saúde nas regras de mercado, passam a utilizar o planejamento e a regulação, sendo mais perceptível no setor público. Os países com forte organização estatal dos serviços nas regras de planejamento, avaliação e controle centralizados passam a utilizar instrumentos administrativos e gerenciais que diminuem a intervenção do setor público na operação dos serviços.

Segundo Silva (2003), destas experiências nos diversos países, identificam-se duas lições para o caso brasileiro. O primeiro é que não existe

uma tendência consolidada de financiamento e gestão dos sistemas de saúde e, em segundo lugar, há a necessidade de modificações, tanto no nível macro quanto no nível micro, das formas de financiamento dos sistemas e das suas formas de organização, gestão e regulação.

A maior probabilidade de iniciativas bem sucedidas está ligada tanto às mudanças do financiamento e gestão, como à combinação dos resultados, criando bases políticas de sustentação nas instituições e na sociedade (Silva, 2003).

Com o reconhecimento da atenção à saúde como um direito social, processo que teve início na década de 80, buscou-se implantar uma estrutura de atenção equânime para todos os brasileiros.

Segundo Silva (2003), as características deste processo são: a forte centralização no nível federal, no comando do gasto público, com ênfase na assistência médica hospitalar; a fragmentação organizacional, que deixou um vácuo para o crescimento do sistema privado; a ausência de mecanismos de controle público e social, desde alocação de recursos financeiros até controle social de qualidade ou serviços de saúde prestados aos usuários; e a forte concentração no atendimento hospitalar e ambulatorial secundário.

Configura-se, assim, uma rede desordenada e desarticulada, sem mecanismos de planejamento e gestão, incapaz de funcionar de forma regionalizada, hierarquizada e resolutiva.

Portanto, com quase duas décadas de implantação do SUS (Sistema Único de Saúde), a realidade sanitária brasileira revela a permanência de

problemas de cobertura assistencial, financiamento setorial, resolutividade sistêmica e equidade no acesso e utilização dos serviços. É preciso avançar na implementação de alterações na forma de organização, questão, regulação, controle e avaliação da oferta de serviços.

Segundo Viana e Dal Poz (2005), a reforma brasileira da saúde, no início da década de 90, é considerada rápida, com a introdução de significativas mudanças no modo de operação do sistema, diferentemente das outras reformas do setor saúde, as quais acontecem e se baseiam em pequenos ajustes sucessivos.

Na prática, a implantação do SUS acontece gradativamente, de acordo com as exigências da legislação específica, sendo que parte dos seus objetivos foram atingidos. Juntamente com o aumento do acesso à assistência para a população, identificam-se mudanças nas condições de saúde da população, com a diminuição da mortalidade infantil, da desnutrição, das doenças imunopreveníveis e com o aumento da esperança de vida. Ao mesmo tempo, aumentaram as causas externas na mortalidade e as doenças crônicas na morbidade. Mas a grande questão no Brasil são as persistentes grandes diferenças sociais nas doenças e no acesso à saúde. O acesso aumentou para todos, mas as diferenças persistem ou aumentam.

Na América Latina, o quadro de transição é mais complexo em determinadas localidades, onde persistem os padrões relacionados a doenças infecto-contagiosas, elevam-se as crônico-degenerativas, além de aumentarem as causas externas (homicídios e acidentes, etc). Este perfil epidemiológico influencia a demanda por serviços de saúde, exigindo novas

respostas dos serviços de saúde (Viana, Dal Poz, 2005; Santana, 2002; Patarra, 1995).

Neste sentido, ao considerar a organização de serviços, a baixa qualidade de vida faz com que as situações de necessidades de Saúde do cotidiano, consideradas não emergenciais, em razão da falta de atendimento oportuno na rede assistencial passem a ser consideradas demandas emergenciais (Schraiber, 2000).

Para os autores Viana e Dal Poz (2005), este contexto de múltiplos problemas na demanda e na oferta de saúde passa a ser entendido, nos anos 90, como crise da saúde.

Em meados dos anos 90, verifica-se a ênfase nos aspectos pragmáticos da regulamentação e implementação do SUS nas dimensões técnicas e principalmente de gerência, programação e avaliação, segundo Cohn e Elias (2002), em virtude do esgotamento das propostas originais da reforma sanitária brasileira. Faz-se necessário resgatar a constituição da identidade dos sujeitos sociais, nos estudos sobre saúde na sua dimensão política.

Nesta perspectiva, a partir de 1995, inicia-se o processo de reforma incremental do SUS – reforma da reforma da saúde no Brasil – baseado em ajustamentos sucessivos. Os ajustes sucessivos vêm ocorrendo tanto nas modificações no desenho, como na operação da política. É neste contexto que a estratégia de Saúde da Família (SF) é proposta, com mudanças importantes na forma de remuneração das ações de saúde (o pagamento

deixa de ser por procedimento), na forma de organizar os serviços e nas práticas assistenciais em cada localidade.

A estratégia da atenção primária à saúde, conforme proposta da Conferência Mundial de Saúde de Alma-Ata, na década de 70, foi a alternativa adotada para os países que buscavam melhorar o seu Sistema de Saúde, principalmente os países em desenvolvimento.

A atenção primária à saúde mostrou-se um importante mecanismo para aumentar o acesso ao Sistema de Saúde em todas as cidades brasileiras. Há de se reconhecer que foram levadas para dentro das UBS as precariedades da qualidade de vida dos indivíduos.

Admitir a precariedade das condições sociais em que vivem os indivíduos no Brasil permite compreender a tensão colocada pelas demandas de saúde na porta de entrada da assistência. É necessário reconhecer que são múltiplos os fatores relacionados à deterioração da vida das pessoas e que, para se aproximar adequadamente desses fatores, as Ciências Sociais têm dado grande contribuição, em particular na compreensão da concepção de saúde na atualidade.

Embora seja positivo o reconhecimento do direito constitucional à saúde, existe ainda a necessidade de profunda reorganização e melhoria do setor público para que todos tenham assegurado esse direito. O setor privado, sujeito a critérios econômicos, não atende à população mais pobre e vende seus serviços a preços geralmente muito altos, tendo, por isso, alcance muito limitado na garantia do direito à saúde (Cohn e Elias, 1996).

A universalização da assistência em todos os níveis da atenção exige políticas macroeconômicas que se articulem com as políticas sociais, sobretudo nos setores da Saúde e da Educação.

Segundo Silva (2003), embora exista a complexidade dos problemas de ordenamento e acesso, são vários os elementos propulsores à implementação de alterações para superar os obstáculos identificados. Dentre eles, o processo de descentralização, em curso, com recursos específicos para os municípios para investimentos na reorientação da oferta. Neste processo, destaca-se a garantia de flexibilidade e autonomia para o financiamento da rede prestadora de serviços com maior controle da oferta. Segundo o autor, o financiamento setorial por estabelecimento de piso básico de atendimento em todos os níveis auxilia uma sistemática de contratualização que seja de acordo com as necessidades e prioridades diferenciadas de atendimento. A atenção primária traz as possibilidades de uma porta de entrada mais resolutiva e eficaz, com maiores níveis de acesso, cobertura e ordenamento das ações e serviços.

Assim, pensar as políticas de saúde no Brasil e a conformação do Sistema de Saúde, desde o início desses importantes avanços até o momento presente, demanda pensar continuamente a respeito do sistema de proteção social brasileiro, articulado, em cada momento histórico, com as políticas de saúde do mesmo período.

Em que pese essa necessidade, este estudo não se ocupa do pensar o sistema de proteção social do Brasil e as repercussões diretas do financiamento na viabilização das políticas públicas de saúde. Mas a

organização e as características do sistema de saúde conformam o cenário no qual se situa seu objeto, delimitando-o e esclarecendo algumas de suas premissas.

No recorte realizado neste trabalho, bem como na perspectiva da Medicina Social, busca-se compreender as necessidades de saúde expressas nas demandas traduzidas pelos indivíduos e colocadas para os serviços de saúde, tal como organizados no país, segundo a síntese acima, e em especial na atenção primária. Dado este cenário, trata-se agora de retomar a questão das necessidades de saúde e da atenção às necessidades de saúde do adolescente em particular.

As concepções de saúde e doença estão inteiramente ligadas aos significados de vida e morte. Portanto, necessidades de saúde são percepções intimamente relacionadas ao viver no mundo para os indivíduos e a sociedade.

Se a concepção de saúde traz consigo bem-estar, felicidade, harmonia e equilíbrio ao indivíduo, à sociedade e ao seu ecossistema, por outro lado, a concepção de doença está associada à infelicidade individual e coletiva, ou seja, ao rompimento do homem com os limites estabelecidos pelas normas e regras da sociedade.

O indivíduo que se encontra doente ou em sofrimento, sente quais as possibilidades de intervenção para a correção do seu adoecimento ou do seu sofrimento. À medida que o indivíduo vivencia essas intervenções, elas passam a ser incorporadas como necessidades de saúde (Schraiber, 2000).

Dessa maneira, a partir de experiências anteriores com intervenções médicas, para si ou para outros na sociedade, cada indivíduo já sabe que tipo de serviço de saúde deve procurar.

Na Sociologia, segundo Minayo (1996), saúde e doença são metáforas privilegiadas na explicação da sociedade, pois fazem com que as pessoas falem de si, do que as rodeia, de suas condições de vida, do que as oprime, ameaça e amedronta. Ao mesmo tempo, são expressas opiniões sobre as instituições e sobre a sociedade nos aspectos econômicos, político e cultural.

O processo saúde e doença não pode aparecer despojado de seu caráter de temporalidade social e ecológica. A prática médica deve ser compreendida para além da idealizada arte de curar, sendo necessário considerar o trabalho de cuidar, que traz as singularidades do indivíduo para o espaço de assistência, em consequência das condições onde é realizado.

Assim, é preciso enriquecer a concepção de intervenção que estabelece os diálogos travados neste campo. Curar, tratar e controlar tornam-se posturas limitadas. Todas estas práticas supõem uma relação estática, individualizada e individualizante, “objetificadora” dos sujeitos – alvos de intervenções na saúde. Segundo Ayres (2001), quando esses dois sujeitos — o sujeito profissional de saúde e o sujeito “alvo” das ações de saúde — apresentam-se um diante do outro, um processo de objetivação e “objetificação” está colocado. Há uma técnica que justifica e estabelece esse encontro. Contudo, para que essa técnica seja útil e efetiva, será necessário muito mais que produção e manipulação de objetos, é preciso que os



sujeitos, profissionais de saúde e usuários de serviços, participem efetivamente da compreensão das necessidades de saúde envolvidas e da escolha dos melhores meios para responder a elas.

O desafio de atender às necessidades humanas nos serviços de saúde é possível pelos processos de trabalho produzidos no contexto onde vivem e trabalham os indivíduos. As necessidades que geram os processos de trabalho não são apenas de um sujeito, mas de sujeitos em relação a outros sujeitos.

Segundo Nemes (2000), “as finalidades de todos os processos de trabalho correspondem às necessidades geradas na dinâmica de uma dada sociedade; por isso, é possível qualificar todas as necessidades que sustentam os trabalhos como necessidades sociais”.

É fundamental que sejam consideradas as dimensões sociais, históricas, políticas e econômicas que permeiam estas necessidades de saúde para compreender “o que falta aos indivíduos” e que os leva a buscarem os serviços de saúde. Afinal, foram quase vinte anos de conquistas para a proteção social dos indivíduos nos direitos ligados à saúde no Brasil, e observa-se que isso não foi suficiente.

Estas conquistas dizem respeito tanto à concepção ampliada da saúde, em 1988, na Constituição Federal, como às leis de organização do sistema de saúde, no início da década de 90, para que o Estado assegurasse o Direito à Saúde. Concomitantemente, são travados ricos debates com os correspondentes conhecimentos científicos.

Buscou-se nestes conhecimentos os recursos técnicos para refletir a organização dos serviços como instrumento que dá forma à assistência. É fundamental que seja olhada mais intrinsecamente a assistência para que seja possível compreender as necessidades de saúde. Segundo Schraiber (2000), “ao pensar necessidades de saúde imediatamente lembra-se da assistência”. Neste sentido, o resultado das intervenções sobre qualquer necessidade de saúde na assistência é reconhecido, portanto, como necessidade, transformando as próprias intervenções em necessidade.

Neste aspecto, a Medicina Social cumpre um papel importante, pois é, no mínimo, uma disciplina de “fronteira” entre as Ciências Sociais e as Naturais. Mendes Gonçalves (1994) dá destaque ao caráter histórico – marca específica das Ciências Sociais – tanto do sujeito como do objeto do conhecimento nessa área do conhecimento. Nesse sentido, a Medicina Social também tem seu caráter histórico.

Nas práticas de saúde, observa-se a tendência a fragmentar o corpo humano nos diversos campos de atuação das especialidades. Nesta tendência, diminui a possibilidade do cuidado do corpo e da mente de forma integrada (Ávila, 2004).

Outra tendência de fragmentação decorrente da evolução do saber e das técnicas médicas é, segundo Donnangelo (1976), na fragmentação do processo de doença, consolidada no corte entre ações terapêuticas e preventivas pelo qual o processo saúde/doença aparece despojado de seu caráter de temporalidade e de seu campo (ecológico e social) de constituição.

Na prática médica, o objeto de trabalho é o corpo das pessoas, associado à função específica que a Medicina exerce na sociedade (Testa, 1992).

Inicialmente, no Curso de Medicina, o corpo é apresentado para o aluno como um conjunto de ossos e vísceras a serem estudadas. Posteriormente, na prática médica, fragmenta-se tanto a abordagem do corpo, quanto o processo de doença em diversas especialidades, com as separações entre ações terapêuticas e preventivas. Por outro lado, o corpo é visto como uma matéria submetida a inúmeras tensões e dividida para que cumpra as funções que dele são exigidas; é também objeto de desejo e prazer, assim como um instrumento de trabalho, de violência, de sofrer e de ser feliz.

Segundo Ladrière (1995), o corpo tem um estatuto inteiramente paradoxal: de um lado, ele é um objeto dentre outros; de outro, é o lugar concreto no qual se manifesta a vida subjetiva.

A assistência médica vem monopolizando, enquanto modalidade de assistência, os cenários das intervenções de saúde nas sociedades modernas. É fundamental que se olhe a adequação da assistência, para além das práticas médicas, para que as intervenções em saúde tenham impacto positivo no atendimento às necessidades de saúde.

É preciso considerar que saúde e doença, enquanto fenômenos sociais, têm referências também no cotidiano da vida dos indivíduos e nos saberes do cuidado médico especializado oferecido nos serviços de saúde. Tanto o cotidiano da vida dos indivíduos como o cuidado médico

especializado têm influência no predomínio de práticas assistenciais, com ênfase nas especialidades médicas.

Pensar a adequação da assistência, para além das práticas médicas, para que as intervenções em saúde tenham impacto positivo no atendimento às necessidades de saúde, caminha em direção ao pensar a atenção no primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde, ou seja, a atenção primária (WHO, 1978).

A atenção primária à saúde tem lugar importante na organização da produção de serviços. Para que a atenção aos indivíduos seja produzida nos serviços de saúde, a perspectiva técnica deve procurar dar conta das necessidades de saúde dos indivíduos e da coletividade. Da mesma forma, deve dar conta da organização dos serviços e do processo de trabalho em saúde para o atendimento dessas necessidades. Caminhar nesta direção permite que a atenção primária não seja erroneamente vista como uma medicina simplificada, de escassa tecnologia e baixo custo e, portanto, precária (Schraiber, 2000).

A operacionalização da atenção primária pressupõe tecnologias específicas e adequadas quanto ao seu objeto, considerando tanto os sujeitos envolvidos como os processos de trabalho para a produção de saúde.

O encontro entre um portador de uma necessidade de saúde com um trabalhador da área da saúde, detentor de um conjunto de saberes específicos no campo da saúde, resulta em situações não equivalentes. O usuário com um problema de saúde ou uma necessidade de saúde busca, nesse encontro, a solução para os seus carecimentos, numa interação confiável e sincera, com base na responsabilidade por parte do que acolhe a necessidade e desencadeia a intervenção. O profissional de saúde também é portador de suas próprias necessidades, que não equivalem sempre às que o usuário está buscando responder (Mehry, 1997).

Portanto, é formado, na atenção em saúde, um espaço intercessor trabalhador/usuário, que se abre para um processo de escutas dos problemas, para uma troca de informações, para um mútuo reconhecimento de direitos e deveres, resultando em decisões com intervenções num processo de acolhimento adequado e eficaz (Mehry, 1997). Para o autor, a necessidade ou problema é sentido como uma falta ou um carecimento que o usuário vive e sofre e que, para ele, é uma questão de saúde a ser enfrentada com a ajuda de alguém: o trabalhador da saúde.

Neste sentido, para Campos (1997), o usuário de um serviço procura um consumo de ações de saúde as quais têm um valor inestimável, pois mantêm e restabelecem a sua saúde, tendo acesso a algo que para ele é um “bem” – e cuja finalidade é mantê-lo vivo e com autonomia para caminhar na vida.

Muitos têm sido os estudos e publicações apresentando estas transformações, tanto nas reformas das instituições no Sistema de Saúde

como na conformação do modelo assistencial. Nos estudos que consideram mais intrinsecamente a organização de serviços, são enfocados os aspectos relacionados à gerência e à gestão do trabalho. É fundamental que se examinem os serviços produzidos para que, na perspectiva técnica propriamente dita, seja avaliado o impacto das intervenções na realidade da assistência à saúde no Brasil.

Ao se falar do modelo assistencial, fala-se tanto de organização da produção de serviços a partir de determinado arranjo de saberes na área, como de projetos de construção de ações sociais específicas, que são estratégias políticas de determinados agrupamentos sociais. Deste modo, os modelos assistenciais apóiam-se sempre em uma dimensão assistencial e em uma tecnológica para expressarem-se como projeto de política, articulado a determinadas forças e disputas sociais (Mehry *et al*, 1991).

Para avançar na compreensão de saúde, é fundamental que também seja compreendido de que necessidade de saúde está-se falando. O tema “necessidades de saúde” tem sido abordado sob diferentes bases teórico-conceituais. Neste estudo, será utilizado principalmente o conceito tal como delimitado por Schraiber (2000). Segundo a autora, a busca por cuidados médicos e cuidados na assistência são imagens produzidas ao se pensarem as necessidades em saúde. O indivíduo percebe que algo deve ser corrigido ou suprido no seu estado de vida. Esta falta ou carecimento direciona o indivíduo a procurar por serviços de saúde e esta procura é caracterizada como demanda.

Por outro lado, estes carecimentos estão relacionados às percepções de saúde e de doença que os indivíduos acumulam em suas experiências ao longo da vida. Portanto, abrangem aspectos universalmente observáveis e que são peculiares a cada segmento da sociedade na relação indivíduo – sociedade – ecossistema.

Portanto, trazer o conceito de necessidades de saúde para pensar-se a organização dos serviços de saúde é relevante, pois o mesmo produz e configura os serviços de saúde.

Nas sociedades capitalistas ocidentais contemporâneas, o “papel do doente”, que é construído e está sob o controle do saber médico, tem a ver com a prática médica. A cientificidade do saber médico sobre o objeto “necessidades” – que tem abstraídas suas determinações extra-biológicas – traduz-se em prática médica capaz de, com o seu saber, definir o que é e o que não é legítimo enquanto normal e patológico (Mendes Gonçalves, 1994).

No espaço relacional com o usuário, o trabalhador de saúde tem autonomia para tomar decisões em relação a esse encontro. O profissional de saúde domina um certo espaço no processo de trabalho, ou seja, com sua sabedoria e prática, pode atuar para além do que está normatizado ou protocolado no sentido de acolher ou não o que o usuário busca, e até decidir se a situação colocada pelo usuário é de maior ou menor “necessidade” por serviços. Assim, qualquer trabalhador de saúde pode interferir nas etapas do processo de trabalho e do processo de transformação de saúde em doença (Mehry, 1997).

Segundo Schraiber (2000), “considerando, por outro lado, que toda intervenção só tem existência na sociedade como uma dada produção e distribuição social de serviços, em tal ou qual padrão de serviços articulados entre si (Sistema de Saúde), o modo de organizar socialmente as ações em saúde para a produção e distribuição efetiva dos serviços será não apenas resposta a necessidades, mas, imediatamente, contexto instaurador de necessidades.”

Assim, as percepções expressas pelas vivências dos indivíduos na sociedade são necessidades de saúde que o indivíduo apresenta ao viver em sociedade.

Para Schraiber (2000), o termo social pode ser usado referindo-se à origem social do fato ou fenômeno; nesse caso, fala-se de carecimentos criados e recriados na vida em sociedade, reconhecidos como necessidades sociais. O termo “social” pode ser usado para indicar carecimento, não de uma ou de outra pessoa, mas potencialmente de todas elas.

Para Mehry (1997), ainda na interpretação de necessidades no contexto da utilização dos serviços de Saúde, observa-se que a necessidade é representada e sentida pelo indivíduo como um “problema” que ele vive, como um sofrimento, ou risco de sofrimento, e que ele “traduz” como uma questão de saúde a ser enfrentada com a ajuda de “alguém”.

Da mesma forma que pensar necessidades de saúde faz lembrar da assistência, questiona-se a forma como estão organizados os serviços e se as demandas colocadas pelas necessidades são acolhidas. Neste sentido, busca-se, na concepção ampliada do conceito de cuidado, compreender as



necessidades de saúde, indo além da atenção médica “*stricto sensu*” (Ayres, 2001).

O cuidado pode ser entendido como algo mais que um ato e uma atitude entre outras. Segundo Heidegger (1995), “Do ponto de vista existencial, o cuidado se acha *a priori*, antes de toda atitude e situação do ser humano, o que sempre significa dizer que ele se acha em toda atitude e situação de fato.”

O ser humano está sempre se relacionando, construindo o seu habitat, ocupando-se com as coisas, preocupando-se com as pessoas, dedicando-se àquilo que lhe representa importância e valor, e o cuidado há de estar presente em tudo. Nesse sentido, o ser humano vai construindo sua própria maneira de ser, de estruturar-se, de dar-se a conhecer e cuidar-se. O cuidado é inerente à condição humana. “O cuidado significa um fenômeno que é a base possibilitadora da existência humana enquanto humana” (Heidegger, 1995).

Segundo Mehry (2000), nas práticas assistenciais é importante compreender que, no plano mais particular do cuidado em saúde, existe o espaço relacional trabalhador – usuário, que expressa a singularidade do processo de trabalho em saúde. Este é um espaço ocupado por processos produtivos que só são realizados na ação entre os sujeitos que se encontram. Por isso, estes processos são regidos por tecnologias que permitem produzir relações, expressando como seus produtos, por exemplo, a construção ou não de acolhimentos, vínculos e responsabilizações, jogos transferenciais, entre outros. A presença de aparatos tecnológicos materiais

neste espaço produtivo é relevante, mas, ainda que o encontro assistencial reclame tecnologia dura, ele não é estritamente dependente desta.

Classifica-se as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde como:

... leve (como no caso das tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho), levedura (como no caso de saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde como na clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo, o fayolismo) e dura (como no caso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais) (Mehry, 1997. p.121).

Para o autor, pode-se dizer que o processo de produção de acolhimento do usuário no serviço pode ser realizado na rua, ou em qualquer outro espaço físico.

Para cuidar da saúde de um indivíduo, ou de vários, é necessário mais que construir um objeto e intervir sobre ele. Há que se considerar a construção de projetos individuais e coletivos, bem como saber qual é o “projeto de felicidade” que está em questão no ato assistencial mediato ou imediato, a fim de colocar a técnica a serviço das pessoas. Por isso, adota-se aqui o pressuposto de que cuidar é uma “interação”, que passa pelas competências e tarefas técnicas, mas não se restringe a elas. Cuidar do indivíduo, aqui, significa mais que tratar, curar ou controlar, e é entendido como vocação de uma Saúde Pública politizada e humanizada (Ayres, 2001).

O “cuidado” é apontado como a possibilidade de resgate da dimensão humana presente nos serviços de saúde. É do indivíduo que busca a assistência para atender os seus carecimentos em um determinado momento assistencial que pode surgir a demanda por arranjos tecnológicos

mais sensíveis às necessidades de saúde de indivíduos e coletividades (Mehry, 2000). Neste sentido, em especial para o adolescente, buscar arranjos tecnológicos na perspectiva do cuidado proporciona impacto positivo na vida destes indivíduos.

É fundamental, para avançar no cuidado aos indivíduos e para possibilitar o estabelecimento de vínculos com responsabilização recíproca nas intervenções realizadas, que as práticas de saúde acolham as necessidades dos usuários. Nesta dimensão, entende-se que o cuidado da saúde estende-se além da estrita correção de distúrbios e que poderá carrear para a assistência outras aspirações relacionadas à saúde de indivíduos e populações (Ayres, 2001). O acolhimento destas aspirações pelos serviços de saúde é, assim, fundamental para o atendimento das necessidades dos diversos segmentos da população. Na reorganização do modelo, porém, a saúde de segmentos específicos, como o dos adolescentes, parece não ocupar o mesmo espaço que o atendimento a outros segmentos da população, visto ser ele um dos segmentos que menos utiliza os serviços de saúde, conforme já apontado acima (Pinheiro *et al*, 2002; Goldbaum *et al*, 2005).

A organização do trabalho para o enfrentamento do desafio de apreender e atender mais amplamente às necessidades de saúde deu-se, prioritariamente, em torno da atenção integral, envolvendo a interação de práticas diversas (Paim, 1999) pela Programação de Saúde.

No final da década de 70 e na década de 80, no período de grave crise social, o governo brasileiro investiu nas políticas sociais. No estado de

São Paulo, buscou-se extensão da cobertura de serviços na rede de Serviços Públicos de Saúde. No final da década de 70, a Saúde Pública ampliou e diversificou a assistência médica na rede de Centros de Saúde, até então apenas com atividades de prevenção e de atendimento a algumas doenças infecciosas pela denominada Programação.

Esta política pública surgiu com a necessidade social de extensão da cobertura dos serviços de saúde, baseado no plano tecnológico e na realidade epidemiológica.

Na organização dos serviços de assistência à saúde no Brasil, a Programação ocupa lugar de destaque. Considerando-se o modelo assistencial e a dimensão técnica das práticas de saúde na organização social da produção dos serviços, busca-se entender se o processo de trabalho estruturado para intervir sobre a saúde e a doença é competente e adequado, em se tratando dos modelos da prática médica e sanitária e de sua integração (Schraiber, 1993).

Embora a condição de vida saudável preceda e prevaleça sobre a doença, ou seja, a saúde pertence ao indivíduo, como parte dele, as formas de manifestação da doença carregam a primazia metodológica pelo arsenal de distúrbios manifestos em sinais e sintomas, que são sentidos e verbalizados. Portanto, a doença pode contar com mais recursos do que a saúde, para fazer-se conceituar. Essa predominância faz-se sentir nos modelos tecnoassistenciais de saúde em diversos países. A maioria desses países conta com práticas assistenciais de saúde predominantemente curativas e centradas na doença. Neste contexto, o espaço para o cuidado

de modo mais amplo não é considerado, reforçando-se, dessa maneira, a hegemonia da concepção negativa de saúde como “ausência da doença”.

Essa concepção fica reforçada na forma de organização dos serviços de Saúde, no modelo assistencial hegemônico que tem centramento no saber clínico, apoiado em uma dimensão assistencial que tem por porta de entrada, no Sistema de Saúde, a UBS. Os arranjos tecnológicos devem dar conta da integralidade da atenção, sendo que as ações de atendimento, as emergências e as ações curativas são as maiores demandas e ocupam importante espaço no “senso comum” quando se pensa em saúde.

Enquanto dimensão tecnológica, a UBS tem o potencial de inovar e incorporar tecnologias avançadas – por propiciar espaços para a emergência de nossas questões assistenciais relacionadas a necessidades “não trabalhadas” do ponto de vista técnico. Enquanto dimensão assistencial, ela pode vir a ser a instituição adequada para o desenvolvimento da assistência (Schraiber, 2000).

Segundo a autora (1993), com a estruturação dos serviços na implantação do SUS, depara-se com a produção de serviços muito diferentes em estruturas únicas e de práticas combinadas institucionalmente, práticas em saúde, que sempre foram desenvolvidas em separado, ainda que dentro de certos limites, são práticas que convivem nas instituições e complementam-se.

Há, porém, oposições entre as práticas clínicas produzidas pela assistência médica individual e a prática sanitária de proteção e promoção da saúde. A convivência institucional pode reordenar uma das práticas em

direção à outra e, no redirecionamento geral, uma das lógicas assistenciais pode impor-se como modelo hegemônico. As práticas serão regidas pela lógica assistencial que melhor responder às necessidades sociais colocadas.

A programação em saúde tem sua marca na dimensão tecnológica – de operacionalidade da intervenção – para o trabalho assistencial. Com base na hierarquia do cuidado, aponta para as diferenças tecnológicas das ações com crescente complexidade tecnológica, com tecnologia “simplificada” do nível primário à tecnologia de ponta “complexa”, no nível terciário (Schraiber, 2000). Mais recentemente, Nemes (2000) definiu a ação programática em saúde como “uma proposição de organizar o trabalho em saúde fundamentada no ideal da integração sanitária, para o que busca inspirar-se em tecnologias de base epidemiológicas”.

A base epidemiológica é o ponto de partida para a estruturação dos programas de saúde. Do mesmo modo, os programas de saúde constituem a forma de organizar o trabalho coletivo no serviço de assistência à saúde.

Por outro lado, vê-se que, para a população brasileira, existem políticas de “programas”, com a predominante abordagem clientelística e burocrática. A assistência dada por esses programas varia conforme a prioridade dada aos recursos do governo para esses programas, aos arranjos políticos e às conjunturas eleitorais.

Nesse contexto, foram configurados os atendimentos para os diversos segmentos da população e há espaço para o desenvolvimento do PROSAD. Na maioria das localidades, os segmentos da criança, mulher e idoso tiveram o seu atendimento organizado na lógica das ações programáticas,

em especial a criança e a mulher. Porém, para o segmento dos adolescentes, observa-se que foram poucas localidades que seguiram esta tendência. A organização dos serviços, com a caracterização do atendimento para os diversos segmentos da população, é produto do contexto de necessidades traduzidas em demandas para os serviços de saúde. O atendimento às demandas geradas pelos adolescentes não é processado com a mesma intensidade que o atendimento às demandas geradas pelos segmentos da criança e da mulher.

São raros os serviços de atenção primária que estão programaticamente organizados para que o processo de trabalho elabore e responda às necessidades de saúde de adolescentes. Os poucos serviços que se organizam para atender aos adolescentes, dada a complexidade das necessidades deste segmento, precisam de permanentes ajustes. As especificidades das necessidades deste segmento da população são peculiares, tanto no modo de procurar como no de utilizar os serviços de saúde.

Examine-se, então, a situação acima discutida no contexto específico de São José do Rio Preto, local onde foi desenvolvido o presente estudo.

### 2.3 Atenção e cuidado em saúde no município de São José do Rio Preto

A adequação da atenção e do cuidado, oferecidos aos indivíduos e à coletividade, é hoje um dos grandes desafios para as práticas de saúde no município de São José do Rio Preto. Esse desafio diz respeito a diversas dimensões, desde a formulação das políticas de saúde até o momento da realização das ações de atenção à saúde propriamente dito. Portanto, esta adequação deve ser objeto de preocupação para pesquisadores, gestores, profissionais da saúde e para a população em geral, em especial, para que seja possível proporcionar, aos indivíduos e à coletividade, uma atenção em saúde que seja equânime, integral, oportuna e mais humanizada.

No município, o SUS está avançando na reorganização da atenção à saúde para a sua consolidação, de acordo com as exigências da legislação específica. Quando no Estado de São Paulo, no final da década de 70 e na década de 80, a área da saúde ampliou a extensão de cobertura de serviços de saúde pela rede de serviços públicos, esta condução também foi observada em São José do Rio Preto.

No início da década de 80, a rede de serviços do município contava com um Pronto Atendimento Municipal, sob gestão da Faculdade de Medicina, e também, sob sua gestão, com o Centro de Saúde Escola Estoril, um Centro de Saúde da Secretaria do Estado de São Paulo - Centro de Saúde I, e dois postos de saúde do antigo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdenciária Social (INAMPS). Ao final do ano de 1981 e no



início de 1982 – transições de governo municipal – foram implantadas, com financiamento do Banco Mundial, as primeiras unidades básicas de saúde do município: Eldorado, Anchieta, Vila Toninho e a antiga UBS Avenida Potirendaba (atual UBS São Francisco). Nesta época, a lógica de atendimento era baseada nas queixas clínicas, com predomínio das emergenciais, tanto para a área médica como para a odontológica.

Desde esse período, observam-se inúmeras conquistas e, por outro lado, aumentam os desafios para que o Sistema de Saúde de São José do Rio Preto cumpra os preceitos constitucionais do SUS. A tendência de ampliação da rede municipal, para aumentar a cobertura da população atendida por serviços de saúde, vem se mantendo até os dias atuais e, em especial, mais recentemente desde 1996, com a implantação de Unidades de Saúde da Família (USF).

A partir de 1998, o Sistema de Saúde de São José do Rio Preto passou a avançar nos aspectos de organização, assumindo a sua Gestão Plena perante os níveis estadual e federal. Pode-se dizer que se encontra na fase de resultados do processo de municipalização da Saúde e no início da sua efetiva implantação (SJRP PM, 2007a).

O município ocupa uma posição estratégica, tanto pelo seu potencial de desenvolvimento nas diversas áreas (econômica – indústria, comércio, agropecuária etc. – educação, saúde, etc.), como na organização do Sistema de Saúde, no Estado de São Paulo. Esta posição privilegiada se dá pelo seu potencial de serviços instalados de assistência à saúde nos diversos níveis de complexidade e pela sua localização geográfica.

Considerando o potencial assistencial, o município de São José do Rio Preto torna-se responsável pelo atendimento da população própria ao Município e da população referenciada pelos municípios que compõem a Direção Regional de Saúde de São José do Rio Preto – DIR XXII (São Paulo, 2006). É considerado centro de referência no setor da saúde, tanto para os municípios vizinhos, como para municípios de outros estados. Tem influência direta em 101 municípios, com cerca de 1.283.387 habitantes (IBGE, 2007).

O município está situado na região noroeste do Estado de São Paulo, localiza-se a 442 km da capital, pólo regional e município sede da 8ª Região Administrativa do Estado de São Paulo.

O Município de São José do Rio Preto apresenta um crescimento populacional de 2,2% ao ano, com uma população estimada de 424.114 habitantes, distribuídos em 431 Km<sup>2</sup> de área (IBGE, 2007).

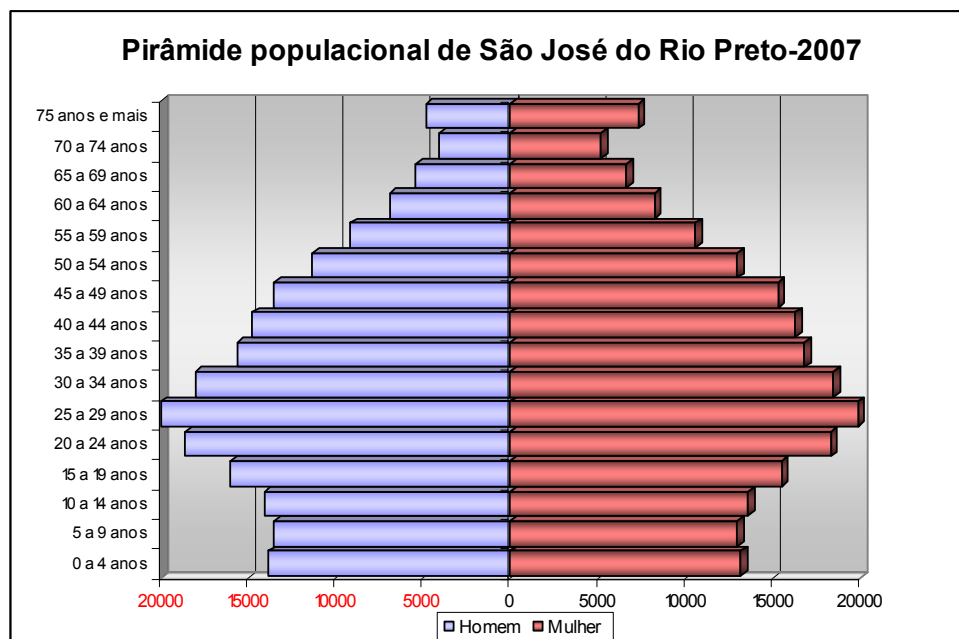
O percentual de domicílios que dispõem de saneamento básico chega próximo de 100% no município (SJRP PM, 2006a).

O município apresenta um IDH (Índice de Desenvolvimento Humano), com o valor de 0,834 pontos. Este índice é construído com indicadores de educação, longevidade, renda e outros; varia de zero a um (Wagstaff, 2000). Comparando com outras cidades brasileiras, encontra-se na 35ª posição, juntamente com São Bernardo do Campo. Neste índice, observa-se em 1º lugar São Caetano do Sul com 0,919. O município de Ribeirão Preto tem o índice de 0,855, ocupando o 14º lugar em relação aos outros municípios. Portanto, São José do Rio Preto tem um bom índice de IDH, em relação a

outros municípios brasileiros. Porém, em relação a outros países, a situação não é tão favorável, pois o Brasil, dentre 117 países, está na 69<sup>a</sup> colocação, embora venha melhorando desde 1990 e tenha avançado 14 posições. Apesar de ter melhorado nos critérios educação e longevidade, o Brasil caiu no critério renda (PNUD, 2000).

Com relação à composição da população, o município de São José do Rio Preto vem apresentando uma diminuição da natalidade com um aumento da expectativa de vida, sendo que a taxa de fecundidade vem apresentando decréscimo: em 2000, encontrava-se em 2,2% e, em 2006, encontra-se em 1,6 (Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados - SEADE, 2007). Observa-se na pirâmide populacional, na figura 1, o estreitamento da base pela diminuição da natalidade, o abaulamento nas idades intermediárias e nas idades mais avançadas. Observa-se que o maior contingente populacional está na idade de 10 a 19 anos, com 75.946 habitantes, ou seja, 17,7% da população são adolescentes (de 16 a 20%, dependendo da área geográfica). Na seqüência, observam-se os segmentos da faixa etária produtiva e reprodutiva, de 20 a 29 anos, com 75.396 habitantes, e de 30 a 39 anos, com 70.361 habitantes (IBGE, 2007).

Esta distribuição expressa na pirâmide populacional, aponta para a necessidade de adequação das políticas públicas para que sejam atendidas, de diferentes formas, as demandas próprias desta transição demográfica e da constante migração no que se refere à incidência de agravos e outras demandas. Neste sentido, tem especial importância a atenção e o cuidado em saúde para o adolescente.



Fonte: (IBGE, 2007)

Figura 1 – Pirâmide populacional do município de São José do Rio Preto, 2007

Com a melhoria na atenção e cuidado em saúde, ao longo destas duas últimas décadas, observa-se também a melhoria de qualidade de vida e saúde de alguns segmentos da população, como os expressos na redução da mortalidade infantil, tanto no componente neonatal, como no tardio (Kuyumjian, 2006). Em 1980, o coeficiente de mortalidade infantil era de 36,19 óbitos/100000 nascidos vivos; em 1990, já estava em 21,31 óbitos/100000 nascidos vivos; em 2000, chegou a 12,41 óbitos/100000 nascidos vivos; e em 2005, alcançou 10,17 óbitos/100000 nascidos vivos (SEADE, 2007). Na redução deste indicador de saúde, ao longo destas duas décadas, destaca-se, dentre as várias intervenções e fatores observados, além da influência da cobertura de aproximadamente 100% da população com saneamento básico, o aumento no número de UBS, com atendimento

no Programa de Saúde da Criança. Estes dois fatores tiveram influência na mortalidade infantil tardia e em menor intensidade na neonatal.

Neste sentido, observa-se o impacto das estratégias adotadas pela Saúde Pública, quando amplia e diversifica a assistência médica na rede de Centros de Saúde, até então apenas com atividades de prevenção e de atendimento a algumas doenças infecciosas, pela denominada Programação. Esta política pública responde à necessidade social de extensão da cobertura dos serviços de saúde. Neste contexto, por volta do final da década de 80, desenvolveu-se o PROSAD, no município de São José do Rio Preto. Na maioria das localidades, os segmentos da criança, mulher e idoso tiveram o seu atendimento organizado na lógica das ações programáticas, em especial a criança e a mulher. Porém, para o segmento dos adolescentes, observa-se que foram poucas as localidades que seguiram esta tendência. O atendimento ao adolescente não é processado com a mesma intensidade que o dos segmentos da criança e da mulher.

É importante ressaltar que, na organização dos serviços de saúde, além dos adolescentes, outros segmentos da população também não têm tido visibilidade, pois se observa, da mesma forma, pouco investimento em ações e atividades em programas de saúde dirigidos a estes segmentos, por exemplo o do sexo masculino, em especial nas questões de gênero.

Na organização dos serviços, com a descentralização da atenção e da gestão, o município de São José do Rio Preto vem enfrentando problemas semelhantes aos de outros municípios na consolidação do SUS,

visando à integralidade, à universalidade, à acessibilidade, à busca da equidade e à incorporação de novas tecnologias, saberes e práticas.

Segundo Passos (2006), dentre estes problemas, e em relação ao atendimento, destacam-se: persistência dos atendimentos centrados nas queixas com as respectivas condutas, a fragmentação do processo de trabalho, dificuldades na complementaridade entre a rede básica e o sistema de referência, precária condição de trabalho para as equipes de saúde, desrespeito aos direitos humanos e fragilidade do controle social.

O município de São José do Rio Preto vem se organizando para enfrentar estes problemas. Concomitantemente, o Ministério da Saúde (Brasil, 2006), a partir da constatação dos problemas enfrentados pelos municípios, propõe, para o seu enfrentamento, os princípios norteadores para a Humanização do Sistema de Saúde — “Humaniza SUS” (PASSOS, 2006). O município de São José do Rio Preto tem caminhado na efetivação das mudanças necessárias de acordo com esta proposta (SJRP PM, 2007a).

Dentre as mudanças propostas destacam-se:

traduzir os princípios do SUS em modos de operar dos diferentes equipamentos e sujeitos da rede de saúde; construir trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos e oferecer um eixo articulador das práticas em saúde, destacando o aspecto subjetivo nelas presente. (Brasil, 2006)

O Sistema de Saúde do município articula os seus vários serviços em cinco Pólos de Saúde. A rede de serviços municipais de saúde, distribuída nestes Pólos conforme figura 2, com os seus respectivos bairros e as respectivas áreas de abrangência das Unidades de Saúde, busca responder às necessidades de saúde dos diversos segmentos da população.



Fonte: (SJRPM, 2007a).

Figura 2 – Áreas de abrangências das UBS, segundo Pólos de Saúde em São José do Rio Preto, 2007.

Atualmente a rede de serviços de saúde do município é composta por: 10 UBS; 07 Policlínicas; 07 USF com 10 equipes de SF; 01 Pronto-Socorro Central; 01 Ambulatório de Especialidades (Núcleo de Gestão Assistencial 60); 01 Centro de Diagnóstico e Ambulatório de Especialidades com cirurgias ambulatoriais; 01 Centro Municipal de Reabilitação; 01 Ambulatório de Psiquiatria; 02 Centros de Apoio Psicossocial (CAPS) da criança e do adolescente; 01 CAPS Álcool e Drogas; 01 Serviço de Emergência Psiquiátrica, no Pronto Socorro Central; 01 Serviço de Atendimento Municipal de Urgência; 01 Centro de Testagem e

Aconselhamento em dst/aids e hepatites virais; 01 Unidade Móvel para prevenção de DST/Aids; 01 Serviço Ambulatorial Especializado em DST/Aids; 01 Unidade Móvel para atendimento domiciliar; 01 Centro de Referência em odontologia; 01 Serviço de atendimento domiciliar, 01 Centro de Controle de Zoonoses e os Serviços de Vigilância Epidemiológica e Sanitária (SJRP PM, 2007a).

O município mantém convênio com quatro hospitais: Hospital de Base (HB) (Hospital Universitário Geral - atenção 1<sup>ária</sup>, 2<sup>ária</sup> e 3<sup>ária</sup>); Irmandade Santa Casa de Misericórdia (Hospital Geral atenção 2<sup>ária</sup> e 3<sup>ária</sup>); Hospital IELAR (Hospital Geral atenção 2<sup>ária</sup>) e Hospital Psiquiátrico Bezerra de Menezes (SJRP PM, 2007a).

As UBS funcionam com equipe multiprofissional, desenvolvendo atendimento da demanda espontânea da sua área de cobertura e ações programáticas (Programa de Atenção à Saúde da Criança, Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Programa de Hipertensão e Diabetes, Saúde Bucal e outros). Apenas uma destas UBS tem implantado o PROSAD, que é o Centro de Saúde Escola do Parque Estoril da FAMERP - Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (SJRP PM, 2007a).

As USF funcionam com a equipe preconizada pelo MS (01 médico, 01 enfermeiro, 01 dentista, 02 auxiliares de enfermagem e 05 Agentes Comunitários de Saúde - ACS), apoiadas também por equipes matriciais de saúde mental, fisioterapia e fonoaudiologia (Brasil, 2007).

As Policlínicas são unidades que funcionam integrando ações ambulatoriais e atendimento de urgência-emergência. O Ambulatório de



Especialidades (ARE) é um dos principais serviços de referência municipal e micro-regional nas mais diversas especialidades médicas (SJRP, 2007a).

Na Saúde Mental, o município tem buscado desenvolver ações que visam diminuir a necessidade de internação, assim como tem criado espaços extra-hospitalares. Possui 04 CAPS, sendo dois para crianças, um para usuários de álcool e outras drogas e um para psicóticos. Conta com o Ambulatório de Saúde Mental, a Emergência psiquiátrica e tem descentralizado as ações básicas para as equipes das Unidades Básicas e da SF, por meio da equipe matricial em Saúde Mental. Desenvolve atividades em grupos para pessoas com depressão, além de ter constituído uma rede de médicos prescritores em Saúde Mental (SJRP, 2007a).

O SUS mantém convênio com o HB da FAMERP, que é uma instituição importante na prestação de serviços para o município de São José do Rio Preto e região. O atendimento conveniado vai desde o nível primário até o terciário. As atividades no nível primário são desenvolvidas apenas na UBS do Parque Estoril, onde se desenvolve o Programa do Adolescente. É um Hospital Universitário com importante atuação na graduação para Medicina e Enfermagem, constitui-se em campo de estágio para a formação na área da Saúde da Criança e do Adolescente, com atendimento ao adolescente implantado no Ambulatório de Pediatria do HB, desde 1995. Funciona também, no HB, desde 1988, o Centro Regional de Atendimento aos Maus Tratos na Infância e Adolescência (CRAMI).

## 2.4 Atenção e cuidado em saúde dos adolescentes no município de São José do Rio Preto

Conforme a caracterização dos serviços de saúde de São José do Rio Preto observa-se que são raros os serviços que estão organizados para que o processo de trabalho esteja voltado para os adolescentes. Os poucos serviços que se organizam para atender os adolescentes, dada a complexidade das necessidades deste segmento, precisam de permanentes ajustes para o atendimento, voltando-o para as singularidades da adolescência e com a qualificação necessária. As especificidades das necessidades deste segmento da população são peculiares, tanto no modo de procurar como de utilizar os serviços de saúde.

Os adolescentes estudados vivem em bairros que possuem serviços de saúde do Sistema Municipal de Saúde de São José do Rio Preto. Estão sob a influência da organização dos serviços de saúde como os demais segmentos da população. O contexto destes adolescentes tem a ver com a inserção destes indivíduos na própria comunidade. Eles estão, como toda a comunidade, em um mesmo processo social, em um dado momento e em um dado contexto histórico. Na comunidade, observam-se singularidades comuns a todos os indivíduos, e particularidades tanto do indivíduo como de cada segmento, nos diversos momentos em que se expressam. As demandas, trazidas por esses adolescentes, as quais expressam as necessidades e os problemas deles na perspectiva médico-sanitária, tanto

na dimensão individual como na dimensão coletiva, estão também sob a influência da organização dos serviços.

Neste movimento de contextualizar, faz-se necessário considerar a complexidade do processo da adolescência, já apresentada por inúmeras teorias nos diversos campos do saber (Muuss, 1976) e que tem, nas práticas assistenciais, apenas uma das interfaces de participação neste processo.

Na organização da produção de serviços, tem lugar importante a atenção primária à saúde, entendida como forma específica da organização do cuidado médico-sanitário e que emerge de um processo social complexo.

Na atenção e cuidado em saúde dos adolescentes, ampliam-se as dificuldades encontradas na transformação das práticas de saúde na implantação do SUS. Portanto, é fundamental que sejam compreendidas as necessidades, expressas em demandas, traduzidas pelos sujeitos envolvidos na atenção e cuidado em saúde do adolescente, para que contribuam eles mesmos na transformação das práticas de saúde que enfocam a adolescência.

No município de São José do Rio Preto, adolescentes são atendidos em toda a rede de serviços, tanto na atenção básica, como no serviço especializado (ambulatorial ou hospitalar). Porém, como foi dito, um atendimento específico é feito apenas no Centro de Saúde Escola (CSE) do Parque Estoril e no Ambulatório do HB e está sendo organizado em uma UBS da rede municipal de saúde.

No CSE Estoril, o Programa do Adolescente está implantado desde o final da década de 80, e na UBS da Vila Toninho, observa-se a existência de

profissionais motivados que, há aproximadamente cinco anos, vêm atendendo o adolescente com uma abordagem diferenciada do restante da clientela. Ambos são bairros antigos do município, sendo que o Bairro do Parque Estoril é o mais antigo deles. Ele é caracterizado por uma população mais idosa, com menor porcentagem de adolescentes, sendo que, do total de 36.701 habitantes, 5.890 encontram-se na faixa de 10 a 19 anos (16,05%). O bairro da Vila Toninho conta com 11.051 habitantes, dos quais 2.388 são adolescentes (20,76%). Já a região da USF, que foi incluída no estudo, está situada ao norte do município, caracteriza-se por aglomerado populacional constituído recentemente, com predomínio de população jovem - dos 16.897 habitantes, 3.139 estão na faixa de 10 a 19 anos (18,58%). Pode-se constatar que a composição da população adolescente por faixa etária varia para cada região da cidade, conforme tabela 1, e este aspecto, juntamente com o perfil epidemiológico, deve ser considerado na organização dos serviços de saúde.

Tabela 1 - Distribuição dos adolescentes por faixa etária, segundo UBS e proposta de implantação do PROSAD em São José do Rio Preto, 2007.

| UBS           | População    |              |               |              |               |
|---------------|--------------|--------------|---------------|--------------|---------------|
|               | 10 a 19 anos |              | Restante      |              | Total         |
|               | n            | %            | n             | %            | n             |
| CSE Estoril*  | 5890         | 16,05        | 30811         | 83,95        | 36701         |
| Vila Toninho  | 2388         | 20,76        | 9113          | 79,24        | 11501         |
| Jaguaré       | 5919         | 18,75        | 25646         | 81,25        | 31565         |
| Eldorado      | 3968         | 16,73        | 19745         | 83,27        | 23713         |
| Solo Sagrado  | 5734         | 21,73        | 20658         | 78,27        | 26392         |
| Santo Antonio | 3139         | 18,58        | 13758         | 81,42        | 16897         |
| Rest SJRP     | 48108        | 17,35        | 229207        | 82,65        | 277315        |
| <b>Total</b>  | <b>75146</b> | <b>17,72</b> | <b>348938</b> | <b>82,28</b> | <b>424084</b> |

Fonte: (SJRP PM, 2007a).

\* Serviço já implantado

A Secretaria Municipal, pelo Programa Municipal de DST/Aids, em 2003, juntamente com a Coordenação Municipal da Saúde da Criança,

propuseram ampliar o atendimento programático por equipes multiprofissionais, para os adolescentes residentes nas áreas de cinco UBS do município de São José do Rio Preto. Foi realizada, em agosto do mesmo ano, a capacitação de equipes de cinco UBS do município para atuarem no cuidado do adolescente. Essas equipes são das seguintes UBS: Santo Antonio, Solo Sagrado, Jaguaré, Eldorado e Vila Toninho. Os profissionais que integrariam estas equipes são: médico pediatra, médico ginecologista, enfermeiro, psicólogo e assistente social. De acordo com contato estabelecido com a coordenação da Saúde da Criança no município, a pesquisadora deste estudo participou da capacitação destes profissionais, com vistas a contribuir na avaliação desta estratégia. Em virtude de adequações na proposta de implantação das atividades do Programa do Adolescente nas cinco UBS, até janeiro de 2007, nenhuma das UBS capacitadas havia iniciado o atendimento aos adolescentes (SJRP PM, 2007a).

Ao se passar à avaliação do perfil epidemiológico, observa-se, quanto à mortalidade geral da população no período de 1997 a 2004, o predomínio de 33,70% das causas básicas de morte relacionadas às doenças do aparelho circulatório; em segundo lugar, as causas por neoplasias, com 17,02%; e em terceiro lugar, as doenças do aparelho respiratório, com 14,27%; seguidas pelas causas externas, com 8,82%. Na faixa etária de 10 a 19 anos, observa-se, para o mesmo período, que 65,2% das mortes são por causas externas e, na distribuição destas causas por sexo, 71,7% são de adolescentes do sexo masculino (DATASUS, 2004).

É pertinente considerar os óbitos que tiveram notificações de causas por doença pelo HIV na população de 10 a 19 anos no mesmo período (1997 a 2004), sendo observados 5 óbitos masculinos e 2 femininos (SJRP PM, 2007b).

Embora o relatório da UNAIDS (2006) tenha constatado aumento no número de novos casos de aids entre os jovens no mundo – pessoas entre 15 e 24 anos representam 40% dos 4,3 milhões de novas infecções em 2006 - os dados brasileiros revelaram uma discreta queda entre os adolescentes de 13 a 19 anos: de 2,0 para 1,4, no período entre 1996 e 2005 (Brasil, 2007). Entre adultos jovens, de 19,2 para 13,3. Em relação aos dados epidemiológicos de São José do Rio Preto, de 1984 a 2006, para acima de 10 anos, do total dos 3335 casos, temos a seguinte a distribuição dos casos: 56, 5% são de 20 a 34 anos, 32,3% são de 35 a 49 anos, 6,7% são de 50 a 64 anos, 3,5% são de 10 a 19 anos, seguidos pelos 1,1% 65 anos e acima desta idade. Portanto, é expressivo o número de casos na faixa etária de 10 a 19 anos atualmente e ao longo destes 22 anos de epidemia (SJRP PM, 2007 b).

Cabe destacar que, embora o Sistema Municipal de Informações em Saúde não disponibilize os dados de morbidade para toda a população na rede municipal de saúde, segundo a Diretoria Municipal de Avaliação, Auditoria e Controle (SJRP PM, 2007c), a demanda deste ciclo da vida parece se evidenciar mais por situações de urgência, no gênero masculino, e pela gravidez, no gênero feminino.

Bowes e Resnick (2007), na sua abordagem sobre a adolescência, apontam que a invisibilidade de certos problemas sociais é causada por falta de documentação e que a solução para os problemas humanos começa por dar visibilidade ao que está invisível.

Os municípios do Estado de São Paulo são classificados, de acordo com a sua vulnerabilidade, utilizando o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social - IPVS (São Paulo, 2007). Este índice foi utilizado para avaliar a vulnerabilidade social de São José do Rio Preto, segundo a Coordenação Municipal do Programa de DST/Aids (SJRP PM, 2007b). Quando este índice é aplicado no Município, em relação à vulnerabilidade pela infecção ao HIV/Aids, a cifra encontrada mostra que a vulnerabilidade é muito alta, em torno de 3% da população, sendo representada por famílias jovens, com pouca escolaridade, baixa renda, grande número de crianças pequenas e 19% destas, chefiadas por mulheres. A partir de estudo sobre este índice e outros dados do município, há um outro contexto de alta vulnerabilidade, observado pela Coordenação Municipal do Programa de DST/Aids (SJRP PM, 2007b), que é atribuído aos casos de violência sexual e abuso de álcool e/ou outras drogas em festas regionais (do peão, exposição agropecuária, carnaval fora de época e boates).

Segundo o Relatório de Gestão do ano de 2005, a Coordenação Municipal da Área Técnica da Saúde da Criança e Adolescente da Secretaria Municipal de Saúde e Higiene (SJRP PM, 2006b), aponta que as ações e atividades para estes ciclos da vida em São José do Rio Preto são desenvolvidas na rede de serviços primários de saúde, e em alguns serviços

existem ações e atividades específicas. Tem-se, então: atenção primária em todas as UBS; Ambulatório de Atendimento ao Adolescente (05 UBS — a serem implantados); Ambulatório de HIV/Aids Infantil (SAE); Ambulatório de Reeducação Alimentar (08 UBS); Ambulatório de Alergia Respiratória (ARE); Ambulatório de Homeopatia (ARE/Solo Sagrado) e outros. Na organização dos serviços, delimitou-se que a faixa etária de 10 a 14 anos é atendida nas UBS pelo Pediatra, e de 15 a 19 anos, na UBS pelo médico generalista na Saúde do Adulto.

Numa tentativa de aumentar a cobertura vacinal em crianças e adolescentes, foi criado no Município, pelo poder legislativo em parceria com o poder executivo, um decreto-lei exigindo comprovação da situação vacinal no ato da matrícula em escolas municipais (SJRP PM, 2007a).

Nas respostas institucionais, de acordo com diretrizes do MS (Brasil, 2001) no atendimento à violência, o município implantou, em novembro de 2006, a ficha de notificação compulsória de suspeita ou confirmação de maus tratos contra a criança e adolescente, assim como capacitação nesta questão por técnicos da Secretaria Municipal de Saúde e Higiene e pelo CRAMI. As UBS estão sendo capacitadas gradativamente para a implantação desses procedimentos.

Nos últimos quatro anos, foram implantados alguns serviços na área de saúde mental para crianças e adolescentes: dois CAPS Infantil (zona norte e zona central), estando um deles em fase de implantação junto ao serviço já existente de atendimento a crianças autistas; e outro CAPS para atenção a dependentes de álcool e outras drogas.



Ainda como resposta institucional às demandas, a Área Técnica de DST/Aids tem como principal resposta, em relação aos adolescentes, o “Projeto SPE – Saúde e Prevenção nas Escolas”, iniciado em 2003, sendo na época, o Município, um dos seis pilotos do Brasil. A diferença deste projeto em relação a outros desenvolvidos pela Secretaria Estadual de Educação, quanto à orientação sexual, é que, além de atividades educativas, são disponibilizados preservativos (SJRP PM, 2007b).

De acordo com a proposta inicial do Projeto, em São José do Rio Preto, assim como em outros municípios do Estado de São Paulo que desenvolvem este projeto, há uma equipe gestora, composta pela: Secretaria Municipal de Saúde e Higiene – representada pelo Programa Municipal DST/Aids – e Secretaria Municipal de Educação – representada pela Diretoria de Ensino. No ano de 2006, 13 escolas participavam do Projeto SPE. Em 2007, são 20 escolas.

As principais ações em desenvolvimento em vinte escolas, no ano de 2006, foram: processo continuado de aproximação e integração dos profissionais da saúde e da educação – Programa Municipal DST/Aids e Diretoria de Ensino; reuniões de informação, sensibilização e conscientização da comunidade escolar - diretores, coordenadores, professores, funcionários, pais e alunos; informação e sensibilização através da mídia (escrita, falada e televisionada) para maior cooperação com o projeto; reuniões com Conselhos Tutelares e Juizado da Infância e Juventude; reuniões de Pólos Intersetoriais (encaminhamentos e discussões de casos-problema na escola); elaboração de projetos de ação, de acordo

com as características de cada escola, definindo a melhor maneira de disponibilizar os preservativos; capacitações para Diretores, Coordenadores e Professores; palestras e “bate-papos”, sobre sexualidade e temas correlacionados, com os pais; oficina de sexo seguro e palestras aos alunos sobre sexualidade e temas correlacionados; participações em Horários de Trabalho Pedagógicos Coletivos nas escolas para a exposição mais detalhada do projeto; encontro com pais, realizado no espaço da “Escola da Família”, em algumas escolas do Município; experiência piloto de integração entre UBS e Escolas, resultando em ações positivas de prevenção.

Além dos preservativos disponibilizados nas escolas do projeto “SPE”, todas as unidades de saúde disponibilizam esse insumo sem necessidade de identificação. Os preservativos estão disponíveis nas prateleiras, onde ficam junto a *folders* e *kit* de redução de danos, na farmácia e/ou junto a qualquer profissional que atenda os adolescentes no serviço (SJRP PM, 2007b).

Segundo a Coordenação do Programa Municipal DST/Aids (SJRP PM, 2007b), o município pretende, em 2007, promover a aproximação dos adolescentes às UBS de forma mais sistematizada. Uma das estratégias é promover a integração das 20 escolas do projeto “Saúde e Prevenção nas Escolas” às unidades de saúde de referência, nos territórios em que estão localizadas. Esta estratégia faz parte do projeto estadual e federal e, no município, esta é uma prioridade.

A área Técnica de DST/Aids também desenvolve ações comunitárias por meio dos projetos: “Redução de Danos para Usuários de Drogas”,

“Profissionais do Sexo” e “Mulheres Afrodescendentes e seus Parceiros”, em bairros da periferia, junto às populações mais vulneráveis – incluindo adolescentes. O principal objetivo dessas ações é ir ao encontro dessas populações e incluí-las como demandas de saúde pública, bem como aproximá-las dos serviços, já que só acessam os serviços de saúde em situações de urgência e/ou de gravidez indesejada.

Em relação ao abuso e dependência de drogas, o Município tem no CAPS - Álcool e drogas, uma importante referência, oferecendo várias alternativas de inclusão ao tratamento (psicoterapia, oficinas de arte-terapia e assistência medicamentosa, quando necessário). Estas alternativas têm por estratégia a redução de danos, conforme as adotadas na prevenção do HIV/Aids, em usuários de drogas injetáveis (SJRP PM, 2007b).

No ano de 2006, a Prefeitura Municipal de São José do Rio Preto avançou na implantação do SUS no sentido da integralidade das ações e lançou, oficialmente, uma política intersetorial – Decreto de nº 13.393 de 05 de dezembro de 2006, com ênfase na criança e no adolescente (SJRP PM, 2006c). Naquela ocasião, foi lançado um manual de referência e contra-referência de todos os serviços e ações, dirigidos às crianças e adolescentes por território, na perspectiva dos pólos de atendimento da Secretaria Municipal de Saúde e Higiene.

Este trabalho prevê reuniões mensais dos pólos, com equipes das diversas secretarias municipais e outros atores de instituições que fazem parte do território. Compreende-se o processo de discussão intersetorial como uma postura metodológica que busca a integralidade das ações

necessárias e suficientes para a composição de uma resposta a uma dada situação ou necessidade a ser acolhida.

Segundo a Coordenação do Programa Municipal DST/Aids (SJRP PM, 2007b), os grandes temas, percebidos por meio dessas discussões intersetoriais, têm-se traduzido em demandas para a discussão intersetorial, capacitação dos trabalhadores envolvidos e redirecionamento de ações.

Por outro lado, ainda no sentido da intersetorialidade, a Prefeitura Municipal de São José do Rio Preto, por meio das Secretarias de Educação, de Esportes, de Cultura, de Assistência Social, Trabalho e Cidadania, mantém diversas iniciativas com diferentes projetos que contribuem para avançar na integralidade das ações.

A Secretaria Municipal de Educação atende atualmente a 36.979 alunos, distribuídos em 117 unidades escolares, oferecendo Ensino Infantil, Fundamental e Médio (SJRP PM, 2006a).

A Secretaria Municipal de Esportes, dentre outras atividades, desenvolve os seguintes projetos: o de iniciação esportiva, atendendo doze mil crianças, divididas em trinta e um núcleos, com oitenta técnicos esportivos e trinta estagiários; o Programa Segundo Tempo, desenvolvido em parceria com o Governo Federal, atende cinco mil crianças em vinte e cinco núcleos, com vinte e cinco coordenadores e cinquenta estagiários, e, por ser atividade extra-curricular, em período diverso do escolar, são fornecidos também lanches e uniformes; o de Esportes Comunitários – além de atividades para os idosos, mantém cursos de capoeira, *karatê* e *Kung-Fú*

para outras faixas etárias; e o Programa Unidos no Esporte – que atende crianças portadoras de necessidades especiais (SJRP PM, 2007b) .

A Secretaria de Assistência Social Trabalho e Cidadania oportuniza várias vagas em instituições que administra, diretamente ou que credencia, como parte integrante da implantação do Sistema Único de Assistência Social – SUAS .

A Secretaria Municipal de Cultura também promove diversas atividades de teatro, música e outras expressões artísticas junto a crianças e adolescentes, por meio de oficinas, nas comunidades.

A Secretaria Municipal de Saúde mantém, também nessa perspectiva intersetorial, o Projeto Escola Saudável, dirigido a alunos do Ensino Fundamental e Educação de jovens e adultos, com metas e ações pactuadas junto à Secretaria Municipal de Educação e Diretoria de Ensino (SJRP PM, 2007b) .

No campo da promoção à saúde, dentre as políticas da Secretaria Municipal de Saúde e Higiene que vêm ampliando o acesso de toda a população, encontram-se as que estimulam a adoção de hábitos saudáveis, tanto no desenvolvimento de atividades físicas, como no estabelecimento de rotina alimentar adequada. Estas atividades são as desenvolvidas pelas seguintes iniciativas: *Liang Gong* e “Alimente-se bem” – com a capacitação, no ano de 2006, de oitocentos servidores municipais de diversas secretarias. Estas questões de promoção também estão inseridas nas metas do projeto “escola saudável”.

Outra política implementada no ano de 2006, para cumprimento da meta de ampliar a cobertura de população atendida pelo SUS em 70%, foi adotar a estratégia da SF. Neste sentido, a incorporação de agentes de saúde na rede básica de atenção busca promover maior acesso aos problemas dos indivíduos em cada território, melhor percepção de contextos tanto individuais como coletivos (SJRP PM, 2007a).

Os esforços para a transformação das práticas de saúde, em especial na atenção básica, devem considerar que os programas que buscam melhorar a acessibilidade, como de SF ou de *home care*, deparam-se com dificuldades inesperadas na definição das responsabilidades dos envolvidos na atenção e definição da realização das intervenções técnicas (Goldbaum *et al*, 2005).

Por outro lado, os avanços na saúde, tanto no município de São José do Rio Preto, como em outras localidades do Estado de São Paulo e do País, não têm sido compartilhados e as desigualdades entre populações de diferentes países e entre grupos sociais de um mesmo país, continuam e até mesmo aumentam. Condições sociais e econômicas desfavoráveis mostram-se capazes de impactar, rápida e fortemente, sobre ganhos na saúde populacional, e a situação atual da saúde global constitui-se em uma complexa articulação entre velhos e novos problemas (Novaes *et al*, 2001).

No Brasil, e em especial em São José do Rio Preto, a perspectiva de reestruturação do modelo assistencial com a transformação das práticas de saúde, em especial na atenção primária, para assegurar a promoção da saúde, mostra que alguns serviços de saúde têm buscado proporcionar o

melhor cuidado para os diversos segmentos da população, dentre eles o dos adolescentes.

Considerando que a ampliação da rede de atenção primária melhorou o acesso a serviços de saúde e a cobertura da atenção para vários segmentos da população, tornam-se necessárias reestruturações produtivas no setor, para que ocorram arranjos tecnológicos, definidores do modelo de atenção à saúde, para que seja equânime, integral, oportuna e humanizada.

Na definição dos arranjos tecnológicos, é fundamental avançar no cuidado aos indivíduos com o estabelecimento de vínculos e com responsabilização recíproca nas intervenções realizadas, para que as práticas de saúde acolham as necessidades dos indivíduos, resgatando a dimensão humana presente nos serviços de saúde, por meio do “cuidado” e considerando o contexto onde vivem os adolescentes (Ayres, 2001; Mehry, 2000).

Portanto, olhar para a atenção e cuidado da saúde do adolescente implicará uma transposição da estrita correção de distúrbios, contando com a contribuição de outros conhecimentos para além do saber médico e que as práticas de saúde considerem as dimensões sociais, juntamente, com as dimensões técnicas.

Neste sentido ampliado de atenção à saúde é que o presente estudo pretende contribuir para a compreensão das necessidades de saúde dos adolescentes atendidos em UBS de São José do Rio Preto. Busca, por meio de uma escuta direta de adolescentes, familiares dos adolescentes e

profissionais, apreender algumas dessas necessidades, tal como esses sujeitos as traduzem em demandas para os serviços de saúde.



### **3. Objetivo**

Compreender necessidades de saúde dos adolescentes atendidos em Unidades Básicas de Saúde tal como expressas nas demandas traduzidas pelos adolescentes, familiares dos adolescentes e profissionais que atendem os adolescentes no município de São José do Rio Preto.

## 4. Metodologia

### 4.1 Natureza do estudo

Considerando a natureza do objeto do estudo e as particularidades das perguntas colocadas na definição desta pesquisa, optou-se pela metodologia qualitativa. A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares, porque se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Segundo Minayo (1994), “ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”. Portanto, para a autora, as metodologias da pesquisa qualitativa são entendidas como capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às atitudes e às estruturas sociais, sendo estas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.

Ao propor essa metodologia, foi pressuposto contar com abordagem interdisciplinar, trazendo, portanto, com a sua utilização no campo da saúde, a comunicação entre distintos campos do conhecimento, em especial o das ciências sociais.

Neste contexto, a técnica proposta para ser utilizada foi a de grupo focal para a coleta dos dados (Thorogood e Green, 2004; Dias, 2003; Mays,

2000; Kvale, 1996; Krueger, 1994; Huberman e Miles, 1994; Denzin, 1994; Morgan, 1988). Entende-se por grupo focal uma “determinada técnica de entrevista direcionada a um grupo que é selecionado pelo pesquisador a partir de determinadas características identitárias, visando obter informações qualitativas” (Krueger, 1994).

O foco central da pesquisa foi obter material empírico que identificasse nas narrativas a percepção dos sujeitos quanto ao objeto do estudo. As informações qualitativas obtidas foram: valores e códigos do grupo, modelos explicativos da realidade social e as próprias experiências do grupo (Minayo, 1994).

O estudo qualitativo buscou, portanto, compreender as necessidades dos adolescentes tal como expressas nas demandas traduzidas pelos sujeitos estudados, especialmente pelas suas vivências do cotidiano, incorporadas e expressas nas suas falas.

São depoimentos que foram produzidos num contexto enunciativo peculiar: ser adolescente ou familiar de adolescente atendido na UBS do bairro, viver ou trabalhar em bairros de São José do Rio Preto e ser profissional de serviços de saúde de uma das UBS desses bairros.

Nesta conformação, entende-se que as expressões obtidas são percepções de experiências construídas nas diversas vivências, relações e interações sociais (entre pares, familiares, profissionais de saúde, na educação, na segurança, na mídia e em tantas outras). Essas experiências são facilitadas ou não, pela situação social à qual os indivíduos estão

vinculados e pelas condições de gênero e faixa etária, tendo, portanto, um caráter que é ao mesmo tempo objetivo e intersubjetivo.

Segundo Morgan (1988), a técnica do grupo focal viabiliza o acesso às percepções e visões incorporadas pelos indivíduos, por meio da interação grupal, com o espaço específico de debate e trocas. Originada nos anos 1930, esta técnica visa apreender tanto aspectos cognitivos (opiniões, influências e idéias), quanto os aspectos interacionais (conflitos, lideranças e alianças) e as experiências vividas pelos indivíduos e pelo grupo de referência.

Esta técnica incorpora a influência mútua da opinião e atitude entre os membros do grupo, disponibilizando dados dos participantes. É uma conversa com finalidade, ou seja, possui um foco de interesse definido nos objetivos deste estudo (Minayo, 1992).

#### 4.2 Fundamentos teórico-metodológicos do estudo

Na produção e análise do material empírico, foi utilizado o referencial teórico das Representações Sociais que, segundo Minayo (1996), significa:

a reprodução de uma percepção anterior ou do conteúdo do pensamento. Nas ciências sociais são definidas como categorias de pensamento, de ação e de sentimento que expressam a realidade, explicam-na, justificando-a ou questionando-a. Enquanto material de estudo, essas percepções são consideradas consensualmente importantes, atravessando a história e as mais diferentes correntes de pensamento sobre o social. p.158.

A escolha deste referencial pressupõe que as narrativas produzidas neste estudo são as percepções dos indivíduos, importantes na aproximação do objeto do estudo, mas, como representações sociais, remetem a elementos da realidade que extrapolam uma experiência puramente individual.

Segundo Minayo (1996), as representações sociais têm sido importante objeto de estudo e constituem material de igual importância para as pesquisas nas Ciências Sociais. As representações sociais são entendidas enquanto senso comum, idéias, imagens, concepções e visões de mundo que os atores sociais compartilham acerca da realidade.

A linguagem do senso comum faz a mediação privilegiada enquanto conhecimento e interação social. Ela possui graus diversos de correspondência à realidade, pois limita-se a certos aspectos da experiência existencial, que com freqüência é contraditória. Portanto, o cotidiano do indivíduo é permeado de contradições e a sua expressão leva ao entendimento das mesmas – com seus pares, seus contrários e com as instituições. As manifestações das representações sociais chegam a institucionalizar-se, e podem, por isso, ser analisadas e compreendidas a partir das estruturas e dos comportamentos sociais.

A visão de mundo dos diferentes grupos de indivíduos expressa as formas de transformação pelos núcleos positivos ou de resistência das representações sociais. Neste sentido, os atores sociais, com o senso comum, constroem sua percepção e ao mesmo tempo a explicam com o seu próprio estoque de conhecimento. Assim, tanto o “senso comum” como o

“bom senso” são sistemas de representações sociais reveladores das organizações em que os atores estão inseridos.

As representações sociais revelam a visão de mundo de uma determinada época, são as concepções dominantes dentro da história de uma sociedade. Essas concepções têm elementos de passado e se projetam no futuro. Cada grupo social faz da visão abrangente uma representação particular, de acordo com a sua posição na sociedade. Essa representação é portadora, além dos interesses do grupo, da sua própria força expansiva.

As representações, para Minayo (1999), “servem para orientar as condutas, a comunicação social e estabelecer uma realidade sócio-cultural comum, ser mecanismo de elaboração psico-sociológica e permitir ao pensamento individual apropriar-se e compreender a realidade externa”.

As representações sociais não são necessariamente conscientes, mas retratam a realidade. São consideradas matéria prima para a análise social e para a ação político-pedagógica de transformação, por serem ao mesmo tempo ilusórias, contraditórias e verdadeiras. Porém, é importante observar que as representações sociais não são “a realidade”, não podem ser tomadas como verdades absolutas, pois isso seria reduzir a realidade à concepção que os atores sociais fazem dela.

A linguagem ocupa posição mediadora na compreensão das representações sociais. Quando se trata da comunicação na vida cotidiana, a palavra é fundamental.

O repertório utilizado nas comunicações entre os indivíduos é diferente de acordo com a época e o grupo social. Essas diferenças são influenciadas pelos interesses que regulam as relações sociais, portanto, influenciadas pelas condições materiais de vida e pela estrutura sócio-política.

Entretanto a palavra expressa interesses contraditórios, servindo ao mesmo tempo como instrumento e material. Por essa vinculação dialética com a realidade, a compreensão das falas exige ao mesmo tempo a compreensão das relações sociais que ela expressa.

Segundo Minayo (1996), vários estudiosos da Sociologia, como Durkheim, Weber, Schultz, Marx e Gramsci, trabalham o mundo das idéias no conjunto das relações sociais. O mesmo acontece na vertente antropológica, com Malinowski, Sapir e Kroeber. Durkheim foi o primeiro autor a trabalhar o conceito de representações sociais, tendo motivado vários seguidores, tanto da Sociologia como da Antropologia. Para os antropólogos, como Sapir, Malinowski e Kroeber, as representações sociais de Durkheim recobrem o mesmo campo que a noção de cultura aborda.

Por outro lado, na psicologia social, segundo Moscovici (1961), representações sociais são “conjuntos de conceitos, afirmações e explicações” e devem ser consideradas como verdadeiras “teorias” do senso comum, pelas quais se procede à interpretação e mesmo à construção das realidades sociais. As representações sociais têm natureza psicológica e social por seu poder convencional e prescritivo sobre a realidade e terminam

por constituir o pensamento em um verdadeiro ambiente onde se desenvolve a vida cotidiana (*apud* Spink, 1993).

#### 4.3 Desenho e desenvolvimento do estudo

##### 4.3.1 Instrumento do estudo

Para as finalidades do presente estudo, foi inicialmente elaborado um roteiro de grupo focal para cada categoria participante: adolescentes, familiares de adolescentes e profissionais de saúde que atendem adolescentes. Para tanto, utilizou-se como referência o roteiro de grupo focal da Pesquisa Projeto Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP)/Políticas Públicas “Ocorrência de casos de violência doméstica e sexual nos serviços de saúde em São Paulo e desenvolvimento de tecnologia de atendimento para o programa de saúde da mulher” (Schraiber L B *et al*, 2003). O conteúdo temático deste roteiro foi violência sexual e doméstica e o desenvolvimento de tecnologias de atendimento, no programa de saúde da mulher, a eles relacionados. Esses temas foram trabalhados em três blocos de perguntas que desencadearam a discussão com a valorização e a participação de todos, trazendo percepções do grupo sobre os temas.

No presente trabalho, utilizou-se o mesmo formato do roteiro que determinou a dinâmica da realização do grupo focal para a obtenção de



percepções do grupo, nos temas relacionados às necessidades dos adolescentes. Esse roteiro foi testado em um grupo focal para o piloto da pesquisa e modificado a partir das necessidades observadas, visando sua melhor adequação ao objetivo deste estudo.

O roteiro do grupo focal foi estruturado utilizando temas relacionados ao objeto do estudo. Baseando-se na teoria proposta por Schraiber (2000), de que as necessidades de saúde são caracterizadas pelo carecimento de algo, procedeu-se a um questionamento sobre quais seriam tais necessidades na visão dos adolescentes, pais de adolescentes e profissionais do serviço de saúde ao adolescente.

Inicialmente, os grupos foram questionados em relação à saúde, sendo esta seguida pelas necessidades/problemas, ajuda nos problemas, facilidades/dificuldades na ajuda e expectativas em relação aos serviços de saúde.

O roteiro do grupo focal foi composto por categoria de indivíduo participante no estudo e estruturado nas categorias temáticas a serem investigadas (Anexo D – Adolescente Anexo E – Familiares de Adolescentes e Anexos F – Profissionais de saúde que atendem o adolescente). As categorias temáticas investigadas foram:

1- Percepções sobre a Saúde do adolescente

- O que é saúde para o adolescente? Resgatar situações saudáveis para o adolescente.

2- Percepções sobre as necessidades do adolescente

- Quais são as suas necessidades? Do que precisam? Quais são seus problemas mais freqüentes? Como eles acontecem? O que pensam sobre estes problemas? Como enfrentam esses problemas?

3- Demandas do adolescente na obtenção de cuidado/ajuda

- O que recebem no cuidado oferecido nos serviços de saúde/outros para ter ajuda nestes problemas? Quais suas características? Resgatar situações de cuidado.

4- Facilidades e dificuldades no cuidado nos Serviços de Saúde/outros para o adolescente

- Quais as facilidades e dificuldades encontradas na vida/no serviço de saúde quando precisam de ajuda para os seus problemas?

5- Expectativa para o atendimento das necessidades de Saúde dos Adolescentes

- O que gostariam de ter no cuidado oferecido pelos Serviços de Saúde para atender às necessidades dos adolescentes?

As categorias temáticas 1, 2 e 3 compuseram no roteiro do grupo focal as questões centrais, e as 4 e 5, as secundárias, juntamente com outras perguntas para atingir os temas propostos (que foram ou não utilizados pelas facilitadoras). Além disso, foram utilizadas cinco questões que estão no roteiro, para motivação do grupo na obtenção das falas referentes às três questões centrais.

#### 4.3.2 Estudo Piloto

Em outubro de 2005, foram realizados dois grupos para piloto da pesquisa, um de adolescentes e outro de familiares. Nesta etapa, foram testados e avaliados os roteiros do grupo focal, bem como elaboradas as cinco perguntas que direcionaram a investigação. Foram avaliadas as dinâmicas de aquecimento e a definição pelo uso de técnicas mais participativas. A duração prevista para o desenvolvimento das atividades pelo grupo piloto foi de uma hora e trinta minutos a três horas. A expectativa de duração prolongada da atividade foi um fator limitante para que alguns indivíduos participassem do grupo piloto. Tendo em vista que os dois grupos do piloto duraram de duas a duas horas e trinta minutos, optou-se por manter, como proposta de duração dos grupos para o campo da pesquisa, no máximo duas horas.

#### 4.3.3 Facilitadoras

Para a condução dos grupos focais, foram selecionadas facilitadoras que tiveram o treinamento para a técnica de grupo focal. Os critérios para escolha das facilitadoras foram: serem profissionais de saúde, nível de escolaridade superior, na área de psicologia com experiência em dinâmica grupal, atuar em UBS e atender também adolescentes no município de São José do Rio Preto.

Uma das facilitadoras escolhidas atua na Unidade B, que tem um atendimento diferenciado para os adolescentes. Estas profissionais participaram da capacitação das equipes para o atendimento de adolescentes na atenção básica de saúde realizada, pela Secretaria Municipal de Saúde e Higiene. Naquela oportunidade, a pesquisadora identificou o envolvimento delas com as questões relacionadas ao cuidado do adolescente. Após a realização dos grupos piloto, foram feitas as avaliações, juntamente com as facilitadoras, e as adaptações propostas.

As facilitadoras foram responsáveis pela condução dos grupos focais, seguindo o roteiro com as categorias temáticas. As facilitadoras buscaram proporcionar uma atmosfera favorável à discussão, controlaram o tempo, estimularam para que todos falassem e evitaram a monopolização da discussão por um dos participantes, encorajando os mais reticentes. Ficaram também atentas às expressões gestuais dos participantes, procurando interpretá-las para motivar a condução do grupo. As facilitadoras, por seu perfil profissional, tinham boa experiência na condução de grupos. Elas foram sensíveis, flexíveis, capazes de ouvir e se expressaram de forma clara.

O papel das facilitadoras foi fundamental na condução do grupo, atuação esta que, segundo Dias (2003), é mais uma questão de arte do que de técnica. Nos grupos realizados, foram consideradas vantagens o clima descontraído das discussões, a confiança dos participantes em expressar suas opiniões e a participação ativa para a obtenção de informações. Por

outro lado, foram consideradas desvantagens a dificuldade em conseguir que todos os participantes fossem produtivos.

Coube à pesquisadora e às facilitadoras levarem em consideração estes aspectos de vantagens e desvantagens na condução e avaliação dos grupos. Em geral, houve o predomínio das vantagens da técnica, com exceção no grupo dos adolescentes, já que alguns participantes não se manifestaram. No segundo grupo de adolescentes, desde o início, foi difícil a participação. Alguns membros, com postura de expectativa/confronto, deixaram o grupo silencioso, até que, após inúmeras tentativas de envolvimento pela facilitadora, o grupo foi conduzido para falas constantes e desenvolveu-se bem, atendendo ao roteiro. Houve a tendência do monopólio da discussão por alguns adolescentes em dois grupos, e alguns participantes, em determinados momentos, assumiram a postura de debochar de alguns aspectos colocados por outros. Essas tendências e posturas foram administradas pelas facilitadoras na boa condução dos grupos.

#### 4.3.4 Local do estudo

Na definição dos locais do estudo, contou-se com a participação da Coordenação Municipal da Saúde da Criança e do Adolescente do município de São José do Rio Preto. Foram indicados para serem sítio da pesquisa os serviços da rede municipal de saúde que atendiam o adolescente com uma

abordagem programática específica para este segmento da população ou para a estratégia de Saúde da Família. As UBS indicadas para participarem do estudo foram três, denominadas neste estudo de Unidade A, Unidade B e Unidade C, sendo que uma das unidades tem o PROSAD, a outra tem profissionais motivados para o atendimento do adolescente e a terceira atua na estratégia da SF.

#### 4.3.5 Sujeitos do estudo

O estudo foi desenvolvido no período de novembro de 2005 a março de 2006, no município de São José do Rio Preto, com adolescentes que freqüentam serviços de saúde. Além dos adolescentes, participaram também os familiares (mãe/pais/outros) dos adolescentes e os profissionais de serviço de saúde no qual este segmento é atendido. Os sujeitos possuíam características comuns com relação ao objeto do estudo.

#### 4.3.6 Seleção dos sujeitos do estudo

A seleção dos sujeitos participantes do estudo foi criteriosamente realizada. Os grupos não foram espontâneos e foram selecionados conforme critérios de homogeneidade, definidos pela pesquisadora e por um profissional da unidade, participante do estudo. Foram considerados critérios

de inclusão: a) ser adolescente de 10 a 19 anos, preferencialmente de 13 a 16 anos, e freqüentar os serviços de saúde definidos para participarem da pesquisa; b) ser familiar de adolescentes de 10 a 19 anos que freqüentam os serviços de saúde definidos para a pesquisa; c) ser profissional de saúde dos serviços de saúde participantes desta pesquisa e que atendem adolescentes de 10 a 19 anos. Foram feitos contatos da pesquisadora com o profissional de saúde, de cada uma das UBS, para definir datas e sala para realização dos grupos. Coube também a este profissional convidar adolescentes e familiares para participarem da pesquisa, conforme estes comparecessem no serviço de saúde. A pré-seleção foi feita com o profissional do serviço, ligado à assistência, em especial aos adolescentes, para identificar os que melhor se enquadravam nos critérios definidos. Este procedimento foi utilizado também para convidar os familiares e os profissionais de saúde.

Os participantes, na ocasião do convite, foram informados de forma genérica sobre o tema da discussão para que não comparecessem com idéias pré-estabelecidas. Foi elaborada uma lista com o nome e telefone dos participantes para confirmar a data e o horário da reunião, bem como a presença na realização dos grupos.

#### 4.3.7 Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – CAPPesq/FMUSP/SP em 22/06/2005, com o número de protocolo 462/05.

Anteriormente à realização do grupo, foi obtido o consentimento livre e esclarecido dos participantes. Para darem seu consentimento informado, foram preservados os princípios de autonomia e capacidade. Segundo Guariglia *et al* (2006), existe a necessidade de rever a Resolução 196/96, que regulamenta pesquisas em seres humanos, na qual crianças e adolescentes são sinônimos (Brasil, 1996). O Código Civil divide os menores em dois grupos, de acordo com suas capacidades, mas, segundo o mesmo código, não há definição dos atos em que os menores são incapazes. O *Guideline for research on Reproductive Health involving Adolescents* orienta que, para assegurar a confidencialidade e privacidade, o adolescente pode dar o consentimento sozinho, sem pedir autorização dos pais (Saito, 2000). Considerando que o estudo foi realizado em serviços de saúde em que os adolescentes são atendidos e que o objetivo de tal estudo era compreender as necessidades e demandas para este serviço, foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os indivíduos pesquisados das três categorias envolvidas no estudo.

Após a leitura e esclarecimentos, foi feita a assinatura do TCLE (Anexos A, B e C). Em seguida, foi desenvolvido o grupo focal em local que assegurou a privacidade e na presença de um facilitador para o grupo.



Os participantes do estudo foram orientados, caso surgissem necessidades decorrentes da participação no grupo focal, a agendar atendimento com a equipe de saúde da UBS/USF ou a entrar em contato com a pesquisadora responsável pelo estudo.

#### 4.3.8 Limites do estudo

Além dos limites do processo e da relação vivência/representação de qualquer indivíduo, do método científico em razão da impossibilidade de captar totalmente a realidade, portanto, operando com recortes e de acordo com determinada teoria, foram também considerados como limites do estudo, o viés interpretativo entre pesquisador e pesquisados. Reconhece-se, além disso, que as escolhas dos participantes e dos recursos utilizados na definição da pesquisa não foram neutros, mas intencionais.

#### 4.3.9 Operacionalização dos Grupos Focais

Os grupos foram constituídos de forma homogênea, mantendo um balanço entre uniformidade e diversidade do grupo, o que permitiu que os participantes se sentissem confortáveis e livres para participar da discussão.

O tamanho definido para os grupos foi entre 6 e 12 membros. Foram convidados mais 20% de indivíduos, para cobrir possíveis ausências. Na

formação dos grupos, um ficou com o número mínimo e outro, com mais de 12 participantes, tendo sido necessário dispensar duas pessoas que chegaram após a composição. A quantidade de grupos foi de 3 por categoria estudada, totalizando 9, com 80 indivíduos envolvidos na pesquisa. Esse número considerou a homogeneidade da população em relação ao objeto de avaliação, a complexidade das perguntas e a diversidade das experiências abordadas. Foram obtidas opiniões semelhantes e diferentes nos relatos das percepções de cada segmento sobre as necessidades dos adolescentes traduzidas em demandas para os serviços de saúde.

Dos nove grupos realizados, haviam sido agendados onze, sendo que, em um grupo de adolescentes na Unidade A, não houve número suficiente, levando à necessidade de novo agendamento. A mesma situação foi observada em um grupo de familiares na Unidade C.

Com relação às recusas e aos faltosos, identificou-se falta de disponibilidade de alguns indivíduos para participar, em virtude de compromissos do cotidiano, tais como: escola, no caso dos adolescentes, emprego para os familiares e atividade em outro local ou férias para os funcionários. Inicialmente, o período previsto para a realização do campo foi Novembro a Janeiro, ou seja, férias escolares dos adolescentes. Em virtude das férias dos funcionários, os agendamentos dos grupos foram até março de 2006.

As dispensas aconteceram em um grupo de familiares na Unidade C. O grupo não aconteceu no primeiro agendamento, pois compareceram

apenas cinco mães, apesar de terem sido selecionados doze familiares para participar. Foi novamente agendado, em outra data, para o final do dia, com as mesmas mães, quando todas já haviam retornado do trabalho. A seleção foi, então, ampliada para quinze familiares e compareceram mais de doze, o que levou à dispensa de duas mães.

Nesse procedimento, a justificativa da dispensa foi feita pela pesquisadora e pela profissional de saúde da UBS responsável pela seleção das mães. Na oportunidade, a funcionária informou sobre a disponibilidade de a UBS atender às futuras demandas, em especial as relacionadas ao adolescente.

O desenvolvimento dos encontros foi em um local que favoreceu a interação entre os participantes, em uma sala com cadeiras dispostas em círculo. Porém, como foram em UBS/USF, as salas receberam a influência de ruídos externos, tanto da própria unidade como da rua, o que levou a dificuldades, em determinados momentos, na transcrição do material empírico gravado nas fitas.

Foi realizada apenas uma sessão por grupo, com encontros que duraram entre uma e meia a duas horas, não excedendo três horas no total da atividade. Para o registro das discussões, foram utilizados dois gravadores, com o consentimento dos participantes. Cada participante foi identificado com um cartão afixado na parte anterior do tórax, contendo nome e idade (número, sexo e idade dos filhos, se tivessem).

Foi entregue, juntamente com o TCLE, uma ficha de identificação onde foram registrados dados dos indivíduos (nome, idade, escolaridade,

endereço no bairro etc). Esses dados foram utilizados na auto-apresentação no aquecimento do grupo. Posteriormente, os mesmos foram utilizados para a caracterização dos grupos do estudo.

A conversa foi apoiada e induzida pelo roteiro temático, já apresentado no desse item 4.3, e conforme Anexos D, E e F.

A forma de condução dos grupos foi previamente padronizada, por meio do treinamento das facilitadoras. Todos os nove grupos foram monitorados pela pesquisadora responsável pelo estudo, que ficou encarregada da gravação dos encontros. Ao término de cada grupo, foi feita uma avaliação imediata verbal com a facilitadora, e, posteriormente, a avaliação nos registros de campo.

O facilitador iniciou o encontro com uma breve explanação, agradecendo as presenças e propondo uma auto-apresentação para aquecimento (nome, idade, grau de familiaridade entre os integrantes etc.). Foi explicado sobre as atividades a serem desenvolvidas no grupo, a pesquisa, a seleção dos participantes e o motivo de não terem sido dadas muitas informações sobre o grupo até aquele momento. Foi explicado, também, sobre o uso de gravadores e sobre o sigilo das informações obtidas. Deixou-se claro que todas as opiniões interessavam e, portanto, não existiam boas ou más opiniões, e que cada membro deveria falar na sua vez, permitindo uma boa gravação das falas. Foi lido e esclarecido o Termo de Consentimento para participar da pesquisa. Informou-se aos participantes sobre a duração do encontro e como este seria desenvolvido; foi proposta uma rodada inicial de falas, possibilitando a todos um comentário geral sobre

o tema. A partir de uma fala, observou-se a mobilização das falas seguintes em torno do tema colocado. Cada grupo tinha dinâmica própria, e o papel da facilitadora foi deixar fluírem às percepções dos indivíduos do estudo. A relação de perguntas, além das cinco que constaram do roteiro para induzir a discussão de temas, foi pouco utilizada. Apenas em um dos grupos dos adolescentes foi utilizada, para induzir a discussão sobre drogas e namoro. Além das gravações do material empírico produzido nos grupos, foram feitas anotações do registro de campo pelas facilitadoras e pela pesquisadora, das quais constaram os vários aspectos observados no desenvolvimento dos grupos.

#### 4.3.9 Síntese do Registro de Campo

Na síntese do registro de campo das facilitadoras, pode-se observar que, para o grupo dos adolescentes, a opinião das facilitadoras coincidiu. Foram grupos difíceis de serem conduzidos, com situações diversificadas, desde o monopólio das falas com participação efetiva, deboches constantes fora do contexto do grupo, participações intensas, mas pontuais, até o silêncio, com ausência de participação verbal, pois o não verbal continuou integrado no grupo. Portanto, a condução do grupo de adolescentes foi difícil e exigiu maiores recursos adaptativos das facilitadoras.

Para os grupos dos familiares e dos profissionais, a percepção das facilitadoras também foi semelhante. Foram grupos bastante produtivos, com

envolvimento satisfatório, tendo sido gratificante para as facilitadoras. Na avaliação final, foi observada a expectativa de que os grupos continuassem a acontecer. Observou-se uma grande interação entre os indivíduos, e a percepção final das facilitadoras, juntamente com a pesquisadora, foi de que o grupo atingiu a sua finalidade.

Observou-se, ainda, a carência dos diversos indivíduos por espaços para falar de si, de suas necessidades e de seus problemas. Em vários momentos, familiares e profissionais passaram a falar de si próprios, sendo que este mecanismo de projeção com transferência ou identificação e vivências anteriores também aconteceu, em determinados temas, com as facilitadoras. São mecanismos, na psicanálise, identificados desde Freud (1895), caracterizado por transferência, e Melanie Klern (1946) como identificação projetiva (Hinshelwood, 1992; Green, 1986). Foi necessário que elas impusessem limites para não serem envolvidas individualmente nas discussões.

Na avaliação dos participantes, foram mencionados momentos positivos de intensa interação e que foram agregadores de novos conhecimentos para os indivíduos. As situações que existiram, decorrentes desta técnica, foram de credibilidade e confiança entre os membros do grupo, as facilitadoras e a pesquisadora (observador de grupo).

Com exceção das falas dos adolescentes e familiares que destacaram o atendimento feito pela médica de adolescentes, não foi observada diferença relevante entre as três unidades quanto ao perfil geral das falas produzidas, ou seja, o fato de ter o PROSAD sido implantado na

Unidade ou ser USF não parecem justificar diferenças nas percepções produzidas.

#### 4.3.10 Análise do material empírico

Para a análise das informações obtidas, foi adotada inicialmente a metodologia proposta por Minayo (2000), tendo por pressuposto que não existe um modelo acabado de análise dos dados.

O material gravado foi transcrito por profissional treinada e com grande produção em transcrição na área da saúde, em particular na área de Medicina Preventiva. Após a transcrição, o material foi conferido numa segunda leitura pela pesquisadora. Em seguida, o conteúdo de cada entrevista foi trabalhado com inúmeras leituras do material.

Elaborou-se, então, um plano descritivo das falas investigadas. Após ler repetidas vezes essas falas, foram feitos os registros das mesmas, ordenados por categorias de análise, relacionando a cada uma delas os correspondentes fragmentos das narrativas. As categorias foram geradas a partir das informações obtidas. O roteiro do grupo focal, utilizado pelas facilitadoras, serviu de esquema inicial para sua definição, mas as percepções que surgiram na discussão enriqueceram e acrescentaram novas categorias para análise.

A análise temática implicou descobrir os eixos temáticos que compuseram as falas. As matrizes foram construídas de acordo com os

temas identificados e que foram agrupados conforme os indutores do roteiro utilizado no grupo.

Em princípio, de acordo com o modelo metodológico proposto por Minayo (2000), a análise buscou tratar o material empírico com leituras flutuantes para a descoberta dos temas. A importância deles para apreender o sentido dos fragmentos de discurso que compuseram as falas, levou a montar, juntamente com as categorias temáticas estabelecidas no roteiro, os eixos para a análise. Nas leituras flutuantes, foram obtidas também as falas na íntegra, que serão apresentadas para a discussão dos temas identificados.



## 5. Resultados e discussão

### 5.1. Caracterização dos Grupos

Participaram do estudo 78 indivíduos, sendo 26 adolescentes, 26 familiares e 26 profissionais de saúde. Os grupos compostos e os sujeitos do estudo foram caracterizados conforme os quadros e as tabelas a seguir:

Quadro 1- Caracterização dos GF, segundo UBS, categoria do sujeito, data da realização, duração e número de páginas de transcrição, SJRP, 2005/2006.

|       | Adolescente |         |         | Familiares |         |         | Profissionais |         |         | TOTAL      |            |
|-------|-------------|---------|---------|------------|---------|---------|---------------|---------|---------|------------|------------|
|       | Data        | duração | paginas | data       | duração | paginas | data          | duração | Paginas | TOTAL min. | TOTAL pág. |
| UBS A | 20 dez      | 120min  | 57      | 28nov      | 80min   | 44      | 27dez         | 70min   | 40      | 270 min    | 141        |
| UBS B | 21mar       | 90min   | 49      | 27mar      | 110 min | 55      | 7 mar         | 120 min | 50      | 320 min    | 154        |
| UBS C | 21dez       | 110min  | 55      | 16fev      | 120min  | 67      | 28dez         | 110min  | 60      | 340 min    | 182        |
| TOTAL | -           | 320min  | 161     | -          | 310min  | 166     | -             | 300min  | 150     | 930 min    | 477        |

Na caracterização dos grupos, observou-se que foi mantida a tendência à homogeneidade quanto à aplicação da técnica em relação à duração, totalizando 930 minutos, com 477 páginas de material empírico transcrito.

Tabela 2 - Caracterização dos adolescentes que participaram do GF, segundo UBS, sexo e idade, . SJRP, 2005/2006.

| Adolescente<br>Idade/sexo | 12 |   | 13 |   | 14 |   | 15 |   | 16 |   | 17 |   | TOTAL |    |       |
|---------------------------|----|---|----|---|----|---|----|---|----|---|----|---|-------|----|-------|
|                           | F  | M | F  | M | F  | M | F  | M | F  | M | F  | M | M     | F  | Total |
| UBS A                     | -  | 1 | 2  | 1 | 1  | - | -  | 1 | 1  | 1 | 1  | - | 4     | 5  | 9     |
| UBS B                     | 1  | - | -  | 1 | 1  | 2 | 1  | 1 | -  | 1 | -  | - | 5     | 3  | 8     |
| UBS C                     | -  | - | -  | - | 1  | 2 | 3  | 1 | 2  | - | -  | - | 3     | 6  | 9     |
| Total                     | 1  | 1 | 2  | 2 | 3  | 4 | 4  | 3 | 3  | 2 | 1  | - | 12    | 14 | 26    |

Na caracterização dos sujeitos do estudo, observa-se que, para os adolescentes, o grupo tendeu a ser mais homogêneo. Houve predomínio da faixa etária de 13 a 16 anos e não foi observada grande predominância do sexo feminino sobre o masculino, conforme tabela 2.

Tabela 3 - Caracterização dos familiares que participaram do GF, segundo UBS, sexo e idade SJRP, 2005/2006..

| Familiares<br>Idade/Sexo | 20-30 |   | 30-40 |   | 40-50 |   | 50-60 |   | 60-70 |   | TOTAL |    |
|--------------------------|-------|---|-------|---|-------|---|-------|---|-------|---|-------|----|
|                          | F     | M | F     | M | F     | M | F     | M | F     | M | M     | F  |
| UBS A                    | -     | - | 3     | - | 1     | - | 2     | - | -     | - | -     | 6  |
| UBS B                    | -     | - | 3     | - | 1     | - | 2     | - | 2     | - | -     | 8  |
| UBS C                    | 1     | - | 9     | - | 2     | - | -     | - | -     | - | -     | 12 |
| Total                    | 1     | - | 15    | - | 4     | - | 4     | - | 2     | - | -     | 26 |

Com relação aos familiares dos adolescentes, observa-se que o grupo foi composto apenas por mulheres, e, na maioria dos casos, mães, exceto 3 avós. Houve predomínio da faixa etária de 30 a 40 anos, conforme tabela 3.

Tabela 4 - Caracterização dos profissionais de saúde que participaram do GF, segundo UBS, sexo e idade, SJRP, 2005/2006..

| Profissionais<br>Idade/Sexo | 20-30 |   | 30-40 |   | 40-50 |   | 50-60 |   | TOTAL |    |       |
|-----------------------------|-------|---|-------|---|-------|---|-------|---|-------|----|-------|
|                             | F     | M | F     | M | F     | M | F     | M | M     | F  | Total |
| UBS A                       | 2     | - | 1     | - | 3     | - | 1     | 1 | 1     | 7  | 8     |
| UBS B                       | -     | - | -     | - | 7     | - | -     | 1 | 1     | 7  | 8     |
| UBS C                       | 2     | - | 4     | 3 | 1     | - | -     | - | 3     | 7  | 10    |
| Total                       | 4     | - | 5     | 3 | 11    | - | 1     | 2 | 5     | 21 | 26    |

Com relação aos profissionais de saúde, observou-se que, na composição segundo sexo, o feminino foi maioria. Houve predomínio da faixa etária de 40 a 50 anos, conforme tabela 4.

Quadro 2 - Caracterização dos adolescentes que participaram dos GF, segundo UBS, sexo, idade, ter filhos, escolaridade do adolescente, escolaridade dos pais, renda familiar e modalidade de assistência, SJRP, 2005/2006.

| Entrevistados | Sexo | Idade | Tem filhos | Nº de filhos | Nº na ordem da seqüência de filhos | Grau de Escolaridade |            |            | Renda Familiar SM* | Modalidade Assistencial |
|---------------|------|-------|------------|--------------|------------------------------------|----------------------|------------|------------|--------------------|-------------------------|
|               |      |       |            |              |                                    | adolescente          | do Pai     | da Mãe     |                    |                         |
| A1            | M    | 12    | não        | 3            | III                                | I grau               | I grau     | I grau     | 3                  | Sus/Convênio            |
| A2            | M    | 13    | não        | 2            | I                                  | I grau               | analfabeto | analfabeto | 1                  | Sus/Convênio            |
| A3            | F    | 13    | não        | 2            | II                                 | I grau               | II grau    | II grau    | 2                  | Sus/Convênio            |
| A4            | F    | 13    | não        | 2            | II                                 | I grau               | I grau     | I grau     | 2                  | SUS                     |
| A5            | F    | 14    | não        | 1            | I                                  | I grau               | I grau     | I grau     | 1                  | SUS                     |
| A6            | M    | 15    | não        | 2            | II                                 | I grau               | I grau     | I grau     | 2                  | Sus/Convênio            |
| A7            | M    | 16    | não        | 2            | II                                 | I grau               | I grau     | I grau     | 2                  | SUS                     |
| A8            | F    | 16    | não        | 3            | III                                | I grau               | I grau     | II grau    | 2                  | SUS                     |
| A9            | F    | 17    | não        | + de 3       | III                                | I grau               | I grau     | I grau     | 2                  | SUS                     |
| B1            | F    | 12    | não        | 3            | I                                  | I grau               | II grau    | I grau     | 2                  | SF                      |
| B2            | M    | 13    | não        | 3            | I                                  | I grau               | I grau     | Analfabeto | 1                  | SUS                     |
| B3            | M    | 14    | não        | 3            | I                                  | I grau               | I grau     | I grau     | 1                  | SUS                     |
| B4            | M    | 14    | não        | +de 3        | 3                                  | I grau               | I grau     | I grau     | 1                  | SUS                     |
| B5            | F    | 15    | não        | 2            | I                                  | I grau               | analfabeta | II grau    | 2                  | SUS                     |
| B6            | F    | 15    | não        | + de 3       | I                                  | I grau               | I grau     | II grau    | 2                  | SUS                     |
| B7            | M    | 15    | não        | 2            | II                                 | I grau               | II grau    | II grau    | 1                  | SUS                     |
| B8            | M    | 16    | não        | 2            | II                                 | I grau               | I grau     | I grau     | 1                  | SUS                     |
| C1            | M    | 14    | não        | + de 3       | III                                | I grau               | I grau     | I grau     | 3                  | Convênio/SF             |
| C2            | F    | 14    | não        | 2            | I                                  | I grau               | I grau     | I grau     | 1                  | SF                      |
| C3            | M    | 14    | não        | + de 3       | caçula                             | I grau               | I grau     | II grau    | 2                  | SF                      |
| C4            | M    | 15    | não        | 3            | I                                  | I grau               | I grau     | II grau    | 2                  | SF                      |
| C5            | F    | 15    | não        | 2            | I                                  | I grau               | I grau     | I grau     | 1                  | SF                      |
| C6            | F    | 15    | não        | 5            | II                                 | I grau               | I grau     | I grau     | 1                  | SF                      |
| C7            | F    | 15    | não        | 2            | II                                 | II grau              | II grau    | I grau     | 2                  | SF                      |
| C8            | F    | 16    | não        | 3            | II                                 | II grau              | II grau    | II grau    | 2                  | SF                      |
| C9            | F    | 16    | não        | 2            | I                                  | I grau               | II grau    | I grau     | 1                  | SF                      |

\* Renda familiar em salário mínimo (SM) tem-se: 1 = 1 a 2 SM; 2 = 3 a 4 SM; 3 = 5 a 6 SM; 4 = 7 a 8 SM; 5 = 9 a 10 SM; 6 = maior que 10 SM.

No quadro 2, observa-se que, dos adolescentes envolvidos na pesquisa, nenhum teve filho e houve predomínio da escolaridade de primeiro grau, tanto para os adolescentes como para seus pais. A maioria é usuário do SUS, exceto 4 adolescentes que referiram, além do atendimento no SUS, ter convênio. Com relação à renda familiar, a maioria referiu baixa renda, sendo que, dos 26 adolescentes, 13 referiram ter renda familiar de 3 a 4 salários mínimos, seguidos de 11 que referiram ter renda familiar de 1 a 2

salários mínimos e apenas 2 restantes referiram ter renda familiar de 5 a 6 salários mínimos.

Quadro 3 - Caracterização dos familiares de adolescentes e que participaram dos GF segundo UBS, tipo de vínculo, sexo, idade escolaridade (mãe e pai), renda familiar e modalidade de assistência, SJRP, 2005/2006.

| Entrevistados | Tipo de vínculo | Sexo | Idade | Número de filhos | Grau Escolaridade do Pai | Grau Escolaridade da Mãe | Renda Familiar* | Modalidade Assistencial |
|---------------|-----------------|------|-------|------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------|-------------------------|
| A. 1          | Mãe             | F    | 43    | 3                | II grau                  | II grau                  | 1               | SUS                     |
| A. 2          | Mãe             | F    | 55    | 2                | II grau                  | I grau                   | 1               | SUS                     |
| A. 3          | Avó             | F    | 57    | N/A              | I grau                   | I grau                   | 2               | SUS                     |
| A. 4          | Mãe             | F    | 32    | 3                | I grau                   | I grau                   | 4               | SUS                     |
| A. 5          | Mãe             | F    | 33    | 2                | I grau                   | I grau                   | 1               | SUS                     |
| A. 6          | Mãe             | F    | 36    | 2                | I grau                   | I grau                   | 1               | SUS                     |
| B.1           | Mãe             | F    | 39    | 1                | I grau                   | II grau                  | 2               | SUS                     |
| B. 2          | Mãe             | F    | 38    | 3                | Analfabeto               | II grau                  | 1               | SUS                     |
| B. 3          | Mãe             | F    | 39    | 2                | I grau                   | II grau                  | 2               | SUS                     |
| B. 4          | Mãe             | F    | 42    | 2                | I grau                   | I grau                   | 1               | SUS                     |
| B. 5          | Mãe             | F    | 55    | 2                | Analfabeto               | Analfabeto               | 1               | SUS                     |
| B. 6          | Mãe             | F    | 50    | 2                | II grau                  | I grau                   | 1               | SUS                     |
| B. 7          | Avó             | F    | 65    | N/A              | I grau                   | I grau                   | 1               | SUS                     |
| B. 8          | Avó             | F    | 67    | N/A              | I grau                   | I grau                   | 1               | SUS                     |
| C. 1          | Mãe             | F    | 27    | 3                | II grau                  | I grau                   | 2               | SF                      |
| C. 2          | Mãe             | F    | 34    | 2                | I grau                   | II grau                  | 2               | SF                      |
| C. 3          | Mãe             | F    | 35    | 2                | II grau                  | I grau                   | 2               | SF                      |
| C. 4          | Mãe             | F    | 30    | 6                | I grau                   | I grau                   | 1               | SF                      |
| C. 5          | Mãe             | F    | 36    | 5                | II grau                  | I grau                   | 1               | SF/convênio             |
| C. 6          | Mãe             | F    | 37    | 4                | I grau                   | I grau                   | 1               | SF                      |
| C. 7          | Mãe             | F    | 38    | 3                | II grau                  | I grau                   | 1               | SF                      |
| C. 8          | Mãe             | F    | 38    | 4                | I grau                   | I grau                   | 1               | SF                      |
| C. 9          | Mãe             | F    | 38    | 5                | II grau                  | I grau                   | 1               | SF                      |
| C. 10         | Mãe             | F    | 38    | 2                | I grau                   | I grau                   | 1               | SF                      |
| C. 11         | Mãe             | F    | 43    | 2                | I grau                   | I grau                   | 1               | SF                      |
| C. 12         | Mãe             | F    | 44    | 4                | I grau                   | I grau                   | 1               | SF                      |

\*Renda familiar em salário mínimo (SM) tem-se: 1 = 1 a 2 SM; 2 = 3 a 4 SM; 3 = 5 a 6 SM; 4 = 7 a 8 SM; 5 = 9 a 10 SM; 6 = maior que 10 SM.

No quadro 3, observa-se a tendência à homogeneidade para escolaridade, havendo predomínio do primeiro grau. Quanto à renda familiar, foi observado baixo nível de rendimentos, sendo que 19 participantes referiram ter renda familiar de 1 a 2 salários mínimos. As mulheres envolvidas na pesquisa referiram ter de 1 a 6 filhos, sendo que a maioria

teve até 3 filhos, ou seja, 11 referiram ter 2 filhos, seguidas de 5 mulheres que referiram ter 3 filhos (as avós foram excluídas desta caracterização). A maioria é usuária do SUS, exceto 1 mulher, que referiu, além do atendimento no SUS, ter convênio.

Quadro 4 - Caracterização dos profissionais de saúde que participaram dos GF, segundo UBS, sexo, idade, profissão e perfil de atuação no atendimento ao adolescente, .SJRJ, 2005/2006.

| Entrevistados | Sexo | Idade | Profissão                  | Atua atendendo adolescente | Atua na Equipe PROSAD | Há Quanto Tempo  |
|---------------|------|-------|----------------------------|----------------------------|-----------------------|------------------|
| A. 1          | F    | 23    | Psicólogo                  | Não                        | Sim                   | 1 ano            |
| A. 2          | F    | 26    | Enfermeiro                 | Não                        | Sim                   | 1 ano            |
| A. 3          | F    | 39    | Psicólogo                  | Não                        | Sim                   | 10 anos          |
| A. 4          | F    | 40    | Médica Hebiatra            | Não                        | Sim                   | 10 anos          |
| A. 5          | F    | 45    | Enfermeiro                 | Não                        | Sim                   | 2a 6 m           |
| A. 6          | F    | 49    | Médica/GO                  | não                        | Sim                   | 5 anos           |
| A. 7          | F    | 54    | Assistente Social          | não                        | Sim                   | 8 anos           |
| A. 8          | M    | 58    | Dentista                   | não                        | Sim                   | 25 anos          |
| B. 1          | F    | 40    | Psicóloga                  | Sim                        | sim                   | 7 anos           |
| B. 2          | F    | 42    | Médica/GO                  | sim                        | não                   | 10 anos          |
| B. 3          | F    | 43    | Pediatra                   | Sim/eventualmente          | não                   | 12 anos          |
| B. 4          | F    | 46    | Enfermeira                 | Sim                        | não                   | 16 nos           |
| B. 5          | F    | 40    | Auxiliar de enfermagem     | Sim                        | sim                   | 2 anos           |
| B. 6          | F    | 46    | Médica/ped-Hebiatra        | Sim                        | sim                   | 10 anos          |
| B. 7          | F    | 48    | Gerente/enfermeira         | Sim                        | não                   | não se aplica    |
| B. 8          | M    | 50    | Farmacêutico               | Sim                        | não                   | 5 anos           |
| C. 1          | F    | 22    | Acadêmica medicina         | não                        | não                   | não se aplica    |
| C. 2          | F    | 22    | ACS                        | Sim                        | não                   | 8meses           |
| C. 3          | M    | 38    | ACS                        | Sim                        | não                   | 11 meses         |
| C. 4          | M    | 33    | Médico de Saúde da Família | Sim                        | não                   | 3 anos           |
| C. 5          | M    | 33    | ACS                        | Sim                        | não                   | 1 ano            |
| C. 6          | F    | 31    | ACS                        | Sim                        | não                   | 4 anos e 3 meses |
| C. 7          | F    | 33    | ACS                        | Sim                        | não                   | 2 anos           |
| C. 8          | F    | 35    | ACS                        | Sim                        | não                   | 8 meses          |
| C. 9          | F    | 39    | Auxiliar de Enfermagem     | Sim                        | não                   | 15 anos          |
| C. 10         | F    | 49    | Enfermeira                 | Sim                        | não                   | 10 anos          |

Na caracterização dos profissionais que atendem os adolescentes, observa-se que o grupo tendeu a ser homogêneo nas características pesquisadas. Houve predomínio da faixa etária de 40 a 50 anos. Foi

observada grande predominância do sexo feminino sobre o masculino, havendo apenas 6 homens, conforme tabela 4. No quadro 4, observa-se predomínio de escolaridade superior entre os profissionais envolvidos na pesquisa, exceto para 6 agentes comunitários de saúde (ACS) e 2 Auxiliares de enfermagem (AE). Para os profissionais de nível superior o tempo que atuam atendendo adolescente varia em torno de 10 anos, principalmente para médico hepatologista, pediatra hepatologista, ginecologista, enfermeiros, seguido de psicólogo. O dentista refere trabalhar há 25 anos com adolescente. O tempo que os agentes comunitários de saúde (ACS) atuam atendendo adolescentes variou de 8 meses a 4 anos.

As análises do material empírico com as percepções dos sujeitos do estudo são apresentadas a seguir:

## 5.2. Saúde

Os participantes dos grupos, tanto adolescentes, familiares de adolescentes como profissionais de saúde, ilustraram o que pensam sobre saúde e vida saudável, buscando o detalhamento da concepção de saúde na sua dimensão positiva e negativa. Nas narrativas, obtêm-se elementos que ilustram a dificuldade de expressar o conceito. Da mesma forma, ao trazer o detalhamento desta dificuldade, as expressões obtidas ilustram a complexidade do conceito de saúde, conforme quadros 5, 6 e 7.

### 5.2.1 Grupos dos Adolescentes

Quadro 5 – Resultados dos temas selecionados das leituras flutuantes do material obtido nos GF dos adolescentes, segundo “o que é ter saúde ou vida saudável”, SJRP, 2005/2006..

| O que é saúde ou o que é vida saudável |   |  |
|--|---|--|
| Concepção de saúde                     | Concepção positiva  | Cuidado com o nosso corpo... nossa mente<br>Cuidar da gente mesmo<br>Estar se sentindo bem<br>Estar de bem com a vida<br>Ter alegria: correr, brincar e pular<br>Andar de: bicicleta e de skate<br>Jogar: bola, botcha, vôlei e futebol<br>Praticar esporte<br>Jazz<br>Brincar de boneca<br>Ir a festas<br>Paquerar<br>Dormir<br>Alimentar-se bem<br>Comer bem |
|  | Concepção negativa  | Não ter nenhuma doença<br>Quando não estou doente<br>Não ter doença não<br>Não estar bem com você  |
| Dificuldade de expressar o conceito    | Não sentir nada<br>Estar se sentindo bem no caso<br>Não tem como saber o que é saúde<br>Não tem como falar<br>Tem o lado psicológico<br>Bem com os amigos   |  |
| Complexidade do conceito               | Humor que a pessoa está<br>De bem com a vida<br>Para ter vida saudável, uma série de coisas<br>Ambiente bom na casa e com amigos<br>Auto-estima elevada<br>Não ter nenhuma doença... mas também tem o lado psicológico<br>Algumas doenças não fazem parte da saúde, mas também não é falta de saúde. É uma coisa que pega mesmo |  |

#### 5.2.1.a) Concepção positiva e a negativa do conceito de Saúde

As falas dos adolescentes trazem o cotidiano lúdico, com atividades físicas e de lazer, juntamente com o componente mental de “ter alegria”, ou seja, do bem-estar e de ser feliz no mundo. A ocupação adequada e prazerosa do tempo livre, com atividades físicas, práticas esportivas, brincadeiras e festas com danças, canalizam os interesses, a energia e o prazer do adolescente.

Este achado se aproxima de outros realizados em contextos diferentes, como o de Bernard *et al* (2004), que, em estudo semelhante realizado com adolescentes de New South Wales, em Sydney, na Austrália, utilizando a metodologia qualitativa e com a técnica de grupo focal, buscou analisar as semelhanças de visão dos adolescentes e dos provedores de saúde sobre as preocupações de saúde dos adolescentes, as barreiras de acesso e o modelo ideal de serviço. No estudo, os adolescentes definiram saúde como: corpo em boas condições, higiene, alimentação, atividade física, forma física, os relacionamentos, oportunidade de educação e de emprego.

O presente estudo reforçou o observado pelo autor quanto à importância dos aspectos psíquicos, emocionais, cognitivos e físicos na concepção de saúde para os adolescentes.

Aparece, com importância, o tema cuidado, que pode ser entendido como algo mais que um ato e uma atitude entre outras. A noção de cuidado expressa nas falas, traz consigo também o cuidado com o corpo e com a mente. No contexto dos adolescentes estudados, a existência da saúde, que é física e mental, aponta para formas de organização da vida cotidiana, da socialização, da afetividade, da sensualidade, da subjetividade, da cultura e do lazer, das relações com o meio ambiente.

A alegria foi um tema que também apareceu, permeando as falas das atividades físicas e pode-se dizer que reforça a idéia de unidade da dimensão física, expressa nas atividades físicas, e dimensão mental, expressas no sentimento de bem-estar.



Neste aspecto, podem-se identificar informações conflitantes. Apesar da importância das atividades físicas e práticas esportivas, expressas na percepção inicial dos adolescentes, essas práticas ocupam pouco espaço nas falas seguintes, como geradoras de demandas assistenciais de saúde. Por outro lado, existe, em virtude do apelo aos modelos estéticos preconizados pela mídia, a verbalização da procura por este tipo de atividade, ou seja, falam por que é “bom”, mas não realizam, necessariamente, essas atividades físicas. Neste sentido estético, observa-se, também, que os adolescentes de hoje estão preocupados com a alimentação em virtude do ganho de peso, porém parecem não saber que a alimentação balanceada, com atividade física adequada para a idade, não leva a ganho de peso. A excessiva preocupação com o ganho de peso pode ser reflexo da vida sedentária e com pouca atividade física. Apesar das falas, pode-se inferir que, no cotidiano dos indivíduos em geral, todos estão mais sedentários.

A alimentação também aparece como um dos temas de importância para os adolescentes dos grupos deste estudo. Na adolescência, a alimentação é cheia de significados. No momento da verbalização, no contexto da reflexão do conceito de saúde, as citações são várias, indicando alimentos supridores das necessidades do organismo. No estudo, o significado da dieta adequada e equilibrada para o desenvolvimento e crescimento é citado em relação a necessidades nutricionais, como o aumento da necessidade de ferro, vitaminas e sais minerais. Como a adolescência é um período em que o crescimento, assim como o

desenvolvimento físico, psíquico e social, ocorre de forma rápida e intensa, a nutrição influi sobre as mudanças que se produzem por aumento das necessidades, assim como sobre as estratégias dos indivíduos para satisfazê-las.

Apareceu, no detalhamento do sexo feminino, o brincar com bonecas, que é uma atividade lúdica característica da infância feminina. Neste aspecto, observa-se a transição de aspectos lúdicos da infância para os mais característicos da adolescência, como a participação em festas com danças, paquera etc.

As expressões dos adolescentes acerca do conceito negativo de saúde, ou seja, “ausência de doença”, são retratadas também no quadro 5.

Cabe destacar que os sujeitos do estudo possuem nas suas vivências a influência do modelo assistencial hegemônico na localidade onde vivem, predominantemente curativo, centrado na ausência de doença.

As expressões que trouxeram, são relacionadas à negação de situações vivenciadas de adoecimento e, ao negar a presença de uma doença, referiram ter saúde. Portanto, observou-se que, para estes adolescentes, falarem de uma determinada doença possibilitou que falassem de saúde e reforçaram que não é só física, mas também mental.

#### 5.2.1.b) A dificuldade de expressar o conceito

Em determinados momentos, os adolescentes ilustraram que não possuíam elementos para expressar o que é saúde, citando uma condição de ausência de alguma coisa, ou seja, de “*não sentir nada*”. Desta forma, não foi possível avançarem para fazer referência à condição de ter saúde. Observou-se que esses adolescentes parecem contar com vivências concretas de doença, mais do que de saúde, sendo que alguns chegaram a afirmar que não têm como saber ou como falar o que é saúde.

#### 5.2.1.c) A complexidade do conceito

Na visão dos adolescentes, foi expressa a complexidade do conceito com múltiplos fatores a ele relacionados e foi dado importante espaço para as condições mentais e psíquicas, com ênfase na auto-estima. É fundamental que seja reconhecida a complexidade do que é saúde para os adolescentes, para que haja a compressão de suas necessidades.

O termo complexo significa “o todo” que é composto por muitos elementos e neste todo é mantida a variedade e diversidade de cada um destes elementos. Segundo Bachehard, a complexidade é fundamental, não há nada simples na natureza, só há coisas simplificadas (*apud* Morin, 1990).

Neste estudo, identificou-se nos diversos grupos a multiplicidade de elementos que compõem o conceito saúde para o adolescente e que reforçou a necessidade de buscar a sua compreensão.

Na amplitude de relações associadas ao conceito, muitas são características do momento da adolescência e vêm na direção das demandas por suportes para a construção da identidade e a estruturação da personalidade do adolescente.

Bowes e Resnick (2007), em estudo sobre a adolescência em Melbourne, na Austrália, apontam também que “saúde” e “falta de saúde” são vistas como resultados da complexa inter-relação entre fatores biológicos, psicológicos e sociológicos.

Os adolescentes do presente estudo também argumentam sobre os tipos de doenças, ao colocarem que, para algumas delas, a ocorrência não é sinal de falta de saúde. Apontam, neste sentido, doenças agudas, de curta evolução, infecciosas ou não, sem repercussões quanto a um maior comprometimento para a saúde do indivíduo. Relacionam ao cotidiano de suas vidas essas experiências, que não caracterizam falta de saúde.

## 5.2.2. Grupos dos Familiares

Quadro 6 – Resultados dos temas selecionados das leituras flutuantes do material obtido nos GF dos familiares, segundo “o que é ter saúde ou vida saudável”, SJRP, 2005/2006.

| O que é saúde ou o que é vida saudável |                    |   |
|--|--------------------|---|
| Concepção de saúde                     | Concepção positiva | Esporte/atividade física (jogar bola, andar, pular e fazer tudo)<br>Lazer (estar na rua, andar e brincar)<br>Música<br>Estar bem (disposição e ânimo para fazer tudo)<br>Dormir<br>Alimentação (comer bem)<br>Liberdade |
|  | Concepção negativa | Ausência de doença<br>Não ter problema nenhum<br>Não sentir nada,<br>Não me canso<br>Adolescente é mais difícil ter problema<br>Não estar doente  |
| Dificuldade de expressar o conceito    |                    | Não pensa muito (várias)  |
| Complexidade do conceito               |                    | É estar bem assim...  |

### 5.1.2.a) Concepção positiva e negativa do conceito de saúde

Os resultados mostraram os familiares falando do que eles próprios acham que é saúde e o que eles acham que os adolescentes pensam ser saúde.

Segundo Coates (2003), “a adolescência, demanda maior autonomia e independência, freqüentemente precipita mudanças nos relacionamentos de várias gerações: sendo as demandas adolescentes muito fortes, reativam às vezes problemas emocionais, conflitos não resolvidos entre os pais, em sua infância ou adolescência com os pais (avós do adolescente), em sua vida passada. Os pais, além de reavaliar, analisar sua própria adolescência e os pais de sua adolescência, enfrentam novos estágios de seu ciclo vital: eles se aproximam da meia - idade e com isso surge a reavaliação do

casamento, da carreira profissional e aparecem novas preocupações: a fuga da juventude, a aproximação da velhice e, por que não, a idéia da morte”.

Na psicanálise, segundo Levisky (1995), os pais ao falarem dos filhos descrevem em determinados momentos sua própria adolescência, como enfrentaram a sua emancipação e autonomia na construção das suas identidades. São projeções ou identificações projetivas utilizadas, como mecanismo de defesa, frente às diversas situações que vivenciam os indivíduos (Green, 1986; Hinshelwood, 1992).

Em vários momentos os sujeitos do presente estudo apontaram vivências de sua adolescência, porém estas falas não foram incluídas nesta análise. Conforme o quadro 6, foram identificadas as percepções dos familiares sobre o que os adolescentes pensam ser saúde.

A dimensão positiva do conceito de saúde para os familiares, sobre o que os adolescentes pensam, coincidiu com muitas apontadas pelos adolescentes, sendo também relacionadas a estar bem, atividades físicas, atividades lúdicas, de lazer e de descanso.

Observou-se, no grupo dos familiares, mas não entre os adolescentes, a referência à música, sendo vista como condição de saúde na ilustração a seguir: *“o meu acha que música para ele é saúde”*. A música também aparece como um dos aspectos importantes na vida do adolescente nos trabalhos de Reato (2001). Segundo a autora, é necessário reconhecer a música como um componente importante na vida dos adolescentes. Apesar de ela ser utilizada, em muitas ocasiões, para estabelecimento de

uma identidade própria, não se pode negar o seu papel como fonte de entretenimento, relaxamento e como forma de aliviar tensões.

Para os familiares, sobre o que os adolescentes pensam, o tema alimentação também é destacado, mas aqui enfocando a rotina alimentar, com o detalhamento do horário e adequação, refletindo a prescrição de médicos ou de nutricionistas para distúrbios alimentares, como anorexia e a obesidade.

Outro aspecto importante que emergiu no tema saúde foi a liberdade, referida como um valor do adolescente e uma atitude arriscada: *“quer ficar livre, que Deus dará o mundo para eles. Eles não pensam neles mesmo”*.

A falta de liberdade foi tema que ficou evidenciado na visão dos adolescentes como problema no relacionamento com os pais. Neste sentido, a visão dos familiares reforça a existência do conflito, pois a narrativa do familiar aponta a liberdade com uma certa oposição ao cuidar-se por parte do adolescente.

A busca por autonomia e emancipação em relação aos pais surge com intensidade neste processo e de forma conflituosa, tanto para os familiares como para os adolescentes. O processo de construção da identidade na sociedade atual é complexo e mais ansiógeno do que em outras épocas (Levisky, 1995).

Segundo Mead (1995), no estudo na sociedade primitiva em Samoa, observa a importância das instituições sociais e dos fatores culturais no desenvolvimento humano, em especial na adolescência, e afirma que a submissão ao domínio da autoridade parental é maior na sociedade atual.

A autora critica a família americana por sua organização muito fechada e seu efeito prejudicial na vida emocional da juventude em crescimento. Acredita que as ligações familiares muito fortes dificultam a capacidade do indivíduo de viver a própria vida e fazer suas próprias escolhas. Embora analise esse padrão, considera a família uma instituição vigorosa e quase universal.

Para a antropóloga e socióloga brasileira Minayo (1999), a família é uma organização social complexa, um microcosmo da sociedade, onde ao mesmo tempo se vivem relações primárias e se constroem os processos identificatórios.

As expressões dos familiares, no presente trabalho, acerca do conceito negativo de saúde são retratadas nas suas vivências em duas perspectivas, sendo expressas na primeira como: *“ausência de doença”*; *“não estar doente”*; *“adolescente é difícil ficar doente”*. Na segunda perspectiva, aparece como *“ausência de problema”*, sendo assim citada: *“não ter problema nenhum”*; *“adolescente é mais difícil ter problema”*; *“não cansar”*.

#### 5.2.2.b) Dificuldade de expressar o conceito

Para a dificuldade encontrada pelos sujeitos do estudo ao responder o que é saúde, identificou-se a seguinte ilustração: *“acho que não pensa muito”*. Observa-se que pelas vivências dos familiares, os adolescentes não



trouxeram elementos para o cotidiano destes indivíduos em relação ao que pensam sobre saúde. Nesta percepção, sobressai a tendência a não reconhecer o adolescente como sujeito “pleno”, pois vários acharam que ele não pensa sobre o assunto, o que é uma forma de desqualificar a capacidade crítica dele a esse respeito, ou de adotar estereótipos de irresponsabilidade.

#### 5.2.2.c) Complexidade do conceito

Os familiares reforçaram que, para o adolescente, quando pensa ter saúde “*é estar bem assim*”, que desencadeou na seqüência a apresentação de múltiplos fatores, como: de bem estar mental, de boa alimentação, de dormir bem, de ter bom desenvolvimento, dentre outros.

### 5.2.3 Grupos dos Profissionais

Quadro 7 – Resultados dos temas selecionados das leituras flutuantes do material obtido nos GF dos profissionais, segundo “o que é ter saúde ou vida saudável”, SJRP, 2005/2006.

| O que é saúde ou o que é vida saudável |                    |   |
|--|--------------------|---|
| Concepção de saúde                     | Concepção positiva | Estar bem, estar disposto, andar, conversar, falar, estudo e amizade<br>Alimentação vinculada com aparência (frutas, cereais, 10 horas frutas, meio dia um almoço 'light'...)<br>Esporte para ter corpo bonito, boa aparência, bom visual, corpo moldado, ficar bonito e estar bem vestido.<br>Lazer, educação, diversão, festas, dançar.   |
|  | Concepção negativa | Não estar com: dor de garganta, náusea, vômito, dor, cansaço na atividade física, falta de apetite.<br>Ausência de doença, procuram profissionais de saúde quando têm problema<br>Adolescente adocece menos   |
| Dificuldade de expressar o conceito    |                    | Não tem essa idéia<br>Não pensam em saúde<br>Não se tem visão de saúde<br>Não pensa nessas questões de saúde<br>Estar bem para sair, para curtir, com um corpo legal.<br>Ele nem pensa nessas coisas<br>Assunto que não tem interesse<br>Não pensam na prevenção<br>Pais acostumam desde criança à ausência de doença   |
| Complexidade do conceito               |                    | Para eles é só o momento<br>Um monte de coisas<br>Alimentação boa, moradia adequada e família estruturada<br>Adolescente é uma parte saudável do ser humano, adocece menos<br>A parte preventiva não tem muita consciência<br>Faz mal usar anabolizante, mas quer estar com um corpo legal<br>Esporte e atividade física leva saúde, mas não faz parte da vida dele<br>Não estão preocupados com a saúde, estão preocupados com a estética, por isso buscam esporte<br>Lazer faz parte da saúde... A minoria tem esse entendimento<br>Falta de percepção de risco<br>Beber e usar drogas... Ter saúde<br>Onipotência - nunca vai acontecer com ele<br>Impressão é que eles estão protegidos de alguma forma<br>Muitas informações não são levadas muito a sério<br>Não usam preservativo (acham que parceira é saudável e que não vão engravidar) |

#### 5.2.3.a) Concepção positiva e negativa do conceito de saúde

Os resultados mostraram os profissionais falando do que eles próprios acham que é saúde e o que eles acham que os adolescentes pensam ser saúde.

Os profissionais de saúde são indivíduos que possuem vivências tanto de pais de adolescentes, como de terem sido adolescentes. Na identificação destas falas, observou-se também que, em vários momentos,

os sujeitos do presente estudo apontaram vivências pessoais, porém estas falas não foram incluídas nesta análise. Conforme o quadro 7, foram identificadas, nas percepções dos profissionais, o que os adolescentes pensam ser saúde.

Nas narrativas dos profissionais de saúde, destaca-se a importância que o adolescente dá à nutrição balanceada, com alimentos de baixas calorias e de acordo com uma rotina com horários previamente definidos.

Os profissionais julgam que o adolescente valoriza a atividade física, porém como uma possibilidade de se ter um corpo bonito, embora, pelas vivências dos sujeitos do estudo, o esporte não ocupe lugar destacado na vida dos adolescentes.

Nesta fase da vida, segundo Erickson (1976), o adolescente passa por uma “difusão de papéis”, buscando identificar-se com heróis em evidência na sociedade. Os profissionais identificaram intensos apelos na mídia influenciando o adolescente na construção de imagens ideais.

Identificou-se, nas falas, a preocupação com o uso, pelos adolescentes, de recursos adicionais, como anabolizantes, para atingir esse visual idealizado, mas também eles expressam uma bem-vinda preocupação com a própria alimentação para se conseguir esse visual.

A preocupação com a imagem é de novo trazida pelos profissionais quando se referem às atividades lúdicas e de lazer do adolescente, reforçando a imagem que têm acerca da importância para o adolescente da aparência física como questão de saúde.

Na concepção negativa, da mesma forma que nos grupos dos adolescentes e familiares, a noção de saúde é expressa predominantemente como ausência de doença.

#### 5.2.3.b) Dificuldade de expressar o conceito

Ao tratarem da dificuldade de conceituar a saúde do adolescente, os profissionais se referiram à influência dos pais na utilização dos serviços de saúde, e reiteraram a idéia de que o adolescente “não pensa no assunto”.

#### 5.2.3.c) Complexidade do conceito

Quanto à complexidade, além das referências a diversos fatores implicados, como alimentação, lazer, atividade física etc., o grupo enfatiza, assim como os pais, os comportamentos de risco. Nesse sentido, foi destacada a falta de percepção de risco por parte dos adolescentes e a conseqüente onipotência.

Os sujeitos deste grupo reforçam os aspectos cognitivos quando expressam que muitas informações são transmitidas, mas que elas não garantem que os comportamentos e as práticas sexuais sejam seguras.

Outro aspecto, que ilustra a vivência destes profissionais em relação à baixa percepção do risco em que vivem os adolescentes, foi verbalizado como o viver na imediatez: *“só o momento. Para eles é só o momento”*.

### 5.3 Necessidades de Saúde

A pergunta central do estudo foi sobre “quais as necessidades ou problemas de saúde do adolescente”, principalmente na perspectiva da busca por assistência à saúde e por cuidados nos serviços. As respostas foram analisadas em três grandes grupos, emergentes nas narrativas: a) necessidades diretamente relacionadas ao cuidado; b) necessidades relacionadas ao adoecimento; e c) necessidades relacionadas à socialização, ao crescimento e desenvolvimento.

#### 5.3.1 Grupos dos Adolescentes

Nesses grupos, as percepções de necessidades ou problemas de saúde em relação ao tema “cuidado e adoecimento” foram pouco expressivas. Observou-se maior ênfase em relação à socialização e ao crescimento e desenvolvimento, retomando temas já trazidos na discussão sobre saúde e vida saudável. Essas necessidades foram remetidas às relações familiares – com pais, irmãos e outros; a componentes psicológicos e emocionais: afetividade - namoro e amizades; à sexualidade;

à alimentação; ao trabalho; à escola; às drogas; e à violência, conforme quadro 8.

Quadro 8 – Resultados dos temas selecionados das leituras flutuantes do material obtido nos GF dos adolescentes, segundo “quais são as necessidades ou problemas de saúde”, SJRP 2005/2006.

| Quais são as necessidades ou problemas de saúde                  |  |  |
|--|--|--|
| Relacionadas ao cuidado  | Ausência de problemas<br>Dificuldade de expressar o problema Não sabe<br>Não se cuidar |  |
| Relacionadas ao adoecimento                                      | Gripe, sinusite, dor (dente, cabeça, garganta, ouvido e olho) e conjuntivite.          |  |
| Relacionadas à Socialização, ao Crescimento e ao Desenvolvimento | Relações familiares-pais   | Dificuldades de entendimento, conflitos, violência familiar e falta de liberdade.  |
|  | Relações familiares-irmãos   | Desentendimento, conflitos e violência.  |
|  | Psicológico-emocional  | Sofrimento mental, depressão, desânimo, querer morrer, suicídio, preconceito e loucura.  |
|  | Afetividade-Namoro   | Dificuldades, precocidade, conflitos e proibição.  |
|  | Afetividade-Amizade  | Dificuldade, falta de confiança e desentendimento.   |
|  | Sexualidade  | Gravidez, medos de gravidez, relacionamento sexual e homossexualidade.   |
|  | Alimentação  | Distúrbio alimentar  |
|  | Trabalho, escolaridade e renda   | Inserção no mercado de trabalho, trabalho juvenil. Escolaridade, pressão familiar, renda familiar, dinheiro. Consumo, preconceito e gênero.              |
|  | Drogas   | Alcool, cigarro, maconha e outras drogas. Transtornos sociais, identificação grupal, consumo, dinheiro. Precocidade e adoecimento (cirrose e alcoolismo) |
| Violência  | Conflito, Agressão verbal e física.  |  |

### 5.3.1.a) Em relação ao cuidado

Nas falas sobre “quais as necessidades e ou problemas de saúde”, foi significativa a posição: “*eu não tenho nenhum*”. Pode-se inferir que, com o predomínio da concepção negativa, na forma como os serviços estão organizados, centrados no saber clínico frente ao repertório de necessidades e o que é ofertado nos serviços, o adolescente tenha mesmo pouco repertório para se referir a aspectos não-médicos.

Chama a atenção a referência à “falta de cuidado”, assinalando uma suposta negligência do adolescente em relação ao seu auto-cuidado.

### 5.3.1.b) Em relação ao adoecimento

Em contraste com a expressão de outras necessidades, as experiências de adoecimento foram claras e facilmente verbalizadas. Pode-se inferir que já foram aceitas e tornadas próprias. Estes agravos são freqüentes nos contatos institucionais, favorecendo narrativas detalhadas.

Foram apresentadas diversas situações que ilustraram o tipo de vivência dos adolescentes nos serviços de saúde. Por se referirem a episódios de adoecimento agudo, foi possível tornar facilmente detalhada o tipo de demanda que traz o adolescente aos serviços, conforme o quadro 8.

Destacou-se, nesse aspecto, a *“dor de cabeça”*. A cefaléia é um sintoma comum na infância e torna-se mais freqüente e prevalente na adolescência. Segundo Anita e Rosemberg (2003), até os 15 anos, cerca de 75% dos adolescentes já apresentaram cefaléia esporádica e 21% cefaléia freqüente, constituindo um dos principais motivos de consulta ao Pediatra e ao Neuropediatra.

5.3.1.c) Em relação à socialização, ao crescimento e ao desenvolvimento

5.3.1.c.1) Relações familiares

Neste item, destaca-se o conflito. Os pais emergem nas narrativas como indivíduos que participam das situações do cotidiano de forma conflituosa, expresso em falas como: *“a gente quer fazer alguma coisa e lógico, eles estão sempre certos, são mais velhos, não entendem a gente, acaba tendo esse confronto”*; ou *“falo com qualquer um, menos minha mãe”*; *“se estou na rua... não conheço o pai... e ele também”*; *“meu pai, mal falo ‘oi’ para ele”*.

Há uma sensação de incompreensão e falta de respeito em relação às suas necessidades: *“os pais não entendem certas atitudes da gente, tinham que respeitar. Se você está desanimado, não vai ficar a semana inteira desanimado, mas um dia assim, eles não entendem. Açam que é preguiça assim, um monte de coisas.”*

O tema família dominou a discussão sobre a socialização dos adolescentes. O relacionamento com os pais foi um dos temas que mais mobilizou os participantes, em todos os grupos. Este processo ocorre com o aumento da necessidade de reconhecimento, de respeito e de autonomia para o adolescente.

Pode-se dizer que as falas dos adolescentes retrataram a dinâmica dos relacionamentos humanos em geral, com peculiaridades pelo momento



especial que tem, na vida do adolescente, o relacionamento pais e filhos. Identificou-se o convívio familiar revelando um cotidiano no qual se sobressaiu o conflito, mas em que também há diálogo e expressões de carinho.

Para Knobel (1984), na adolescência a comunicação verbal adquire o significado singular de um preparativo para ação e, como a palavra está investida de onipotência, falar de amor equivale ao próprio amor, e não ser entendido em suas comunicações verbais implica não ser estimado na sua capacidade de ação.

Segundo as vivências expressas, os pais são as figuras mais próximas na vida dos adolescentes.

Desde os primeiros estudos da adolescência, segundo Muuss (1976), esta é reconstruída como um período de luta pela emancipação dos pais, “se não houver oportunidade de conflito, não há adolescência, uma vez que nenhum sentido de individualidade pode-se desenvolver”. Dentre os estudos citados, para Friedenberg (*apud* Muuss, 1976) “numa sociedade em que não há divergência, ou na qual a divergência não é permitida, a palavra adolescente perde sentido”.

Já a antropóloga Mead (1950) afirma que “não conhece meio melhor de formar indivíduos íntegros, senão através de um sistema familiar tolerante – no qual o pai diz ‘sim’ e a mãe diz ‘não’ para as mesmas coisas – e no qual o adolescente pode ter opiniões contrárias às de seus pais sem perda de amor, respeito mútuo ou sem aumentar as tensões emocionais” (*apud* Muuss, 1976).

Quando a relação conflituosa não é tolerada pelo adolescente, observa-se, pela fala, o enfrentamento com a seguinte verbalização: *“meu pai é assim, chega do serviço, quer falar comigo, eu falo, porque chega nervoso e vem descontar em mim, e eu respondo, porque o problema não está em mim, está nele”*. Observam-se também a negação e a fuga do conflito, expressas em falas como: *“eu prefiro ficar na escola do que em casa”*; *“é difícil entender a cabeça dos pais”*.

No relacionamento com os pais, os conflitos também se deram por percepção de falta de liberdade: *“vários pais não dão liberdade aos filhos”*; *“não posso sair por aí do jeito que eu quero, principalmente à noite. Às 21 horas tem que estar para dentro de casa”*. As queixas trazem a restrição à saída ou a cumprir horários antecipados de retorno das atividades de lazer e encontros. Portanto, o tema liberdade aparece no sentido negativo de dominação e controle.

Junto com a queixa de cerceamento da liberdade, vem expressa a situação de conflito, com evidências de violência, conforme as falas a seguir: *“eles xingam de vagabundo”*; *“chegam nervosos do serviço, principalmente a minha mãe”*; *“quer descontar nos filhos”*; *“vocês estão rindo porque acontece com vocês também?”*; *“chegam nervosos e querem descontar... você não fala isso para eles?”*; *“aí eles batem”*, *“se meu pai... minha mãe me vêem... - vai para casa! -... gritam”*. Tanto a figura materna como a paterna aparecem como problemática no convívio familiar e na geração de violência (verbal, física, etc.).

No estudo com jovens no Rio de Janeiro, segundo Minayo (1999), a falta de liberdade dos adolescentes também foi uma das dificuldades identificadas, sendo fonte geradora de conflitos entre eles e os seus pais.

No presente estudo, no detalhamento de alguns motivos dos conflitos por falta de liberdade, surgem situações relacionadas ao namoro e à sexualidade: *“meu pai não aceita eu ter amigo menino”*; *“um menino chega lá me chamando, meu pai só falta tacar um tijolo na cabeça”*; *“meu pai tacou coisas”*; *“é ignorância, é da roça ... falou que só vou namorar com 18”*. A falta de liberdade relacionada a saídas e o não aceitar as escolhas (lazer, amizades, namoro, programa de televisão etc.) são relatados como parte do cotidiano dos adolescentes.

Com relação ao tipo de violência gerada nos momentos de conflito e discussão, foram mais referidas as agressões verbais, inicialmente o pai e depois a mãe. A agressão física foi menos destacada nos relatos.

Nos relacionamentos com os irmãos, os temas identificados também giraram em torno de dificuldade de entendimento, conflitos e violência: *“minha irmã é legal... a gente conversa bastante. Só que fica tipo os dois cinco minutos juntos... começa a brigar”*; *“Numa hora a gente está se falando normal, um conversando com o outro. E um minuto depois um está machucando o outro, um xingando o outro”*. As relações nas famílias, também com os irmãos, foram referidas inicialmente como afetivas, mas depois as narrativas evoluíram para situações conflituosas.

Segundo Friedenberg (1959), assim como para a maioria dos teóricos, o adolescente “tem que se diferenciar a si mesmo da cultura na

qual cresceu das pessoas daquela cultura na qual cresceu e das pessoas daquela cultura que dependeu”. Isto é feito, quebrando os elos da dependência, necessariamente, envolvendo conflito. “O conflito para o adolescente é o instrumento pelo qual o indivíduo aprende a diferença complexa, sutil e preciosa entre ele mesmo e seu ambiente” (*apud* Muuss, 1976).

O relacionamento, com o ambiente e a família, se altera com as tentativas de independência, principalmente decorrentes da angústia subjacente e manifestando-se sob a forma de condutas provocativas e agressivas (Assumpção Junior, 2001).

#### 5.3.1.c.2) Componentes psicológico e emocional

Neste eixo temático, foram tratadas vivências de: sofrimento mental, depressão, desânimo, vontade de morrer. Juntamente com o relacionamento com os pais, essa foi a discussão que mais mobilizou manifestações e apareceu nos três grupos estudados. Observaram-se elementos verbalizados de tristeza, de desânimo, com sofrimento mental e indícios de componentes de quadro depressivo, como os expressos nas falas: *“acho que depressão entra aí sabe... fica difícil se você não está bem com você”*; *“se seu relacionamento não está bom, você vai ficar depressiva e isso afeta a saúde”*; *“quando estou assim, pego um caderno e começo a escrever... quero morrer - no outro dia estou melhor, como pude escrever isso?”*;

*“comigo acontece quase todo dia... eu sou desanimada para sair de casa”, “fico toda mole assim”, “tem que dormir”.*

A expressão querer morrer é vista na explicação das crises de morte e as fantasias suicidas nos adolescentes, sendo que esse desejo de morrer pode transformar-se em suicídio quando fracassa o pensamento e chega a ação (Infante, 2001).

Segundo Erickson (1976), o ser suicida pode se transformar numa escolha de identidade, como qualquer outra escolha, na qual há um verdadeiro fracasso da construção da identidade.

São expressões de fragilidade, que podem resultar em momentos depressivos, com sentimentos de isolamento e solidão. Essas falas refletem situações de isolamento, de guardar para si os problemas. Nesse espaço de solidão, alguns desabafam os sentimentos pela escrita, como os depoimentos detalhados refletem: *“quando estou assim, pego um caderno e começo a escrever”; “a minha agenda serve até a metade do ano. No meio do ano já não tenho mais agenda”.*

Segundo Rosenthal e Knobel (1984), o diário ou caderno do adolescente serve para externalização dos objetos internos e dos vínculos, permitindo o controle e o cuidado dos mesmos no meio exterior.

Para os autores, o adolescente apresenta momentos de solidão periódica, que é processado para facilitar a conexão com objetos internos no processo de perda e substituição dos mesmos.

Os relatos de momentos de desânimo e depressão foram gerais, com tendência a uma maior participação feminina, mas também presentes entre

os rapazes: *“se você está desanimado, lógico, não vai ficar a semana inteira desanimado, mas um dia assim... descontente”*; *“parece que nesse dia nada dá certo”*.

O pensamento do adolescente reflete contradições entre o imediatismo e um postergar infinitamente, as quais podem se seguir de sentimentos de impotência absoluta (Aberastury *et al*, 1984). Nos relatos colhidos, estes momentos de fragilidade emocional e psíquica são elaborados em uma atitude de fuga, expressa pelo ato de dormir: *“fico na cama... (fala totalmente desanimado, é quase inaudível)”*; *“o dia inteiro... gosto de ficar na cama”*; *“eu durmo e acordo estou melhor”*; *“vou para a lanhouse, fico uma hora ... eu volto para casa, olho o relógio, durmo um pouco”*.

No processo identificatório da adolescência, o sentimento básico de ansiedade e depressão acompanha o adolescente, levando à flutuação do humor (Knobel, 1984).

As falas nos grupos trouxeram a instabilidade emocional do adolescente. Ao mesmo tempo em que está desanimado, busca alternativas lúdicas, mais prazerosas, para enfrentar a condição de tristeza, o que foi refletido na fala seguinte: *“Só que chega seis horas, hora de jogar bola, a gente já anima... aí vai jogar bola. Aí chega depois, cansado, vai tomar banho, fica desanimado no sofá”*.

Houve falas que revelaram sofrimento mental mais intenso, com pensamentos polarizados para situação de fuga definitiva: *“quero morrer, no outro dia estou melhor”*; *“como pude escrever isso?”*. Uma participante fez

referência à experiência vivida por outra adolescente, do seu conhecimento: *“não sei quantos anos ela tem”*; *“ela tentou suicídio”*; *“ela vai no hospital”*.

Ao ser estimulada pela facilitadora a discussão do tema depressão, essa participante inseriu no grupo o tema da doença mental, com uma fala discriminatória e preconceituosa, expressa da seguinte maneira: *“eu conheço uma pessoa que é louca!”* Neste momento, ela mobilizou o grupo para o tema, sendo que os participantes do grupo expressaram-se com as seguintes falas: *“que é ser louca?”* (Vários ao mesmo tempo); *“não tem como controlar...”*. Ficou evidente a forma preconceituosa de lidar com a doença mental.

#### 5.3.1.c.3) Em relação aos componentes de afetividade – namoro e amizades

Nos relacionamentos de afetividade, principalmente namoro, foram apresentadas vivências relacionadas à precocidade, à dificuldade, a conflitos e à proibição por parte dos pais. Nas relações de afetividade, como as amizades, observaram-se: dificuldades como falta de confiança e falta de entendimento.

No campo da afetividade, o relacionamento amoroso tem especial importância para o adolescente. Erickson (1976) vê “a precoce relação amorosa, íntima, entre adolescentes, não como primariamente sexual, mas como tentativa de descobrir-se a si mesmo, através dos olhos de outra

pessoa”. Esses relacionamentos apresentam dificuldades, conforme verbalizado pelas meninas: *“namorar está difícil... Eles ficam... e depois você nunca mais o vê. Acho que tem a ver com a idade... com 13 anos, eu achava que era só ficar. Agora já penso em conhecer a pessoa, se ela me entende, se dá certo”*; *“Namorar é certo... ficar você fica com um, com outro, mas namorar você fica sempre com a mesma pessoa”*. Observa-se que as relações afetivas de namoro expressam dificuldades, e que existem diferenças nas percepções dos relacionamentos afetivos em relação ao gênero. Nas falas femininas sobre namoro, que não têm a relação centrada na sexualidade, o padrão de comportamento apontou para vínculos mais significativos de afeto duradouro, dando mais importância para a realização amorosa do que para os problemas da sexualidade.

Para os meninos, as experiências de vida foram ilustradas com as seguintes falas: *“a história do namoro... está feio... saem os quatro solteiros”*; *“vai um... vai de novo... tem namorado”*; *“falam que é sete mulheres para cada homem... acho que erraram isso aí”*. Nas expressões dos meninos, não há distinção entre a relação superficial e a relação com compromisso, nem a atribuição de qualquer importância à busca do conhecimento entre duas pessoas.

Mead (1951) aponta uma das diferenças do homem para a mulher em relação à sexualidade, a busca da satisfação rápida dos fortes desejos do sexo masculino (*apud* Muuss, 1976).

Relações de namoro e de amizade foram referidas como difíceis pelos meninos: *“Igual questão de amizade, fazer amigo é meio difícil”*; *“se fazer*



*amigo está difícil, namorar está pior*". Portanto, os dois sexos trazem a percepção de dificuldades nos relacionamentos afetivos e nos vínculos a serem estabelecidos.

Existe a expectativa de relacionamentos precoces de namoro: *"Com 12... 13, a idade certa, minha avó quer com 17... 18"*; *"a idade certa... para namorar tem que começar depois dos 18. Ficar tem que começar desde os 10"*. Surge também nas falas a situação de proibição por parte dos pais: *"querer namorar e não poder. Tem que namorar escondido"*.

Apesar das dificuldades referidas, as falas reforçam a importância das amizades para os adolescentes. Segundo a teoria de Erickson (1976), a necessidade de identificação e de pertencimento grupal é explicada como uma defesa necessária, contra os perigos de autodifusão. Os companheiros de idade, a roda de amigos e a turma ajudam o indivíduo a encontrar sua própria identidade, em um contexto social.

Para Knobel (1984), o adolescente recorre à identidade grupal como defesa, em busca de uniformidade, proporcionando segurança e estima pessoal.

Mas os amigos também podem oferecer perigo e desilusão: *"tem amiga que é falsa... Você vai conversar com ela e finge que não te conhece, vira a cara. Me dá uma raiva isso..."*; *"Aí piora. Aí vira outro problema"*; *"se você vai falar com ela, ela vai falar o problema para outra pessoa"*; *"os amigos não entendem"*.

As situações vivenciadas nos relacionamentos foram de insegurança e desconfiança, sendo, às vezes, os relacionamentos, fontes geradoras de conflitos.

#### 5.3.1.c.4) Sexualidade e vida reprodutiva

As necessidades e os problemas de saúde ligados à sexualidade e à vida reprodutiva foram reforçados com os temas expressos a seguir: gravidez, medos de gravidez, relacionamento sexual e homossexualidade.

A sexualidade ocupa um espaço importante na adolescência, com repercussões na qualidade de vida e na saúde dos indivíduos (Bearinger et al, 2007).

Tanto para o sexo feminino, como para o masculino, a vida sexual e reprodutiva vem cheia de dúvidas e medos, como expressos nos grupos estudados: *“eu acho que o medo maior fica com a menina...”* (menino,) *“de engravidar”* (menino), *“de doer...”* (menina).

As falas trouxeram vivências de preocupações com relação à gravidez. Para as meninas, foram assim ilustradas: *“e agora”*; *“ai, Jesus!”*; *“para ela é legal, mas não é, porque ela é muito nova. Uma menina com 20 anos já estão com uma carreirinha de filhos”*; *“elas sabem se cuidar”*; *“conheço uma que já teve, 14 anos”*; *“uma de 12 e uma de 13”*; *“a de 13 fez 14, já tinha tido o nenezinho e ela está grávida de novo”*.

Juntamente com a precocidade, estas falas trazem elementos de desconhecimento para o exercício seguro da sexualidade e da vida reprodutiva.

Segundo Coates e Sant'Anna (2003), os fatores predisponentes da gravidez na adolescência são: relações familiares conflituosas, gravidez precoce anterior na própria adolescente, desconhecimento da sexualidade, da reprodução e dos métodos anticoncepcionais, a pressão para a iniciação sexual, falta de perspectivas de vida pelas condições precárias em que vivem (psíquicas ou materiais) e baixa escolaridade, com abandono escolar.

A precocidade da iniciação sexual decorre dos transtornos de angústia e pela difusão da identidade, que leva o adolescente, sem ter elaborado a sua identidade sexual, a agir por não poder esperar que essa identidade chegue (Aberastury, 1984). Para a autora, Freud estabelece a importância das mudanças biológicas da puberdade para a sexualidade madura. Essas mudanças biológicas intensificam a urgência do exercício da sexualidade, impondo aos indivíduos precocemente a sexualidade genital.

Para os meninos, a preocupação com relação à gravidez foi verbalizada com as seguintes expressões: *“se ela está grávida, alguém vai ser pai”*; *“tem o pai... a mãe”*; *“eles têm que criar agora, os safados”*; *“tem que trabalhar, tem que pagar”*; *“tem que dar leiteinho”*; *“não aproveita nada da juventude”*.

Ficou reforçada a preocupação em assumir a paternidade de fato. Foi apontada, também, a necessidade de obter suporte financeiro, pelo trabalho, para ser provedor das necessidades do filho. Foi colocada, para o homem, a

precocidade da paternidade como restrição das possibilidades de lazer e divertimentos que podem ser usufruídos na adolescência.

Para os participantes, o momento em que vão ter a oportunidade da iniciação sexual é imprevisível, às vezes precoce: *“os pequenos vê os grandes fazerem... e querem fazer”*; *“não sabem o que estão fazendo”*. Juntamente com a precocidade, trazem elementos de desconhecimento em relação ao exercício da sexualidade e da vida reprodutiva.

Em estudo realizado por Higginbottom *et al* (2006), na Inglaterra, também utilizando a técnica de grupo focal, para jovens de origem étnica minoritária, a gravidez e a paternidade precoce são uma complexa e diversificada experiência, onde os aspectos são mais positivos do que os comumente relatados.

Nas experiências discutidas, no presente estudo, a gravidez não aparece como um problema médico ou de doença. Ela constitui um problema para a vida do adolescente, pois é considerada precoce no momento em que está acontecendo. Foi expressa a falta de capacidade para conduzir a sua sexualidade e falta de controle também na sua vida reprodutiva.

Ainda com relação aos problemas relacionados à sexualidade, surgiu, em uma das falas, o tema da homossexualidade: *“é ‘sapatona’ ”*; *“tem, minha vizinha é ...normal”*; *“ela não gosta que a gente chame de ‘sapatonas’, ela briga se chama ela”*; *“acho que são adolescentes”*; *“não tem problema”*; *“não tem nenhum preconceito”*; *“tem gente que tem preconceito”*. A expressão da vivência da homossexualidade veio, no grupo, com expressões

estigmatizadas, levando a manifestações preconceituosas. Embora tenham aparecido como referências de normalidade, as manifestações foram de reprovação.

#### 5.3.1.c.5) Alimentação

As discussões sobre necessidades e os problemas relacionados à alimentação enfatizaram o distúrbio alimentar e a obesidade.

A alimentação aparece nas falas, em diversos momentos do roteiro, como um dos temas de importância para os adolescentes, em todos os grupos estudados. A preocupação com a nutrição tem se constituído em tema valorizado nos discursos técnicos da saúde, especialmente quanto à dieta adequada e equilibrada para o desenvolvimento e crescimento e a identificação dos alimentos que suprem as necessidades nutricionais do adolescente, como o aumento da necessidade de ferro, vitaminas e sais minerais (Fisberg, 2005).

Observou-se, nos grupos deste estudo, forte preocupação com a ingestão de alimentos e o ganho de peso: *“a maioria das pessoas fazem regime e correm”*; *“mãe, estou engordando – preciso fazer um regime – não, você não pode”*; *“não sinto fome”*; *“coloco um tantinho assim, todo mundo fala – vai lá pôr comida, você vai ficar doente!”*; *“teve uns tempos que fiquei desanimada, porque era bem gorda, não comia mais, tinha cansado de fazer regime, não resolvia nada. Fiquei desanimada, não tinha fome, ficava o dia*

*inteiro sem comer... não fazia diferença nenhuma”; “comecei a comer, minha mãe falou que eu tinha emagrecido demais... todo mundo notou... comecei a comer... minha mãe começou a pegar no pé... agora estou voltando a comer tudo de novo”.*

Não foi consenso, nos grupos, o interesse pela dieta restritiva: “eu, ao contrário, vivo comendo para engordar e não engordo... faço vitamina... bato tudo que é coisa e não engordo”. Outras falas fazem referência à escolha, pelos adolescentes, de sua rotina alimentar: “uns engordando e outros emagrecendo, cada um vai pelo caminho que achar melhor”. Esta fala reforça a percepção do adolescente de autonomia nas escolhas relacionadas ao próprio corpo.

Segundo Levisky (1995), a imagem corporal para o adolescente é algo subjetivo e dependente de múltiplos aspectos: emocional, funcional e social.

Para os meninos, não foi observada a preocupação com dieta restritiva; nas verbalizações, apontaram para a boa alimentação. Não foi especificado o tipo de nutriente.

#### 5.3.1.c.6) Trabalho, escolaridade e renda

A vivência expressa pela maioria dos adolescentes estudados, foi de não conseguir um padrão de vida adequado, devido aos baixos rendimentos, às dificuldades financeiras e à falta de trabalho. Mas há a valorização do

trabalho por alguns: *“é bom para adolescentes porque eles têm o dinheiro deles”*. Por outro lado, vários referiram não gostar de trabalhar, ilustrado por: *“eu não gosto de trabalhar”*.

As narrativas apontaram baixo padrão de rendimentos, exclusão do mercado de trabalho, diminuição de perspectivas de inserção na vida produtiva e também o trabalho juvenil: *“quando você arruma serviço, quem diz eles deixar você ir trabalhar?”*; *“você é de menor”*; *“muitos dos pais ficam humilhando o filho por causa de ‘outras coisas assim’, não deixam trabalhar”*; *“minha mãe quer que eu trabalhe... eu não queria, ela quer que eu trabalhe... vou procurar um emprego e não acho nada, tenho 16 anos, para mim é um problema, está sendo um problema, arranjar um emprego”*.

Além da inserção precoce no mercado de trabalho, é colocada a expectativa de poder ajudar a família nas despesas ou ter autonomia para as aquisições no suprimento de suas necessidades materiais: *“meus pais falam – estuda... vai fazer curso – ficam pegando no pé para estudar, para fazer curso”*; *“ajudar financeiramente a família”*; *“não é uma obrigação... é uma coisa de consciência... pagar uma conta assim... já ajuda”*.

A precocidade de inserção no mundo do trabalho é colocada como necessidade para o futuro também: *“se não consegue cedo, depois não trabalha, não”*.

Para Erickson (1951), na sua teoria de estabelecimento da identidade do ‘EGO’, a questão ainda não definida da identidade vocacional é de grande importância para muitos adolescentes (*apud* Muuss, 1976). As falas apresentadas expressam os conflitos entre necessidade de escolarização e

inserção no mundo do trabalho para obtenção de renda. Não houve preocupação com a questão da vocação.

Para Levisky (1995), a escolha profissional e o ajuste ao trabalho estão intimamente ligados com o processo de identificação.

Com relação à escolaridade, para alguns adolescentes, esta ocupou o lugar formal de qualificação profissional e atendimento de exigências dos pais: *“para meu pai, o negócio é estudar, é um problema estudar para mim”*; *“eles falam - você é muito nova, termina os estudos, tenta fazer uma faculdade”*; *“principalmente quando você está terminando os estudos, que já começa essa pressão... se você vai fazer faculdade ou vai ter que trabalhar”*.

A escola é vista hoje de diferentes formas. No contexto deste estudo, ela apareceu como uma instituição para contribuir na formação do indivíduo, preparando-o para a vida e para atender às exigências do mercado de trabalho.

Nas vivências relacionadas à renda, verbalizada como dinheiro, as falas trouxeram a necessidade de consumo: *“ajuda ele a comprar roupa, comprar calçado, ajuda a comprar as coisas dele”*; *“ajuda a comprar o que ele quer”*; *“tem que ajudar a família. Não é comprar roupa, sapato, tem que ajudar”*; *“sem trabalho não tem como viver”*; *“depois que você compra, perde a graça”*.

Em estudo realizado no Rio de Janeiro, segundo Minayo (1999), observou-se que a maioria dos adolescentes entrevistados apontaram a televisão “fazendo a cabeça” dos jovens quando se trata da moda, a “ditadura da estética” e o consumismo. O apelo de consumo tem sido



colocado por contextos da sociedade atual, como uma necessidade generalizada, ignorando as desigualdades de acesso aos bens de consumo. Essa necessidade, ainda que não se ajuste, na visão dos jovens, à realidade da maioria, emerge de forma angustiante tanto nos que não possuem, quanto nos que possuem bens em abundância.

#### 5.3.1.c.7) Drogas

Foi destacado, neste tema, o hábito de ingerir álcool. Observou-se ser esta uma prática freqüente na vida dos adolescentes.

Nos adolescentes do Rio de Janeiro, o álcool é sem dúvida a droga mais experimentada/usada, seguida de longe da maconha e da cocaína (Minayo, 1999).

O hábito de ingerir bebida alcoólica foi visto como generalizado, ocupou diversas falas e foi relacionado à imagem que o adolescente passa para os outros adolescentes: *“nem gosta de beber, faz para aparecer, se achar o bom, falar – eu bebo”*; *“numa festa quer mostrar que ele bebe”*; *“adolescente a maioria bebe para fazer graça”*; *“acham que é legal, beber para os colegas ver”*.

Em determinadas situações, ficou evidente o envolvimento de questões de gênero: *“não é só os meninos, tem muita menina que faz isso também”*; *“tem menininha de 12 anos, bebe até cair”*.

Interessante, também, foi observar o relato de vivências do grupo, de situação extrema de risco de saúde, consumo freqüente de álcool, adoecimento: *“quem bebe, vai pegar doença, fica com câncer”*; *“dá cirrose primeiro”*. Foi reforçada, no grupo, a conseqüência indesejável do hábito de beber: *“depois pega vício”*; *“depois vicia”*; *“chega o fim da festa, ela está caída”*; *“começo da festa, ele bebe e depois não agüenta”*; *“em todas as festas tem gente no banheiro passando mal”*.

Mas a possibilidade do uso controlado não é descartada: *“beber... tem diversas formas... final de ano todo mundo bebe, mas cada um tem que ter seu limite”*; *“vai de cada um ver se quer”*; *“em ocasiões você vai beber, é quase certeza, todo mundo”*. Portanto, o hábito de beber é socialmente aceito e o controle dessa ingestão, segundo os sujeitos do estudo, depende de cada indivíduo.

A questão das outras drogas é tratada de forma diversificada. Na visão dos adolescentes, o uso de drogas pelos jovens: *“é o que mais tem”*. Em algumas falas, o uso de drogas é expresso como opção, sendo vista até como “solução” para as necessidades dos adolescentes, sendo um assunto que mobilizou falas de brincadeiras. Foi trazida, ainda, a preocupação com a exposição ao envolvimento com o tráfico de drogas. De todo modo, apontou-se que uma solução, para problemas ou para necessidade de dinheiro, pode se transformar em uma alternativa geradora de problemas e conflitos: *“quem usa droga para se livrar de alguns problemas, cria outros”*.

O mercado do tráfico, no qual entram seja como “trabalhadores” para acesso a dinheiro ou emprego, ou para “sustentar o vício”, seja como

consumidores, propicia potencializar e tornar mais complexo o repertório dos crimes (Minayo, 1999).

A visão dos adolescentes reproduziu também aspectos da classificação das drogas, as que fazem mal e as que não fazem mal, como ilustram as falas: *“só química faz mal, o resto não faz, eles que falam”*; *“os meninos ali da rua, falou que a química faz e a maconha não”*; *“pedra, pó... tirando a maconha, o resto tudo é”*.

Nestas manifestações, ficou reforçado o cotidiano das ruas nas periferias da cidade. O conhecimento, adquirido no mundo das drogas, é passado, dos mais experientes para os mais inexperientes. Nas visões expressas, há dados de que existe um estágio prático no aprendizado da droga.

Alguns membros referiram *“necessidade de saber mais sobre droga”*, mas há recusas explícitas também: *“não quero saber não”*.

As falas dos adolescentes trouxeram mais facilmente o problema do álcool e do tabaco. Já das outras drogas, observou-se certo medo até da verbalização sobre o assunto. Inclusive uma adolescente foi alertada por outro participante, quando se manifestou abertamente sobre o tema: *“ela é doida”*. O tema constrangeu os adolescentes. Ou eles não quiseram se expor, ou não têm a mesma vivência da realidade que mostraram com o álcool.

### 5.3.1.c.8) Em relação à violência

A percepção de perigo, no cotidiano das relações com os pares nas ruas e que podem resultar em conflito, foi ilustrada como coisa própria do espaço público: *“Procuro resolver para fora, não levar problemas para casa, mas quando começa”*; *“conversa, vai de um jeito, vai de outro, aí a pessoa já quer apelar”*; *“vai para cima, o pessoal começa a correr, aí liga para a polícia, vai virando um escarcéu”*; *“o povo da rua fica brigando”*.

Alguns adolescentes acentuaram a insegurança nas relações e demonstraram medo frente às possibilidades de agressão e ao desenvolvimento de estratégia para manter sob controle a situação de violência: *“não é bem comigo, como eu ando muito com a minha prima, os meninos quer bater nela”*; *“vem também para cima de mim, tento ficar na minha, quieta, mas já começa a apelar, falar de pai, mãe. Podem me xingar, me xinguem de tudo quanto é nome, mas se falam no pai, na mãe, no meu irmão, eu já me revolto”*.

Ao relatar as situações de violência, foi reforçado o medo de viver as situações de conflito, pois a violência caminha para agressão com o envolvimento do grupo. Apesar de ter sido mencionado o envolvimento do aparelho do Estado para manter a segurança, não parece haver convicção de que a polícia possa conter a situação de violência.

Na realidade brasileira, apresentada por Minayo (1999), é necessário repensar o Sistema de Segurança Pública, tanto do ponto de vista

organizacional, filosófico e disciplinar, como na orientação dos policiais a fim de que o conceito de segurança se transforme em proteção dos cidadãos.

Foi ressaltada a violência no cotidiano das ruas e o risco à integridade do adolescente. Para esta situação de insegurança, teve um papel de destaque a figura dos pais. Os pais foram alvo de violência verbal, dirigida ao adolescente, ao serem agredidos, foram também mencionados, pelos adolescentes, como referência de proteção e de orientação: *“é aonde meu pai e minha mãe têm que saber o que está acontecendo e o que eu tenho que fazer”*.

Fez parte das vivências dos adolescentes a violência contra a mulher: *“namorado bate nela, mas não larga porque gosta dele”*; *“deu queixa, mas agora já está com ele de novo”*; *“morava com um cara casado... a mulher do moço chegou lá e arrancou uma trancinha dela, cabelo de verdade”*.

Houve relatos de iniciativa de buscar, para o enfrentamento da situação de violência feminina, além da Segurança Pública, o Conselho Tutelar, que é o recurso previsto pelo Estatuto da Criança e Adolescente, para assegurar os direitos plenos da criança e do adolescente. Porém, ficou evidente que, no caso de uma adolescente violentada, apesar de ter buscado ajuda nas instituições públicas, ela se mantém em situação de violência.

### 5.3.2 Grupos dos Familiares

Nas discussões sobre necessidades ou problemas de saúde com os familiares, também foram levantados poucos conteúdos, apenas retomando visões apresentadas na pergunta sobre saúde e vida saudável.

Para os temas em relação à socialização, ao crescimento e desenvolvimento, assim como entre os adolescentes, houve um maior detalhamento, conforme quadro 9.

Quadro 9– Resultados dos temas selecionados das leituras flutuantes do material obtido nos GF de familiares, segundo “quais são as necessidades ou problemas de saúde”, SJRP, 2005/2006

| Quais são as necessidades ou problemas de saúde                  |   |   |
|--|---|---|
| Relacionadas ao cuidado  | Não quer engordar, não se cuidam, vão morrer mesmo, não querem saber de esforço, não gostam/conseguem/fazem exercício, não ligam para a alimentação |   |
| Relacionadas ao adoecimento                                      | Obesidade   |   |
| Relacionadas à Socialização, ao Crescimento e ao Desenvolvimento | Relações familiares-pais  | necessidade de dar atenção, de não reprimir, de orientar (sexualidade, vida reprodutiva e relacionamentos afetivos como namoro) e reprimir com relação à droga e namoro.<br>dificuldade de: comunicação e relacionamento.<br>necessitam do uso da violência (física e verbal), falta de liberdade e de autonomia, envolvimento com os problemas familiares  |
|  | Relações familiares-irmãos  | bom relacionamento fora de casa<br>conflito em casa   |
|  | Psicológico-emocional   | Sofrimento mental e introversão<br>revolta por não conhecer o pai e dificuldades em elaborar perdas   |
|  | Afetividade-Namoro  | Preocupação com namorar   |
|  | Afetividade-Amizade   | família desestruturada, os amigos dão segurança, tem amigos/as<br>não tem amigos/as   |
|  | Sexualidade   | Iniciação precoce masculina e feminina,<br>Tem preservativo<br>não sabem o que estão fazendo,<br>não se preocupam em pegar doença<br>tem medo de engravidar<br>da gravidez precoce<br>mais velho explica para o mais novo<br>Dificuldade dos pais em falar da sexualidade (orienta só prevenção, falta coragem de falar no assunto, tem vergonha de falar, a escola orienta, pais também devem orientar, usa prevenção de doença para falar sobre relação sexual) |
|  | Alimentação   | não quer engordar, alimentar bem e ficar magrinha e não se preocupa com alimento  |
|  | Trabalho, escolaridade e renda  | falta de trabalho<br>sofrem com a família, com este problema; querem ajudar<br>querem trabalhar, sonham em comprar alguma coisa (consumo imediato)<br>não trabalha, depende do salário do pai e da mãe<br>não gostam de faltar na escola<br>como não trabalham... ficam mexendo com droga   |
|  | Preconceito   | colegas da escola com padrão diferente<br>frequentar lugares para os quais não têm condições financeiras<br>fala que mora aqui, não arranja o emprego (aqui só mora marginal), não é assim que as pessoas se sentem no bairro.  |
|  | Drogas  | Adolescentes se drogando (fumando maconha e cheirando cola)<br>Polícia não faz nada,<br>Todos conhecem aquele que está passando droga,<br>Falta de percepção de risco no contato com a droga<br>Companhias e má utilização do tempo livre leva à droga  |
| Violência  | Pessoa que maltrata, humilha são piores, mas acham que são melhores<br>Está muito perigoso, estão matando por causa de um ténis                     |   |

### 5.3.2.a) Cuidado

Nas falas iniciais, os familiares trouxeram os distúrbios alimentares e a sua relação com o exercício físico como sendo problema para o adolescente: *“não quer ser gordo, atrapalha para fazer gol”*; *“a maioria não quer ser gordo, só que não conseguem”*; *“dorme até tarde e não quer saber de esforço, de fazer exercício”*; *“não fazem exercício”*; *“não estou nem aí, eu vou morrer mesmo”*.

Na seqüência, ganha importância também a alimentação: *“o meu não liga para comida. Se deixar fica o dia inteiro sem comer”*; *“as menina já come, não muito, para não engordar. A menor fala - não quero ser gorda como minha mãe”*; *“ela não gosta de fazer exercício, ela não faz nenhum”*.

Nas narrativas dos pais, como se vê, a preocupação do adolescente em não engordar está presente, mas nem sempre corresponde a iniciativas positivas em relação ao cuidado com esse aspecto.

### 5.3.2.b) Adoecimento

As experiências identificadas de adoecimento nas narrativas dos familiares foram também marcadamente relacionadas à alimentação: *“acham que gordura é doença”*; *“problema no pé, está parado, está me deixando gordo”*; *“quando ela põe na cabeça, que não vai comer... precisei*



*trazer na médica para dar um aperto, para ela comer”; “quando ele era pequeno, era magro, está com 130 kg, 16 anos”.*

### 5.3.2.c) Socialização, crescimento e desenvolvimento

Neste eixo temático, foram trabalhados os mesmos temas discutidos com os adolescentes, mas aqui foi destacado também o tema preconceito, mais explorado pelos familiares.

#### 5.3.2.c.1) Relações familiares

Os familiares trouxeram situações de preocupação com as suas atitudes em relação aos adolescentes, expressando a necessidade de dar atenção, não reprimir e orientar, mas também, em outras circunstâncias, de reprimir: *“Dou atenção a eles, não reprimindo. Ela conversa comigo - fulana beijou - explico para ela que tem hora para tudo, que é muito nova”; “tem colegas da classe que estão namorando... não é porque a outra está que ela tem também”; “Ele está na fase de namoro. Eu não aceito. Nós dois intriga”; “Estou dando corda para ele, quero ver até onde ele vai... Aí eu puxo ele de uma vez”; “sobre droga, explico, se alguém oferecer alguma coisa, cuidado, pode ser droga. Você não pega. Você conta, a mãe vai conversar com você.”*

Observou-se que a preocupação dos pais em orientar os filhos está relacionada ao exercício da sexualidade, principalmente à vida reprodutiva e aos relacionamentos afetivos.

Houve referência também à dificuldade de comunicação: *“ela prefere calar, do que falar comigo. Ela é fechada, difícil ela falar para mim”*; *“a minha não fala nada de problema”*.

Outro aspecto ressaltado foram as necessidades de emancipação dos filhos em relação aos pais, expressas no tema liberdade, busca por autonomia: *“meu menino fala – posso ir na festinha, não tenho hora para voltar – por que se preocupa? – já estou homem, acha que a gente exagera no cuidado com eles, não sou mais nenê”*; *“querem ter liberdade”*; *“tudo o que a gente vai falar – não sou mais bebê, já sei”*.

Mas identificam também relações muito estreitas entre o adolescente e sua família, o que também é fonte muitas vezes de sofrimento: *“meu filho vive um monte de problemas da gente, sofre junto. A gente passa as dificuldades, as lutas, querem ajudar”*; *“a minha se preocupa com problema de família”*, *“o meu precisava trabalhar para ajudar, não conseguia, sofreu muito com isso – não poder trazer nada para casa”*; *“o jovem sofre muito com problema de família, tem família muito mal”*.

No processo de desenvolvimento da identidade do adolescente, ocupa lugar especial para a sua emancipação, a oportunidade de trabalhar e ter autonomia financeira (Muuss, 1976).

Pelo ilustrado, observou-se que, além da necessidade de emancipação, surgiu o apelo ao adolescente para que ajudasse nas

carências financeiras da família, sendo essa ajuda inviabilizada pela falta de trabalho.

Os conflitos entre adolescente e família são também relatados: *“acham que pai e mãe exageram, a gente fica preocupado com eles no dia-a-dia”*; *“a senhora já está velha”*; *“meu marido fala – tem limite”*. Conflitos que podem levar a atitudes mais violentas: *“não bato, mas deixo de castigo...”*; *“já eu bato, quando for uma coisa que precisa, eu bato”*.

A questão da revolta do adolescente emergiu em um dos grupos, relacionada à estrutura familiar: *“o meu é revoltado, não conheceu o pai, acha que não tem pai”*. Existe mudança na configuração familiar com novos arranjos por novas uniões, por separações, por ausências de alguns membros da família, principalmente o pai (Da Matta, 1997). Esta nova configuração, de ruptura com os modelos hierarquizados de família, principalmente nos segmentos mais pobres, pode dificultar a relação com o pai, por sua ausência nas famílias. A ausência paterna no desenvolvimento e crescimento dos indivíduos é um tema importante para a reflexão, pois está frequentemente associado a problemas relacionados à condição de vida e saúde e à delinquência nos adolescentes. Neste sentido, o autor considera que as famílias regidas por mulheres frequentemente vivem problemas de sobrevivência pessoal e dos filhos, o que leva muitos deles a irem para a rua e a dificuldades de crescimento e desenvolvimento, com carências de afeto, de limites e de orientação moral.

Os conflitos entre irmãos também foram assinalados: *“os meus está tudo bem na rua, mas dentro de casa, Deus me livre, um corre do outro”*; *“é*

*da rua para casa, mas justamente por causa que ele é gordo, ele não gosta que vão fazer piada” .*

#### 5.3.2.c.2) Componentes psicológicos e emocionais

Em oposição aos grupos dos adolescentes, nos quais os componentes psicológicos e emocionais mobilizaram inúmeras falas, nos grupos dos familiares, foram identificadas poucas expressões de situações vivenciadas. Mas houve registro da preocupação com o sofrimento mental do adolescente: *“sempre calado, porque eu ensinei ele desse jeito, ele fala que eu ensinei errado”*; *“fica calado com raiva dele por dentro, isso faz mal para ele”*.

A fala de um familiar trouxe como problema a perda do avô materno, conforme expresse a seguir: *“foi problema, precisei fazer psicóloga com ela, foi a perda do meu pai, porque ela era demais ligada com meu pai”*; *“a mãe ficou doente esses dias, não dormia com medo da minha mãe morrer”*; *“o problema dela é a perda”*.

O sofrimento pelas perdas foi destacado, o que é aspecto bastante enfatizado na literatura sobre a psicologia do adolescente (Aberastury, 1984). Também as necessidades de emancipação dos filhos em relação aos pais, expressas no tema querer ter liberdade, foram destacadas, sendo ilustrada juntamente a busca por autonomia. Observou-se, em síntese, a

expressão de algum conflito e de sofrimento mental, porém as narrativas dos familiares foram pouco aprofundadas neste aspecto.

### 5.3.2.c.3) Afetividade, amizades e namoro

Na visão dos familiares, os amigos ocupam lugar destacado na vida dos adolescentes: *“tem família com comportamento muito mal, eles se sentem seguros com amigos”*. Por outro lado, a construção de amizade pode ser também fonte de problemas: *“não tinha amizade com ninguém, e não conversava com ninguém, ele só conversa comigo”; “até a psicóloga tinha pedido, que ele precisava ter amizades na idade dele.”; “agora diz que ele está conversando e se envolvendo com aqueles mais terríveis da classe”*.

O namoro também recebeu certo destaque: *“eles ficam preocupados com as meninas”; “ele nunca namorou e nem pensa em namoro”; “Quando o pai jogou mulher para ele, ficou vermelho”; “estão começando muito cedo”*.

Nestas narrativas há alguns elementos relevantes: confusão entre namoro e início das relações sexuais; questões de gênero, no relato da incitação à iniciação sexual do menino; e preocupação com a idade/maturidade para o início da vida sexual.

#### 5.3.2.c.4) Sexualidade e vida reprodutiva

Foram apontadas, em diversas falas, preocupações de diversas ordens com a iniciação da vida sexual: *“menina de 11 anos, 12 anos, estão tendo relação sexual”*; *“a minha menina fala que na escola, era 16, 17 anos, 20 anos as meninas iam procurar os rapazes. Agora são de 11, 12 anos”*; *“meninas não estão querendo ser virgem, a preocupação delas é que os meninos falam de beijar ‘boca virgem’ ”*; *“acho que ela nunca beijou, teria me falado, está preocupada, porque as colegas dela, e ela não beijou! Sinto que ela está preocupada com isso”*; *“meu menino tem 15 anos e ele não quer nem saber de namorar, fica comigo trabalhando”*.

A partir desse tema, surge a preocupação com o preservativo: *“camisinha no bolso direto, vou lavar a roupa e a camisinha sai nadando”*; *“no bolso, onde vai ele carrega... o de 13 anos... o outro também”*; *“não está nem aí, se pegar doença, pegou”*; *“nem sabe o que está fazendo”*.

Contrastam nas falas acima a atitude cuidadosa, por parte de alguns, de uso (ou intenção de uso) da camisinha e o não uso, ou não conhecimento do uso pelos familiares, de novo interpretado como um “não saber o que faz”.

O medo da gestação na adolescência também foi tema destacado: *“o meu não tem medo, já a menina tem medo de engravidar”*; *“o mais velho vai explicando para os mais pequenos”*; *“o que mais está acontecendo, meninas de 13, 14 anos, grávidas”*.

Dentre os inúmeros temas identificados nas vivências, o relacionamento com os pais ocupou lugar destacado. No tema sexualidade, são expressas as dificuldades que os pais apresentam para falar neste assunto: *“só falo para se prevenir, mas não tenho coragem de explicar”*; *“eu tenho vergonha”*; *“acho que na escola eles aprendem”*; *“acho que na escola aprende, mas em casa também”*.

Além do desconforto em falar sobre sexualidade, apontou-se também a tendência em deslocar para a escola a responsabilidade de orientar, o que pode ter importância também para os serviços de saúde.

#### 5.3.2.c.5) Alimentação

Já comentado acima, esse tema surge em vários momentos nos grupos. No contexto das necessidades ou problemas de saúde, repete-se a preocupação com os transtornos, de excesso ou de falta.

#### 5.3.2.c.6) Trabalho, escolaridade e renda

Nas percepções expressas sobre o trabalho, foram identificadas as seguintes ilustrações: *“não arruma serviço, fica preocupado, angustiado, vai fazer entrevista e não consegue o serviço”*; *“a idéia dele é que ele tem que*

*trabalhar urgente”; “mãe, eu quero trabalhar, eu quero ter um futuro para te aposentar”.*

Embora isso possa ser um problema que varie com a idade dos filhos, tornou-se evidente a preocupação dos familiares com a dificuldade de inserção no mercado de trabalho, configurando mais um problema no contexto da família.

Outro aspecto importante relacionado ao trabalho e à renda foi o consumo: *“já sonham em comprar alguma coisa”; “se estivesse trabalhando, já tinha comprado esse aparelho”.*

Os participantes residem em bairros periféricos e vivem em condições de poucos recursos financeiros, o que dá mais destaque à questão: *“ele não trabalha, então depende do salário do pai e da mãe”; “R\$ 10,00 para ele sair ele fala que não é dinheiro, então ele quase não sai”; “a questão do dinheiro, às vezes a gente não tem e eles querem”.*

Nos aspectos relacionados ao mundo do trabalho, também é dada relevância à escolaridade, embora com poucas manifestações nos grupos.

#### 5.3.2.c.7) Preconceito

Encadeada ao tema da escolaridade, emergiu a questão do preconceito: *“as colegas da escola têm um padrão diferente do nosso, não tirei da escola porque é uma escola boa”; “em relação ao padrão de vida delas com o nosso ela não quer entender, quer freqüentar lugares que eu*



*não posso, não tenho condição”; “as ‘riquinhas’ desfaz dela porque ela é pobre”; “tem coisa que elas levam e a minha não tem, não pode”.*

Minayo (1999), no seu estudo com adolescentes no Rio de Janeiro, observou também que a elitização, o distanciamento e a falta de respeito nas relações interpessoais são indicados como problemas que os estudantes e jovens religiosos vivem na cidade. Há, portanto, uma crítica contra a segregação e a elitização, que apartam os ricos e os pobres.

A educação, ao mesmo tempo que pode significar ascensão social, produz contrastes, preconceito, discriminação. Outras situações de discriminação foram destacadas: *“vai atrás de emprego, fala que mora aqui e não arranja o emprego”; “não tinham coragem de falar que moravam aqui”; “foram acostumando, mas eles tinham vergonha, é discriminado mesmo”; “tiram ‘sarro’ lá fora, falam que aqui só mora marginal”; “às vezes você fala que mora aqui e te vê como coitadinha, parece que você está passando fome, que você está assim necessitando”.*

Portanto, ficou expressa a indignação e a rejeição das situações de preconceito, pois é muito forte o sentimento de pertencer ao local onde residem e essas críticas são traduzidas como violência.

#### 5.3.2.c.8) Drogas

O problema das drogas motivou inúmeras manifestações de conhecimento e de aproximação com o tema: *“meninos e meninas se*

*drogando, liga para a polícia, que não faz nada. Fumando maconha, às vezes cheirando cola”; “meus filhos falam: mãe, aquele está passando droga”; “mãe, os caras lá na classe todos fumando maconha”; “eles tem medo”; “meu neto deu para fumar, não come mais... larga o prato lá e vai fumar”; “ele foi para a rua, quando descobri, já estava viciado”.*

Para os familiares, a aproximação com a droga surgiu também nas falas de preocupações e repressão, conforme as expressas a seguir: *“12, 13 anos, cheiro de maconha, eles já conhecem o cheiro, eu trabalho ali... eles vão comigo”; “não vai se juntar com esses moleques, porque os moleques estão fumando, usando a droga. Ficam falando... obrigar ele a fumar, a cheirar, ou usar qualquer tipo de droga”; “ele tem muitos amigos que estão na droga, não pára em casa, vou na rua ver o que está fazendo”.*

Observou-se na expressão dos familiares que, embora reconheçam o problema, passam a visão de que os filhos já sabem do perigo e, por isso, poderiam estar protegidos parcialmente no mundo das drogas.

#### 5.3.2.c.9) Violência

Nas vivências expressas sobre a violência, a ênfase foi no risco corrido pelos filhos: *“os meus distinguem bem os amigos deles. À noite, liga para mim para ir buscar... está muito perigoso. Estão matando por causa de um tênis”.*

### 5.3.3. Grupos de profissionais de saúde

Para este grupo, as percepções induzidas pelos temas necessidades ou problemas de saúde, foram também de poucas ilustrações no tema cuidado e adoecimento. Já para os temas em relação à socialização, ao crescimento e desenvolvimento, como nos grupos anteriores, houve um maior detalhamento, conforme quadro 10.

Quadro 10– Resultados dos temas selecionados das leituras flutuantes do material obtido nos grupos dos profissionais de saúde, segundo “quais são as necessidades ou problemas de saúde”, SJRP, 2005/2006.

| Quais são as necessidades ou problemas de saúde                  |  |  |
|--|--|--|
| Relacionadas ao cuidado  | parceira/o de aspecto saudável, não vai engravidar (não usa preservativo)  |  |
| Relacionadas ao adoecimento                                      | queixa da doença, irritação no momento do ato sexual, na psicologia, no médico por falta de apetite e na odontologia por dor |  |
| Relacionadas à Socialização, ao Crescimento e ao Desenvolvimento | Relações familiares-pais   | Dificuldade da família em compreender o adolescente: família com pouco tempo ou ausente, não sabem lidar com os filhos, não conversam, não tem espaço na família, não tem escuta, ausência dos pais, falta de liberdade, família desestruturada, pais com dificuldade em lidar com o adolescente por falta de preparo e de impor limites, desemprego dos pais, falta de limites, a queixa da mãe na psicologia não é problema para o adolescente   |
|  | Psicológico-emocional  | Baixa auto-estima e autoconfiança  |
|  | Afetividade-Namoro   | precocidade e só que poucos adolescentes namoram expectativa feminina por relacionamentos duradouros expectativa masculina de constituir família sexo feminino está ditando comportamento  |
|  | Afetividade-Amizade  | vivem em grupo   |
|  | Sexualidade  | falta percepção de risco às DST<br>AIDS não é preocupação<br>não usam preservativos<br>anticoncepção problema para a família<br>gravidez precoce com o abandono do parceiro<br>constrangimento para tratar de forma pública as questões da sexualidade e da vida reprodutiva   |
|  | Alimentação  | alimentação inadequada, preocupados com a estética, falta de recursos financeiros para a alimentação adequada, distúrbio alimentar (ingestão excessiva ou restritiva- Falta de apetite/anorexia)   |
|  | Trabalho, escolaridade e renda.  | Situação financeira difícil<br>trabalho é importante<br>contribui no sustento da casa<br>família impõe<br>Inserção precoce no mercado de trabalho com baixa escolaridade<br>falta de oportunidade de trabalho (envolvimento com drogas)<br>falta capacitação para o trabalho<br>ter objetivo (estar bem com a família, com ele e bem na escola).<br>legislação sobre o trabalho juvenil é questionada.<br>consumo de roupas de marca, <i>piercing</i> , tênis etc. Prostituição<br>meio para consumir o que deseja<br>Escola, Sistema educacional precário |
|  | Preconceito  | Adolescente bem vestido é melhor aceito, o obeso é excluído assim como o usuário de droga (tanto o da periferia como o de melhor poder aquisitivo vivem o mesmo problema)  |
|  | Drogas   | álcool e fumo socialmente aceito (insegurança e auto-afirmação, prazer imediato, felicidade, fator de fuga/descarga)<br>entra no mundo das drogas (tráfico de drogas, poder financeiro, falta de percepção de risco e falta de emprego).   |
| Violência  | Sair do bairro ameaçado de morte   |  |

### 5.3.3.a) Em relação ao cuidado

Nas falas iniciais, os profissionais de saúde trouxeram vivências relacionadas às práticas sexuais dos adolescentes, as quais foram associadas à falta de cuidado: *“sabem que tem que usar camisinha e não vou com preservativo, porque ela é gordinha, ela é saudável, ele é super gordinho, super forte, músculos bonitos”*; *“não usam camisinha ... que acha que não vai engravidar”*.

### 5.3.3.b) Em relação ao adoecimento

Nas narrativas dos profissionais foram identificadas as seguintes situações relacionadas a adoecimento: *“acham que estão com falta de apetite, estão doentes”*; *“eles pensam assim: vir em posto, procurar serviço de saúde é na hora da doença”*; *“por causa de uma queixa da doença”*; *“procuram o ginecologista por irritação no momento do ato sexual, por questões de anticoncepção, por causa de uma queixa da doença, não se tem visão de saúde”*; *“na psicologia, chega para a gente quando não tem mais recurso”*; *“procuram a odontologia de duas maneiras: dor ou para colocar aparelho, pela estética ou pela moda”*.

Ficou refletida a visão dos profissionais de saúde de que o adolescente, na maioria das vezes, busca por serviços de saúde na presença de uma doença ou de um distúrbio na sua saúde. Embora os

recursos tecnológicos mencionados ofereçam atendimento também na promoção de saúde e prevenção, as falas trouxeram vivências de problemas de adoecimento.

### 5.3.3.c. Socialização, crescimento e desenvolvimento

#### 5.3.3.c.1) Relações familiares

Os pais são vistos como as figuras mais importantes para os adolescentes e, já no início dos grupos, foram apresentadas as experiências de dificuldades identificadas nesta convivência: *“é uma dificuldade da família em compreender a adolescência”*; *“seus conflitos, a busca de identificação, a família tem muita dificuldade de compreender”*; *“ele não tem espaço para ser ouvido dentro da família”*, *“hoje os pais não sabem lidar com os filho”*.

Ficaram expressos vários aspectos desta dificuldade, sendo que foram várias as manifestações quanto à falta de compreensão dos pais em relação à fase da adolescência, pela qual o filho está passando.

Em decorrência desse contexto, surgem outras dificuldades: *“precisa é de pai e mãe, não precisa de amigo. Amigo é uma coisa, pai e mãe é diferente”*; *“as mães não conversam muito com as filhas sobre isso, teria que ser uma coisa mais forte ali”*; *“elas ficam grávidas e o pai e a mãe é o último a saber”*.

Ficou ilustrado que os pais têm a percepção da condição de risco do filho e que existe dificuldade de relacionamento entre eles, o que pode gerar busca por ajuda especializada: *“na psicologia, a mãe que vem com uma*

*queixa, chamo o adolescente; não necessariamente ele encara aquilo como um problema”.*

Ficou reforçada, nestes grupos, a percepção de falta de liberdade nos relacionamentos com os pais: *“ele está reclamando, queixando muito dos pais, que o pai reprime, não deixa sair, não deixa ele ter amizades”, mas sem desqualificar o papel da família: “a base maior é a família”; “adolescentes que tiveram uma família boa, bem estruturada, usaram drogas, usaram álcool, mas superaram tudo isso, por conta da confiança básica mesmo estabelecida, com esse vínculo com o pai, com a mãe, a família é o berço de tudo”*

Observa-se, assim, a crença de que a confiança básica estabelecida pelo vínculo com o pai e a mãe é fator de resiliência destes adolescentes frente ao uso do álcool, da droga e a suas conseqüências. Entende-se por resiliência a capacidade de se renascer da adversidade e com mais recursos (Walsh, 2005). Segundo o autor, *“uma abordagem da resiliência familiar visa identificar e fortalecer processos interacionais fundamentais que permitem às famílias resistir aos desafios desorganizadores da vida e renascer a partir deles”.*

Por outro lado, os profissionais de saúde vêem que a família tem dificuldades, tornando mais complexo o problema para os adolescentes: *“a família está desestruturada”; “a família vai mal”; “como cobrar do filho uma coisa que você não faz?”; “mas se não deu limite enquanto ele era pequeno, agora ele com 12...”.*

Nas vivências, emerge a avaliação de que os pais não estão preparados para o enfrentamento das necessidades ou problemas apresentados pelos adolescentes: *“isso aí não é falha do adolescente, é um trabalho que deveria ser feito com os pais do adolescente, que não têm visão de saúde dentro do lar, onde inicia todo o processo”*; *“fica assim: como eu tive pais muito rígidos, então eu vou ser muito permissivo”*; *“você chega na família, a mãe não sabe falar com o filho”*; *“eles não têm esse entendimento de acompanhar os filhos. Só vai se dar conta quando o filho está fumando droga, quando chega uma polícia na porta de casa, quando chega uma Tutelar, uma reclamação, um telefonema”*; *“a comunicação entre os pais e eles estão truncadas. Os pais não estão conseguindo perceber o que é ser adolescente”*.

A percepção de novos arranjos familiares, com “a ausência da figura paterna”, com deslocamento da paternidade para a mãe, foi também referida: *“o pai que não está presente, às vezes a mãe é o pai e a mãe”*.

Nestas diferentes configurações familiares, foi expresso também que, embora presentes fisicamente, há muitas vezes outro tipo de ausência do pai e da mãe, inclusive no cuidado da saúde: *“Ao invés de ser o pai, a mãe, que se preocupa com o adolescente, é o adolescente que traz o pai, a mãe, os irmãozinhos”*; *“ela tem 11 anos, se sente responsável pelos 6 irmãos, pelo pai e pela mãe”*.

Os profissionais de saúde identificam recursos que tornam as famílias mais capazes de lidar com as demandas colocadas pelo adolescente, como expresso na citação: *“a família, a educação, o jeito de educar, as normas*



*dentro de casa, as regras, é fundamental para esse jovem ter um futuro brilhante ou não, se ele vai seguir o caminho do bem ou do mal”; “os pais eu acho que têm muita responsabilidade nesse sentido”.*

Portanto, a expectativa dos profissionais de saúde é grande, em relação ao papel que os pais e que a educação desempenham na vida do adolescente.

Ressaltou-se, também, outras dificuldades familiares, como a ausência ou escassez de tempo para os adolescentes: *“há necessidade de que a família esteja mais presente junto ao adolescente”; “a família hoje em dia está muito voltada para si, cada um pensando ganhar dinheiro, trabalhar”; “ele sente muita falta dos pais. Só que os pais não têm como dar esse tempo”; “a mãe trabalhando fora, esses filhos estão ficando sozinhos, querendo chamar atenção dos pais, procurando o álcool”; “crianças de 10, 11, saem de manhã, voltam de noite e a mãe não sabe onde ficou”; “o adolescente está sem família”; “não adianta você não ter tido família durante toda a sua vida, de repente você fica adolescente, e os pais resolvem ser presentes”.*

Curioso um dos mecanismos apontados como forma de o adolescente enfrentar esta ausência: *“eles ficam muito em cima do salto, eu sei quanto tenho de valor no meu interior, mas eu só vou mostrar a partir do momento que alguém demonstrar interesse”.* Seria como uma potência do adolescente, guardada em resposta às adversidades do contexto.

### 5.3.3.c.2) Componentes psicológicos e emocionais

Destaca-se, nas falas dos profissionais de saúde, a preocupação com a falta de auto-estima dos adolescentes: *“A falta de auto-estima, de auto-confiança, de ver que é um adolescente, que pode ter na inclusão social. Geralmente esses jovens são excluídos”; “querem chamar a atenção da família. No mundo lá fora, um caminho mais torto, ver se conseguem mais atenção”*.

Porém, os profissionais de saúde não trouxeram vivências no serviço de acolhimento destas demandas, na perspectiva da saúde mental destes indivíduos.

A maioria das desordens mentais em adolescentes estão relacionadas a baixo êxito na educação, violência, abuso de substâncias e problemas ligados a vida sexual. A maioria das necessidades não são acolhidas, mesmo em países desenvolvidos. Os trabalhadores da área da saúde não são capacitados e nem motivados para oferecer serviços de saúde mental de qualidade para os adolescentes. Os estudos referem também que faltam profissionais de saúde mental para o atendimento deste segmento da população (Patel *et al* ,2007; Browne *et al*, 2004).

### 5.3.3.c.3) Afetividade e namoro

Destaca-se, nesse ponto, a diferenciação entre as expectativas de gênero nestas relações: *“Cria-se uma expectativa que aquele ‘ficante’ vai ser um namorado”*; *“ela espera que ele ligue, quando isso não acontece ela sofre”*; *“mesmo no ficar elas criam uma outra expectativa”*; *“o menino que olhou para a menina e a menina não olhou para o menino”*; *“ele casa porque quer casar, quer ter uma família”*; *“acha que casando adquire um ‘status’ de independência”*; *“essa é a conversa que rola no meio dos adolescentes hoje ... eu sou o cara que estou limpo”*.

A expressão “estou limpo” traz elementos que podem estar tanto relacionados à doença (infecção pelo HIV ou outras DST) como ao comportamento (uso de drogas, em especial as injetáveis, que pode caracterizar risco para a infecção pelo HIV). Ao expressar a intenção de assumir relacionamentos fixos e duradouros, o adolescente traz, segundo os profissionais, a expectativa de relacionamentos com menor risco de exposição às DST. Neste depoimento, identificou-se também que a expectativa de transição para a vida adulta implica emancipação, constituição de família. Por outro lado, observou-se a dificuldade de inserção social pelo desemprego e pela falta de renda. Nesta fala, pode-se observar a complexidade de fatores que interagem na vida do adolescente e as diversas formas de organização individual que apresentam para enfrentá-los.

Os relacionamentos afetivos de amizade entre os adolescentes são referidos nas vivências dos profissionais: *“Existe aquela coisa de fazer parte*

*daquela tribo”; “eles são divididos em tribos mesmo, e isso aí dá ibope”; “sai uma turminha e tem todos o mesmo jeito...todo mundo de roupa preta”; “parece uniforme, botam o boné atrás, eles vão todos igualzinhos”; “todo mundo tem que ficar igual, falando ‘mano’, ‘velho’ ”; “eles querem chocar e chamar a atenção“.*

Foram expressas apenas vivências de identificação grupal. Não foram apontados os aspectos psicológicos e emocionais envolvidos nesses relacionamentos e que também são importantes para os adolescentes.

#### 5.3.3.c.4) Sexualidade e vida reprodutiva

Os profissionais de saúde deram também bastante destaque a este aspecto dentre as necessidades do adolescente: *“chegaram crianças ... adolescentes, pré adolescentes de 10 e 11 anos, vindo pegar preservativo”; “é cada vez mais cedo, por estímulo da sociedade, da mídia”; “o adolescente nem encara isso como um problema, mas para a família é”; “os pais de hoje conversam...sexualmente a menina está sendo menos reprimida, e talvez por isso esteja iniciando mais cedo a atividade sexual”; “estão namorando mais cedo mesmo, as meninas menstruando mais cedo, e com isso, estoura o impulso da sexualidade”.*

Ressaltam a questão das DST: *“Não sei se é consciente ao ponto de prevenir doenças ou mesmo gravidez”; “não usa camisinha porque se apega, acredita nas pessoas”; “carrego sempre o preservativo na minha*

*bolsa e dou para os adolescentes”; “na visita - está usando a camisinha? tem, mas não usa”.* Observou-se que ter conhecimento sobre a necessidade do uso do preservativo e ter o insumo não garante que os adolescentes usem o recurso adequado na prevenção das DST.

Foi apontado também o tema da gravidez precoce: *“tenho visitado cliente que a gestante que não aceita a gravidez, está rebelde em casa com os pais, porque o namoradinho que era ‘o cara’, o ‘mano’, o ‘bam-bam da história’ não a quer mais”.*

A referência ao caso acima reafirma a relevância de práticas sexuais desprotegidas e a gravidez não planejada, com sofrimento mental pelo abandono por parte do parceiro, por exemplo, como possíveis demandas para serviços que atendem adolescentes. Chama a atenção o fato de não ter havido referência, neste caso, à circunstância de o parceiro não ter assumido a paternidade.

#### 5.3.3.c.5) Alimentação

O tema da alimentação surge entre os profissionais com a mesma crítica à ênfase na questão estética: *“o que é fundamental na alimentação, eles não têm”; “vou comer fruta, salada, é bom para a minha pele. É bom no momento. Não pensa que isso vai melhorar a qualidade de vida dela no futuro”; “meninas muito bonitas, raquíticas, não têm uma boa alimentação”; “falta de apetite a menina acha ótimo porque não quer engordar”; “todo*

*... mundo já tinha comido, a comida dava para comer mais umas cinco pessoas ... aí a mãe dele falou - não sei por que tem que comer desse jeito assim ... para engordar, olha meus braços”; “a quantidade para eles que importa”.*

Os profissionais apontam, também, limites de ordem sócio-econômica para trabalhar esse tema com os jovens: *“não tenho a maçã para comer de duas em duas horas, a verdura não tenho. Arroz e feijão e pronto”; “você vai falar para ele: você come isso, o que não deve... um biscoitinho e tal, mas a gente só tem isso para comer”; “as mulheres trabalhando, não ficam mais cuidando das crianças, não ensinam a alimentação correta, deixa muito a criança com outra pessoa”.*

#### 5.3.3.c.6) Trabalho, escolaridade e renda

Entre os profissionais foi muito destacado o trabalho na relação com a cooperação com a família: *“o trabalho é importante porque sustenta a casa, eles acabam se inserindo no mercado de trabalho, subemprego, desqualificado e mal remunerado”; “é uma grande dificuldade, que a família impõe porque tem que trabalhar”; “a princípio a imposição é do pai. Depois eles começam a perceber que é legal ganharem o dinheiro deles”; “eles querem dinheiro”.*

Ficou expressa também a preocupação com a inserção precoce no mercado de trabalho: *“terminam o colegial, sem fazer nada”; “entram o mercado de trabalho e param de estudar”; “estão ganhando bem ... aquele*

*salário é interessante, consegue adquirir bens materiais que na adolescência são importantes”; “futuramente esse adolescente vai ser um excluído...”; “a maioria dos adolescentes trabalham apanhando laranja”; “falta para o adolescente na verdade é oportunidade”.*

A falta de oportunidade foi também relacionada à legislação brasileira, que limita a atuação do adolescente: *“culpo o governo, tem que ser replanejado, pensar mais nesse jovem. Essa lei para mim é um absurdo ... adolescente não pode trabalhar, tem famílias que dependem do trabalho do adolescente, o adolescente também precisa de dinheiro”.*

A educação é apontada como precária, e o enfoque dos profissionais tendeu a recair sobre as políticas para a área: *“O que tem de criança que não sabe nem ler e não sabe conta”; “isso nem é do indivíduo, é do sistema que manda não reprovar, tem gente que sai do colegial e não sabe nada”, “hoje em dia, o aluno fica um mês sem ir no colégio. Depois passa de ano, nunca vi isso”.*

Mas a motivação do adolescente também foi um aspecto valorizado: *“a questão do objetivo para eles é fundamental. Se não tiver, não vai estar bem com a família, não vai estar bem com ele, não vai estar bem na escola, em lugar nenhum”.*

Quanto à questão da renda, os profissionais apontam os perversos efeitos da combinação da falta de recursos e estímulo ao consumo: *“querem dinheiro”; “quer estar bem vestido, ele quer estar usando roupa de marca. Se ele não tem isso, vai ter de qualquer jeito”; “Porque ele quer um tênis de marca, ele quer uma roupa bonita, ele quer ser ‘o cara’ no meio das*

*meninhas”; “O pai não vai pagar R\$ 50,00, R\$ 60,00 para furar o umbigo da filha. Vai prostituir-se e vai voltar de ‘piercing’ sorrindo”; “aparece o traficante que mostra para ela uma fonte de ganhar, o dobro, com um minuto, só para fazer uma entrega - eu te dou R\$ 100,00 - ela ganha o dia inteiro, vendendo papel ela ganha R\$ 10,00”.*

#### 5.3.3.c.7) Preconceito

Foram apresentadas diversas situações de preconceito nas quais os adolescentes estão envolvidos: *“chega um gordinho, ficavam rindo, zombando; um bem vestido, a recepção é totalmente diferente, entra na roda”; “a gente vê, hoje, no meio dos adolescentes uma exclusão até pela família, pelo pai”; “parece falta de solidariedade”; “não temos que pensar só naquele miserável da periferia, temos que pensar também naquele que é filhinho de papai e usa droga”.*

Observou-se o preconceito por vários motivos: aparência física (discriminado por obesidade e aceito por estar bem vestido), por ser adolescente (discriminado pela família, pelo pai) e por residir na periferia em relação ao mundo da droga (discriminado o miserável da periferia, quando usa droga da mesma forma que o “filhinho de papai”).

Os jovens foram apontados, também no estudo de Mynaio (1999), como extremamente preconceituosos quanto aos tipos estéticos. Discriminam o feio, o gordo, o baixo e os que têm deficiências físicas.



Observam-se dificuldades socioculturais de aceitar os diferentes, assim como tendem a estereotipar, rotular e dividir o mundo entre bons e maus.

#### 5.3.3.c.8) Em relação às drogas

Os profissionais de saúde também valorizaram a questão do álcool, culturalmente aceito pelas famílias: *“As famílias aceitam mais o uso do álcool, culturalmente não é droga”, “o álcool é preocupante hoje. Eles bebem mesmo”, “estão bebendo muito”; “você vê no supermercado meninos de 13, 14 anos com latinha de cerveja”; “latinha de cerveja, mas não estão tomando, é que dá ibope”; “elas estão bebendo demais hoje, até mais que menino”; “menino com a latinha, mas as meninas ficam passando mal”; “elas não gostam daquele que chega e fica quieto. Ele bebe porque se libera”.*

Foram apontadas situações de abuso na ingestão de álcool, tanto para o sexo masculino como para o feminino: *“meninas, tem as mais elevadas, as mais inferior, mas todas elas estão bebendo igual, é carência, em todas as classes, não tem diferença hoje”.*

Para o fumo, foram poucas as manifestações, mas foi indicada a mesma função do álcool, na produção de um “status”, de valorização pelos pares: *“não sabem nem tragar”; “é chique, amigos fumam, e tem primo que a mãe não quer que eu tenha contato com ele”.*

Destacou-se também o aspecto do prazer imediato e da felicidade em relação ao uso de drogas: *“Aquela coisa da felicidade, o aqui e agora, euforia, é muito aquela busca do prazer, prazer rápido”*.

Os profissionais consideram, por um lado, que a experimentação das drogas é própria à idade: *“pensar em experimentação de drogas, o adolescente está em busca da identidade, pela própria curiosidade, ele vai experimentar”*; *“a droga entra como fator de descarga e do prazer imediato do adolescente”*; *“usam droga para fugir da realidade que está acontecendo. É uma fuga”*; *“o pai bebe, a mãe trafica, o irmão está para a rua ... a fuga que ele acha é essa”*; *“o adolescente se refugia nas drogas, não precisa ser rico, não precisa ser pobre”*.

Mas apontam, por outro lado, o risco implicado: *“eles não têm a menor noção de que estariam correndo risco, tomando, bebendo, fumando. Experimentando uma vez, experimentando a segunda, que eles experimentam várias vezes”*. E reforçam a idéia de que a estrutura familiar é fator de resiliência: *“se tem um objetivo legal, se a família incentiva isso... ele pode até beber, até fumar uma maconha... mas não vai ser isso a expectativa da vida dele”*.

#### 5.3.3.c.9) Violência

Este não foi um tema muito explorado pelos profissionais, mas, pelo modo como surge, denota um contexto de profunda vulnerabilidade à

violência: *“tinha que sair dali do bairro, naquela hora, porque ele estava sendo ameaçado de morte... o cara falou com o 38 na boca dele - se você estiver aqui até às 17 horas, você vai morrer”*.

#### 5.4 Ajuda que recebe nas necessidades de saúde

Ao serem identificadas essas necessidades ou problemas dos adolescentes, os participantes foram convidados a expressar sua visão sobre as formas para a sua solução desejável, para o acolhimento desses carecimentos.

##### 5.4.1 Grupos dos Adolescentes

Para a pergunta feita aos adolescentes sobre “qual foi a ajuda que recebeu nas necessidades ou problemas de saúde”, os eixos temáticos foram: os relacionados a vínculos familiares e afetivos (pais e amigos), os relacionados a instituições (serviços de saúde, religião e escola) e outros tipos de ajuda, conforme quadro 11.

Quadro 11 – Resultados das expressões/temas obtidas nas falas dos Adolescentes, segundo “Ajuda que recebe nos problemas ou necessidades de saúde”, obtidos nos grupos realizados nas UBS, SJRP, 2005/2006.

| Ajuda que recebe nos problemas ou necessidades de saúde |  |
|---|--|
| Pais, familiares  | Minha mãe, mãe/pai, pai, tio/tia/avó (familiares) e alguém mais velho.   |
| Serviços de saúde                                       | Palestra, psicóloga, consulta, médico, remédio, urgência, ginecologista Médico, panfletinho, preservativo e caminhão informação. |
| Religião  | Deus, Jesus, grupo de jovens, líder e conversa com o pastor.   |
| Escola  | Ensinam, Alô garotada, biblioteca, aprendem com o caminhão de informação e dão kit.  |
| Amigos  | Amigos, colegas  |
| O adolescente mesmo                                     | A pessoa mesmo   |
| Outros tipos de ajuda                                   | Conselho tutelar (ECA), Associação de mulher grávida, Polícia, Programa de televisão   |

#### 5.4.1.a) Relacionados a vínculos familiares

Ao expressarem a percepção que eles têm, quanto à ajuda que recebem, observou-se que a escuta e o acolhimento das suas necessidades, em grande parte, são feitos pelos pais. A escuta e o acolhimento pela mãe, para os problemas do adolescente, foram assim ilustradas: *“uma amiga que sabe tudo que acontece na minha vida e eu também sei tudo que acontece na vida dela”*; *“com os amigos eu também falo, mas confio mais na minha mãe”*; *“minha mãe é muito para essas coisas”*.

Foi possível observar, nessas falas, o aparecimento do termo confiança, expresso pelo adolescente, com relação aos pais em oposição aos outros, em especial aos amigos. Eles demonstraram nas falas que, nos momentos de necessidades, a confiança mesmo é depositada nos pais, conforme expresso a seguir: *“confio essas coisas mais com meu pai e minha mãe”*; *“acho melhor, como é minha mãe ou meu pai, acho que o conselho que eles vão dar para mim vai ser bem melhor. Eu confio mais neles”*.

Segundo Erickson (*apud* Muuss, 1976), as relações interpessoais do adolescente se dão no contexto da procura de uma identidade significativa. Nesse processo, os pais, geralmente, são as referências para os adolescentes no contexto da sociedade em transformação.

Conforme Barker *et al* (2005), em países em desenvolvimento, os adolescentes procuram menos os serviços de saúde para resolverem os seus problemas emocionais e psíquicos. O autor refere que eles confiam mais na família ou nos amigos para os problemas de saúde mental, para o aconselhamento sexual e conflitos familiares.

Porém, os valores e os comportamentos dos pais nem sempre constituem esse referencial, uma vez que podem “estar fora de moda”, se são comparados com os modelos fornecidos pela mídia (Reato, 2001). Nesse contexto da busca da identidade na adolescência, juntamente com o processo de auto-libertação parental, em que estes indivíduos se encontram, os amigos também ocupam espaço importante. Observou-se nas percepções a alternância da ocupação dos espaços de ajuda ora pelos pais, ora pelos amigos, com maior ênfase nos primeiros.

Na percepção dos adolescentes estudados, foi reforçada a ajuda dos pais em situações extremas: *“quando a corda começa a enforçar, é pai e mãe mesmo...”*.

#### 5.4.1.b) Relacionados a vínculos afetivos de amizades

Os amigos são suporte importante também, especialmente citado como fonte de informação sobre DST, camisinha etc. Mas também expressaram experiência de falta de segurança e de firmeza nessa ajuda: *“amigo de verdade, tem aquele ditado, pai e mãe, amigo mesmo a gente não tem”*.

#### 5.4.1.c) Serviços de Saúde

Ao falar na relação com os serviços de saúde, predominaram as referências a doenças ou à ajuda no desenvolvimento psíquico, em momentos de dificuldade: *“ajuda”*; *“parte psicológica, com palestra que tem, se tem problema, dúvida, isso ajuda bastante”*; *“as consultas, acho que ajuda dessa maneira”*, *“a psicóloga”*, *“se não tiver legal, ir numa psicóloga”*; *“também tem, lá no postinho tem esse negócio aí... de adolescente”*; *“conversam... psicóloga... tem grupo”*; *“para perguntar das coisas”*.

Os serviços de saúde foram pouco valorizados pelos adolescentes estudados, refletindo a percepção de que esses serviços ocupam pouco espaço na vida dos indivíduos estudados.

O grupo critica a forma como se trabalha nos serviços de saúde, tornando públicas as questões privadas. Nas UBS, que trabalham na estratégia do Programa do Adolescente, os grupos são realizados, para este

segmento, nas salas de espera. Nestes grupos, geralmente, são processados os atendimentos de grande parte das demandas e passa-se a trabalhar os vários aspectos da adolescência.

Houve referência positiva ao fornecimento de preservativo no serviço. Mas eles apontam alguma dificuldade, também no plano da privacidade: *“não sei, minha prima que... na cara dura, ela chega aqui e... na farmácia... tem que pedir”*.

Há também refletida, nas falas, a noção da ajuda, em um agravo, à saúde ou a uma intercorrência clínica, na maioria das vezes com manifestação física. Estas necessidades foram atendidas por práticas médicas assistenciais, em especial de urgência: *“eu só venho quando estou doente”*; *“quando está doente”*; *“de urgência, quando estou precisando mesmo”*; *“ir no médico no postinho ao do lado”*; *“quando alguém precisa de remédio, se tem, eles dão”*, *“procuram ginecologista”*; *“as colegas procuram”*.

#### 5.4.1.d) Religião

A religião aparece, no estudo, como um dos fatores de ajuda para os adolescentes: *“eu procuro em Deus, quando alguma coisa acontece, procuro em Deus”*; *“desde que tenha Deus, acho que cada um segue o que prefere”*; *“Jesus”*; *“Jesus orienta”*; *“na igreja resolve bastante os problemas”*; *“é um suporte mesmo, ela segura mesmo, se a família inteira está na igreja, é bem mais fácil de conviver”*.

Os aspectos espirituais representam características individuais que trazem a necessidade do ser humano de crescimento e bem-estar, além da percepção do significado do mundo, do que tem valor, o que pode ou não incluir a crença em um “Deus” (Sullivan, 1993).

A prática da espiritualidade pode ou não estar ligada a uma religião ou a uma igreja, sendo esta prática a responsável pela ligação do “eu” com o universo e com os outros. A religiosidade é a crença em fundamentos, propostos por uma religião, e é expressa pelo comparecimento a uma instituição religiosa, pelo exercício de uma prática religiosa, à crença em Deus e aos preceitos da religião professada (Miller, 1998).

A igreja parece mesmo, nos depoimentos dos adolescentes, ajudar a localizar-se no mundo: *“a igreja ajuda bastante, dá para entender bastante. Principalmente quando é grupo de jovens”*. Para alguns adolescentes, as práticas religiosas foram também caracterizadas como espaço de socialização, de desenvolvimento de relações afetivas e até de namoro: *“eu vou na igreja só por causa dos moleques”; “dá namoro”*.

Algumas vezes, os líderes religiosos cumprem um papel de intermediação do jovem com a família: *“a nossa líder, ela conversa primeiro com a gente. Por exemplo, eu namorar escondido, ela não falou para meu pai. Ela falou com a minha mãe e minha mãe deixou namorar escondido, só meu pai que não”; “o pastor, nosso líder, ajuda bastante a gente”; “a gente conversa com a líder, com o pastor da igreja”; “o pastor, nosso líder, ajuda bastante a gente com as coisas que acontecem, que a gente não pode, nem tudo a gente pode falar para a nossa mãe”; “também tem um monte de*



*coisas que a gente não pode fazer na igreja. A gente conversa com a líder, com o pastor da igreja, e aí resolve para a gente”; “eu já contei muita coisa para o pastor”.*

#### 5.4.1.e) Relacionados à Escola

A escola aparece, nas falas, ocupando espaço onde os adolescentes estudados referiram também *“ajuda”*, porém em poucas vezes. Nas diversas situações que foram apresentadas pela vivência dos adolescentes, observaram-se elementos que não estão relacionados ao professor, ao aluno, ao processo ensino-aprendizagem e à própria instituição de ensino.

Entre os adolescentes, a escola apareceu ao falar da ajuda nas situações de violência: *“em certas ocasiões sim, mas em outras de brigas”, “tem vezes eles ajudam, tem vezes que não”; “tem vez que eles soltam os alunos mais cedo”*. A expressão da situação de conflito trouxe o esvaziamento do papel da escola no momento da violência. Foi constatado que a escola adotou postura de neutralidade, pois não apareceu, nas falas, a sua atuação. O conflito que existiu na escola foi deslocado para fora dela, para a comunidade ou para as famílias.

A qualidade do ensino vem sendo preocupação na sociedade. Segundo Minayo (1999), em pesquisa no Rio de Janeiro, a maioria dos alunos, 55% da escola pública e 47,2% da escola privada, consideram a

qualidade da escola ruim. A família e a escola são os espaços primordiais da socialização e de preparação das crianças e adolescentes para a vida. Podendo ser também *locus* de violência, como foi expresso nas falas.

Com relação à sexualidade, à vida reprodutiva, ao relacionamento sexual e às DST, há alguma referência a suportes: *“eles ensinam”*; *“tem uma sim ‘Alô Garotada’ que já vi”*, *“é na escola tem”*; *“na biblioteca”*. As falas expressam propostas verticais, estruturadas por ações programáticas ou estratégicas, incorporadas por políticas públicas. Estas propostas se realizam tanto por meio de recursos didáticos, livros na biblioteca, até por atividades desenvolvidas por projetos institucionais como *“Alô Garotada”*.

Os adolescentes estudados vivem em bairros periféricos de São José do Rio Preto, em contexto de escassez de recursos materiais e financeiros. Ao traduzir suas necessidades, aparecem a escassez destes recursos e a necessidade de serem supridos para que o adolescente tenha atendido suas necessidades básicas. Observou-se, nas falas, a expressão da expectativa de políticas públicas que forneçam suporte material para o processo de ensino-aprendizagem: *“antes o governo não dava nada para a escola ... tipo de caneta, essas coisas ... Agora vai ganhar um ‘kit’ ”*; *“vai ganhar bolsa, caderno, caneta. Não davam, tinha um monte de coisas guardadas e não davam para nós, agora parece que vão dar, tem umas duas semanas que estão falando isso”*.

Foram feitas referências à motivação e à postura dos adolescentes na escola: *“a escola é boa, se eles não prestam atenção quando ela vai explicar. Aprende quem quer, põe na lousa”*; *“nenhuma escola é ruim”*; *“não*

*tem nenhuma escola ruim... o próprio aluno faz a escola”; “os alunos não gostam de estudar”; “a maioria deles só vai para a escola para ficar”; “fazer bagunça”; “a maioria vai para bagunçar e para paquerar”; “é muito ruim”.*

Na visão, expressa pelos alunos, não foi feita referência aos professores. Não se observou o envolvimento, por parte deles, em situações de ajuda. A percepção da ajuda na escola, apresentada nas falas, é bastante precária; pode-se dizer, quase ausente.

#### 5.4.1.f) Auto-ajuda

Embora não muito explorada, a auto-ajuda aparece como um recurso: *“a pessoa mesmo (pode se ajudar), porque ela está passando pela situação”.*

#### 5.4.1.g) Outros tipos de ajuda

Nas diversas vivências dos adolescentes, observou-se outros tipos de ajuda, como a do Conselho Tutelar, ou iniciativas da sociedade organizada: *“tem aquela associação de menina nova que engravida”.*

A mídia também foi lembrada nas orientações para o exercício da sexualidade e da vida sexual.

#### 5.4.2. Grupo dos familiares

As discussões dos temas com os familiares estão resumidas conforme o quadro 12.

Quadro 12 – Resultados dos temas selecionados das leituras flutuantes do material obtido nos GF de familiares, segundo “Ajuda que recebe nos problemas ou necessidades de saúde”, . SJRP, 2005/2006.

| Ajuda que recebe nos problemas ou necessidades de saúde |   |
|---|---|
| Pais, familiares  | mãe, pai e pais.  |
| Irmãos  | Irmã mais velha   |
| Serviços de saúde                                       | no posto, na consulta médica, nas dificuldades com a escola (na psicóloga e na fonoaudióloga). Quando não estão bons, pedem para levar no médico e na psicóloga Pegar preservativo. |
| Religião  | acham importante ir à igreja<br>a igreja ajuda muito dentro de casa<br>uma pessoa que benze   |
| Escola  | estudam reprodução humana   |
| Amigos  | procuram os amigos/as, pedem ajuda e também procuram ajudar um ao outro   |
| Outros tipos de ajuda                                   | Conselho Tutelar, Polícia e vizinha mais velha.   |

##### 5.4.2.a) Em relação aos vínculos familiares

Os familiares repetem os jovens na importância que dão à família como fonte de suporte, ressaltando também o lugar da mãe: *“meu marido quase não pára em casa, então sou eu mesmo”*.

Mas ressaltou-se também que o pai pode ter um papel peculiar: *“não fala para mim, fala para o pai. Porque é mais calminho”*. Ou os irmãos: *“o meu de 16 é com a minha menina de 20, ele conta para ela”*.

#### 5.4.2.b) Serviços de Saúde

Os familiares valorizam bem mais que os adolescentes os serviços de saúde, especialmente no aspecto médico: *“desde que eles nasceram eu trago aqui na médica”*; *“os meus marcam consulta para eles e não reclamam”*; *“fala que vai pesar e medir”*; *“marco consulta, ele vem só que não abre a boca”*; *“os meus, quando não estão bons, falam para levar para o médico”*; *“quando ela não está bem, ela pede para levar”*; *“a minha estava com um monte de problemas, veio na médica”*.

A visão de ajuda nos serviços de saúde foi associada também ao apoio da psicologia: *“por causa da escola que não ia bem. A psicóloga falou que ela sentia falta da mãe e do pai, tem só avó”*; *“a minha tem 12 anos, passou psicóloga, ‘fono’. Até essa idade vai, mas se passar dessa idade eles não vão”*, *“eu já marquei o nome dela na psicóloga, ela falou que não é doida para vir na psicóloga”*, *“já foi na psicóloga, mas ela não conversa”*.

Segundo Tylee *et al* (2007), freqüentemente os adultos que convivem com os adolescentes decidem se eles devem procurar (quando e onde) os serviços de saúde.

Foi expresso também o comparecimento para insumos de prevenção: *“o meu vem aqui no postinho só pra pegar camisinha”*.

#### 5.4.2.c) Religião

Quanto à religião, houve bastante convergência com a fala dos adolescentes: *“acham que têm que ter fé em Deus”*; *“vão e eles acham importante. Acham que a igreja ajuda muito dentro de casa”*; *“prefere uma pessoa que benze, confia mais, gosta e se sente bem”*; *“ele vai sempre”*; *“o meu também vai comigo”*; *“Eu vou na evangélica, ele vai em outra”*.

#### 5.4.2.d) Escola

A escola, nesse ponto também foi mais valorizada no que se refere às orientações sobre a sexualidade e a vida reprodutiva: *“Você percebe na escola que quando eles estudam reprodução humana”*.

#### 5.4.2.e) Vínculos afetivos

Foi possível identificar, nas vivências dos familiares, a noção de que os amigos ajudam os adolescentes: *“procuram os amigos”*; *“a maior parte procura os amigos”*; *“procura os amigos, eu sou a segunda”*; *“ela vai primeiro contar para a amiga dela, e depois ela vai contar para mim”*; *“pedem ajuda e também ajuda um ao outro, se um dos colegas está com problema na família, eles tentam ajudar”*.

Foi importante observar que, na visão dos familiares, nos relacionamentos de amizade os adolescentes se ajudam mutuamente e são solidários nas necessidades.

#### 5.4.2.f) Outros tipos de ajuda

Ao trazerem nos relatos os outros tipos de ajuda, as expressões foram: *“chamava a polícia”*; *“D.Cida, vizinha, fica com medo de eu bater nele, corre lá, desabafa com ela”*; *“procurei o Conselho Tutelar, passou no psicólogo, não tinha jeito”*; *“Não adianta falar que Conselho Tutelar vai te acalmar, que psicóloga vai te acalmar, que polícia vai te acalmar... não adianta, você entra em depressão mesmo”*.

As duas situações expressam indícios de situações ligadas à violência. Sendo que, na primeira, a polícia foi chamada, porém não foram detalhados os elementos da situação. Por outro lado, ao mencionar a ajuda da vizinha, a mãe traz o relato de violência física por parte dela própria contra o filho, já que a vizinha foi citada fazendo a proteção do adolescente frente à violência materna.

Já para a ajuda ilustrada com o envolvimento do Conselho Tutelar, esta se deu em uma situação difícil e aparentemente se atribui ao Conselho um lugar de impotência.

### 5.4.3. Grupo dos Profissionais de Saúde

A percepção dos profissionais de saúde quanto à ajuda que os adolescentes recebem está resumida no quadro 13.

Quadro 13 – Resultados dos temas selecionados das leituras flutuantes do material obtido nos GF de profissionais de saúde, segundo “Ajuda que recebe nos problemas ou necessidades de saúde”, SJRP, 2005/2006.

| Ajuda que recebe nos problemas ou necessidades de saúde |  |
|---|--|
| Pais, familiares  | Mãe  |
| Serviços de saúde                                       | Ginecologista, preservativo na privacidade e consulta médica   |
| Religião  | identificação grupal (o grupo que leva ele para a igreja), grupo de adolescentes, os que seguem são poucos. Falta de estrutura lá dentro (quem comanda esse grupo são os próprios adolescentes), pastoral da criança com dificuldade de encontrar um líder, igreja distante da realidade da família (se a família não vai, o adolescente não fica), igreja como lazer e distante da religiosidade. |
| Escola  | quando tem vínculo com o professor a escola às vezes dá uma pincelada  |
| Amigos  | Amigos da mesma idade, a turma   |
| Outros tipos de ajuda                                   | Conselho tutelar (ECA), pessoa que eles confiam e traficante.  |

#### 5.4.3.a) Vínculos familiares

Os profissionais tenderam a qualificar de forma diferenciada o papel da mãe, sendo reticentes quanto aos pais: *“só a mãe... geralmente procura só a mãe”*. Estas falas não foram de consenso, pois foi identificada a posição inversa, de que os pais seriam os menos procurados pelos adolescentes para ajudá-los: *“menos com a mãe e o pai, isso eu tenho certeza”*.

Embora houvesse o predomínio da indicação da ajuda por parte da mãe, a fala discordante traz mais a presença do conflito latente entre os pais e o adolescente, do que a falta de ajuda propriamente dita.



#### 5.4.3.b) Serviços de saúde

Os profissionais indicam um certo padrão de uso dos serviços pelos jovens: *“quando eles vêm, sempre vem um amigo junto”; “a gente acaba esperando eles procurarem, não sei se é assim também que essas mães ficam. Não procuram, então, fica essa separação, essa vergonha”; “às vezes tem que entrar a mãe, mas você precisa ver como tem procura”; “tanto menino quanto menina”* .

Os profissionais afirmam que os adolescentes procuram muito o serviço, vindo para consulta tanto o sexo feminino como o masculino, apesar de dificuldades, por vergonha.

O fornecimento de preservativo também foi valorizado entre as tarefas do serviço: *“eles vêm muito procurar preservativo”; “bem sutil, chegam, pegam”; “fala baixinho, pega escondido”; “as meninas procuram mais”*. Ficou reforçada, também na visão dos profissionais de saúde, a importância da privacidade na retirada de preservativo para os adolescentes.

#### 5.4.3.c) Religião

Em contraste com os dois outros grupos, os profissionais tendem a ser mais céticos quanto à ajuda oferecida pela religião: *“Na verdade, não é a religião, a crença, a fé, ele se identifica com o grupo, é o grupo que leva ele para a igreja”; “tem grupo de adolescentes, mas os que seguem são*

*poucos”; “aquele que é muito bem ligado, então tem os grupos religiosos”; “tem os grupos de jovens, mas é minoria”; “falta estrutura no grupo de jovens, quem comanda esse grupo são os próprios adolescentes”; “tem a pastoral da criança, estavam com tanta dificuldade de encontrar um líder da pastoral”.*

Dentre os fatores apontados pelos profissionais de saúde para as dificuldades dos adolescentes em conseguirem ajuda na igreja, destacam-se: *“só é ligado se tiver a família indo”; “aquele que a mãe não vai, o pai não vai, então vai, mas não fica muito tempo”; “entra, não consegue adaptar, chega em casa e não vê aquela realidade, fica difícil”.*

Menos que um espaço de continência para dificuldades, a igreja é apontada primordialmente como espaço de socialização: *“procuram a igreja como uma forma de lazer, não de resolver os problemas”; “encontram pessoas da mesma idade, se reúnem, fazem amizade, saem juntos, é mais uma forma de lazer, do que uma busca de solução dos problemas”.*

#### 5.4.3.d) Vínculos afetivos

A ajuda oferecida pelos amigos é também amplamente reconhecida pelos profissionais: *“é com amigos”; “seria mais com os amigos, da mesma idade”; “a turma”; “quem ensinou tudo, amigos”.*

#### 5.4.3.e) Escola

Entre os profissionais, o papel da escola não foi muito destacado: *“busca ajuda na escola quando tem vínculo com o professor”; “aluno que você consegue formar vínculo, traz os problemas dele para trocar idéias, para ver o que você acha”; “aluno que você não consegue formar vínculo, ele traz o problema dele como uma desculpa para não estar indo bem na escola”.*

#### 5.4.3.f) Outros tipos de ajuda

Para os outros tipos de ajuda, foram lembradas outras pessoas em quem os adolescentes confiam: *“Depende muito da pessoa que eles confiam, que seja um ponto de apoio, que eles sabem que não vai fazer crítica, que não vai entregá-lo para a mãe, para o pai”.* Mas instituições, como o Conselho Tutelar, são também lembradas, como no caso de uma situação de risco de vida para o jovem: *“chamou o ‘tutelar’, levamos ele para outra cidade. Está lá até hoje”.*

Um tipo de ajuda bastante controversa foi levantado em um grupo: *“o adolescente com problema, a ele busca ajuda com o traficante, com os amigos... esse cara é ‘paizão’, é treinado para poder deseducar a população, são pessoas parece experientes, ‘experts’ ”.*

## 5.5 Facilidades e dificuldades na ajuda que recebe nos serviços de saúde

Os três grupos de participantes foram ouvidos também sobre a ajuda especificamente fornecida aos adolescentes pelos serviços de saúde. Os resultados estão resumidos nos quadros 14, 15 e 16.

### 5.5.1. Grupo dos adolescentes

Quadro 14 – Resultados dos temas selecionados das leituras flutuantes do material obtido nos GF de adolescentes, segundo “facilidades e dificuldades na ajuda que recebe nos serviços de saúde”, SJRP, 2005/2006.

| Facilidades e dificuldades na ajuda que recebe nos serviços de saúde |                                      |   |
|--|--------------------------------------|---|
| Facilidades na ajuda que recebe nos serviços de saúde                | Em relação a Profissionais           | Psicóloga<br>Médica do adolescente<br>Ginecologista   |
|  | Em relação a tecnologias             | Palestra<br>Consultas<br>Grupo de adolescentes<br>Privacidade na consulta<br>Panfleto com instruções<br>Agente de saúde, nas casas, leva preservativo   |
|  | Em relação à organização de serviços | Existência da UBS<br>Atendimento de Urgência  |
|  | Em relação a insumos                 | Remédio<br>Preservativo   |
| Dificuldades na ajuda que recebe nos serviços de saúde               | Em relação a Profissionais           | Não tem psicólogo no Posto<br>Não quer vir no posto<br>Funcionários gritam<br>Falam que estão fazendo hora extra<br>Tratam mal<br>Não gosta de médico<br>Médicos só querem ganhar dinheiro<br>Não gostam de trabalhar<br>Não passa na psicóloga porque não é “doida”.   |
|  | Em relação a tecnologias             | Falta de paciência com os adolescentes<br>Orientações, sempre a mesma coisa   |
|  | Em relação à organização de serviços | Postinho não presta<br>Não tem nada<br>Grande distância<br>Lentidão e demora no atendimento<br>Fila para marcar consulta<br>Não tem vaga<br>Desconhecimento dos funcionários da Central de vagas de atendimento<br>Mesmo doente não atendeu<br>Tem que vir de madrugada |
|  | Em relação a insumos                 | Dificuldade para pegar preservativo   |

#### 5.5.1.a) Facilidades na ajuda que recebe nos serviços de saúde

Os aspectos abordados, na identificação das facilidades encontradas por ocasião de ajudas recebidas nos serviços, foram vários. Dentre eles, destaca-se o apoio na psicologia. Foram numerosas as referências a necessidades e problemas relacionados à saúde mental do adolescente e as respostas fornecidas: *“apoio da psicóloga”*; *“no postinho tem esse negócio de adolescente”*; *“tem grupo”*; *“se não tiver legal, ir numa psicóloga”*.

Um aspecto valorizado foi a privacidade e a autonomia: *“ela pede para a minha mãe sair da sala”*.

Ainda nos aspectos positivos, foram identificadas a assistência médica, em situações de urgência ou adoecimento, e o apoio à prevenção de DST.

#### 5.5.1.b) Dificuldades na ajuda que recebe nos serviços de saúde

Dentre as inúmeras dificuldades apontadas, os adolescentes destacaram que as atividades educativas não consideram as necessidades e os problemas dos adolescentes: *“quem vem aqui, saíram falando que é a mesma coisa, vem num grupo é a mesma coisa, vem no outro é a mesma coisa”*; *“teria que ter uma mudança, mudar o assunto, ela só fala aquilo e mostra aquele cartaz”*. Observa-se uma avaliação de esgotamento dos

trabalhos educativos, realizados nas UBS, na forma que vêm sendo desenvolvidos.

Os adolescentes consideram, por exemplo, a relevância do problema de gravidez precoce, enfatizam a necessidade de esse problema ser trabalhado pela equipe de saúde: *“o que tem de mais acontecendo é menina grávida”*; *“... por isso falam tanto nesse assunto”*; *“não deixar de lado”*. Mas reclamam uma outra abordagem da questão: *“uma outra coisa junto e não só aquilo que todo mundo sabe”*; *“se falar qualquer outra coisa vai ficar mais interessante”*; *“falar desse assunto mudando”*, *“falar desse assunto de outra maneira”*.

Outro ponto identificado como dificuldade nas falas foi a falta de privacidade e de confiabilidade na obtenção de preservativos, conforme colocado a seguir: *“tem que pedir”*; *“se precisasse pegar aqui, eu não pegava”*; *“o que o pai e a mãe vão achar da gente estar pegando um preservativo”*.

Essas falas reforçam que as questões de âmbito privado, dificilmente, podem entrar em uma rotina ou protocolo dos serviços de saúde e serem resolvidas em espaço público. Este insumo deve ser dispensado ao adolescente, assegurando as mesmas características de privacidade e de confidencialidade das utilizadas nas demais tecnologias de saúde, já citadas pelos adolescentes (Saito, 2003).

A falta de aceitação dos serviços de saúde pelos adolescentes foi uma das barreiras identificadas por Kang et al (2005), justificada pela falta de confiança nos profissionais de saúde.

No fornecimento de medicamentos, as percepções apontam para dificuldades quanto à regularidade no fornecimento: *“se têm, eles dá”*; *“de vez em quando”*.

As discussões, referentes ao acolhimento e à humanização no atendimento nas Unidades de Saúde, trouxeram à tona vivências que vão da desatenção à hostilidade: *“não têm paciência com a gente”*; *“elas não sabem falar baixo, só gritando”*; *“são impacientes”*; *“falam que está fazendo hora extra, que vem encher”*; *“tratam a pessoa mal”*; *“você pergunta... você não leu o cartaz lá fora? Vai lá ver, elas nem respondem”*; *“não estão fazendo nada... você chega então, preciso disso, aquilo... espera aí... você fica lá, o maior tempão, esperando”*.

Em seu estudo, Kang et al (2005) apontam também como barreira para o uso dos serviços de saúde pelos adolescentes o medo da agressividade dos profissionais da saúde.

Neste sentido, segundo o documento National Mental Health Strategy (2004), na Austrália, se o adolescente não é bem atendido nos serviços de saúde, ele não retorna (*apud Tylee et al, 2007*).

Os adolescentes trazem expressões generalizadas sobre o atendimento de má qualidade nos serviços de saúde: *“o postinho não presta”*; *“precisou chamar a reportagem aí”*; *“Se alguém tiver que morrer, morre”*; *“nesse posto não tem nada”*.

Nestas percepções, apesar da precariedade apontada para os serviços de saúde, não há relatos de vivências da participação popular na área da saúde. Não foi feita referência a nenhuma das instâncias de

execução e fiscalização, como Conselho Local de Saúde, Conselho Municipal de Saúde, Conselho Municipal da Criança e do Adolescente etc. Por outro lado, os adolescentes também não ilustram, com vivências pessoais ou da comunidade, iniciativas de participação popular em interface com as instituições públicas de saúde, pois os recursos institucionais sequer são citados na busca de melhorar o que não está bom, como: Gerente da Unidade de Saúde, Secretário Municipal de Saúde, Prefeito etc.

Embora a acessibilidade aos serviços de saúde seja um dos princípios do SUS, este foi um dos aspectos apontados nas dificuldades, quando buscavam ajuda nos serviços de saúde: *“tem que pegar ônibus”*; *“até chegar lá, já morreu”*; *“é o único postinho que tem aqui perto: se não recorrer a ele, vai fazer o quê?”*.

Da mesma maneira, foi detalhada a sobrecarga no atendimento e a crítica à política centralizada de agendamento do município: *“falar que não espera é pior”*; *“o povo fica na fila para marcar, quando chega a vez, não tem”*; *“outros ligam pelo telefone e marcam”*; *“tem falta de atendimento”*; *“fica esperando, quando chega na tua vez, acabou a vaga”*; *“a pessoa do telefone pegou a vaga, minha avó não pegou”*; *“tem que ficar sentada num banco, esperando”*; *“se estiver doente”*; *“tem que brigar para dar uma vaga, senão eles não dão”*; *“Emergência é pior ainda ... fica lotado de gente o dia inteiro”*; *“dá medo”*.

Nestas falas, fica ilustrada a crítica à política de agendamento, pela Central de Vagas do Município, para o atendimento ambulatorial. Ao ser



questionado pela facilitadora sobre se: “*esse é um problema da sua avó ... e vocês adolescentes?*”, o grupo se manteve em silêncio.

As falas de descontentamento são diversas: “*ter postinho para não cuidar da saúde, nem precisa ter*”; “*esses médicos só querem ganhar dinheiro*”; “*mesmo doente não adianta vir, não atendem*”; “*tem que vir de madrugada, às 5, 4 horas*”. Ao serem questionados se: “*esse posto ou a saúde toda está assim?*”, as manifestações obtidas foram: “*a saúde toda está assim*”.

Estas barreiras também são apontadas por Mc Intyre (2002), no documento da WHO - “*Adolescent Friendly Health Services*”, com ênfase na falta de: disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e equidade dos serviços.

### 5.5.2. Grupo dos Familiares

Quadro 15 – Resultados dos temas selecionados das leituras flutuantes do material obtido nos GF dos familiares, segundo “facilidades e dificuldades na ajuda que recebe nos serviços de saúde”, SJRP, 2005/2006.

| Facilidades e dificuldades na ajuda que recebe nos serviços de saúde |                                      |   |
|--|--------------------------------------|---|
| Facilidades na ajuda que recebe nos serviços de saúde                | Em relação a Profissionais           | Psicóloga e médica para adolescentes  |
|  | Em relação a tecnologias             | Palestra  |
| Dificuldades na ajuda que recebe nos serviços de saúde               | Em relação a Profissionais           | Adolescente não quer vir no posto<br>Não gosta de médico<br>Não sabia que tinha médica especialista para adolescente<br>Não procuram, fica essa separação e essa vergonha |
|  | Em relação a tecnologias             | Limite de idade para ir no Pediatra<br>Atendimento deixa adolescente envergonhado   |
|  | Em relação à organização de serviços | Sem horário para agendar com o psicólogo, não atende emergência, dificuldade de acesso no Posto que atende emergência, programa para jovens não tem aonde recorrer        |

#### 5.5.2.a) Facilidades na ajuda que recebe nos serviços de saúde

Dentre os aspectos apontados como facilidade nos serviços de saúde na ajuda que o adolescente recebe, identificou-se o apoio aos próprios pais: *“a saúde, é para nós também, a gente passa a participar de como tratar dessas crianças, de como lidar, na psicóloga também, sempre tem uma palestra”*.

### 5.5.2.b) Dificuldades na ajuda que recebe nos serviços de saúde

Foram apontadas dificuldades pelos familiares tanto no atendimento médico quanto no psicológico: *“não quis vir para o posto”; “não gosta de passar no médico”; “não sabia que tinha médica para adolescentes”; “tem 12 anos e que eu não posso mais levá-la no pediatra ... eu achei errado isso”; “o psicólogo aqui é difícil conseguir agendar”; “a psicóloga aqui ela atende toda a área, então sobrecarrega”*.

A falta de conhecimento do que o serviço oferece para o adolescente, referida no atual estudo, foi também observada por Tylee *et al* (2007), quando observou que os adolescentes não acessam os serviços de saúde por desconhecerem o que eles oferecem.

O atendimento de urgência foi considerado uma necessidade em diversas falas dos sujeitos do estudo, e foram diversas as manifestações, por parte dos familiares, de dificuldades neste tipo de atendimento: *“emergência não atende aqui”; “tem que ir a pé, vai morrendo”; “meu filho já veio com febre e não atende”; “precisava falar de um programa para jovens”; “ia falar para quem?”; “a gente não sabe aonde recorrer”*.

A dificuldade de acesso também foi apontada pelos familiares. É importante observar a falta de perspectiva expressa pelos familiares nas dificuldades apontadas, sendo que a ênfase maior foi para a organização de serviços de saúde, sem saber com quem falar ou a quem recorrer. Em todos os grupos, não foram identificadas vivências de controle público através da participação da sociedade nos Conselhos de Saúde.

Segundo Cohn (2003), em localidades marcadas pelas desigualdades sociais, é identificado um contexto de destituição de direitos, com o esvaziamento do Controle Social, conforme foi observado no estudo.

Apesar da implantação do SUS no município de São José do Rio Preto, há quase duas décadas, o estudo aponta para dificuldades desde aspectos de sua organização até o da participação popular.

Considerando a caracterização dos indivíduos do estudo, observa-se que a maioria deles depende do SUS para o atendimento de suas necessidades de saúde. Nas percepções destes sujeitos observou-se principalmente as seguintes fragilidades: na acessibilidade, na equidade, na integralidade, na resolutividade e na participação popular. No grupo dos adolescentes e dos familiares essas dificuldades são apontadas e alguns destes aspectos foram reforçados nos grupos dos profissionais de saúde.

### 5.5.3. Grupo dos Profissionais de Saúde

Quadro 16 – Resultados dos temas selecionados das leituras flutuantes do material obtido nos GF de profissionais de saúde, segundo “facilidades e dificuldades na ajuda que recebe nos serviços de saúde”, SJRP, 2005/2006.

| Facilidades e dificuldades na ajuda que recebe nos serviços de saúde |                                      |  |
|--|--------------------------------------|--|
| Facilidades na ajuda que recebe nos serviços de saúde                | Em relação a Profissionais           | confiança  |
|  | Em relação a tecnologias             | Sigilo<br>Fazem vínculo com o adolescente<br>Grupo de artesanato   |
|  | Em relação à organização de serviços | Grupo de orientação para adolescentes  |
|  | Em relação a insumos                 | Preservativos  |
| Dificuldades na ajuda que recebe nos serviços de saúde               | Em relação a Profissionais           | Falta de supervisão e capacitação dos profissionais de saúde<br>Profissional que recebe o adolescente com a escuta comprometida<br>Quer estar recebendo bom salário  |
|  | Em relação a tecnologias             | Vir por causa da doença e não da prevenção<br>Falta apoio dos pais e da escola<br>Saúde não interage muito nas escolas<br>Escola trabalha o conteúdo das matérias básicas, não interage com a saúde<br>Família despreparada<br>Falta de confiança<br>Falta de privacidade<br>Não dá para ter atendimento individual<br>Pais querem sair com respostas prontas nas dificuldades de relacionamento com os filhos<br>Adolescentes têm pouca adesão ao serviço (não voltam: sala de espera, atendimento individual e em grupo)   |
|  | Em relação à organização de serviços | Dificuldade em operacionalizar as mudanças: falta profissional e demais recursos.<br>Sexo masculino é menos orientado, só vem para atendimento de emergência de causas externas.<br>Sexo feminino vem para atendimento da pele, alimentação, orientação para a menstruação e anticoncepcionais.<br>Dificuldades de trabalhar a intersectorialidade, integralidade e resolutividade dos serviços.<br>Falta de recursos na referência do SUS, principalmente exames<br>Deficiências do Sistema de Saúde<br>Intersetorialidade há quatro anos atrás e nada aconteceu<br>Não tem para onde encaminhar o adolescente (lazer e aprendizado).<br>Não confiam no Conselho Tutelar<br>Estatuto às vezes protege a criminalidade |
|  | Em relação a insumos                 | Gratuito e liberado, só preservativo   |

### 5.5.3.a) Facilidades na ajuda obtida nos serviços de saúde

Os profissionais reconhecem ter um papel positivo na resposta às necessidades dos adolescentes. Foram citados importantes componentes para uma ação positiva nesse sentido, como confiança e privacidade, características também valorizadas pelos adolescentes, e não lembradas pelos familiares.

Nas abordagens que envolvem os adolescentes, devem ser consideradas as características e singularidades desse momento, tendo em vista concretizar comportamentos adequados que permitam eliminar ou diminuir os eventos de risco, devendo as orientações pautarem pelos princípios básicos da Medicina do adolescente. Estes estão relacionados à privacidade, confidencialidade, sigilo médico, respeito à autonomia, maturidade e capacidade de julgamento por parte do cliente adolescente (Saito, 2000).

A autora considera importante reconhecer que a proposta de confidencialidade deve ser flexível, baseada nos níveis de maturidade, autonomia e risco, o que desde o início, será colocado para o adolescente. A adesão cega à confidencialidade ou a ausência da mesma são pré-requisitos indesejáveis para o exercício da ética.

Dentre os demais aspectos envolvidos nas facilidades, foram citados: *“na forma de orientação e estar fazendo vínculo com esse adolescente”*; *“na consulta na parte de orientação”*; *“trazer esse adolescente para o grupo de adolescentes”*; *“participar do nosso grupo de artesanato”*; *“eles sabem que camisinha é grátis”*.

Foi apontado, ainda, o uso de tecnologias mais participativas, que facilitam o estabelecimento de vínculos. Embora estas facilidades tenham sido identificadas, as manifestações de dificuldades foram inúmeras, sendo expressa, na percepção dos profissionais de saúde, a precariedade dos serviços.

#### 5.5.3.b) Dificuldades na ajuda obtida nos serviços de saúde

Dentre as dificuldades apontadas pelos profissionais, foi dado destaque para a falta de supervisão e de profissionalização para o atendimento ao adolescente: *“tenho que ser profissionalizada”*; *“a minha saúde mental tem que estar ótima para mim poder passar para ele. Se eu não estou, não tem como ajudar”*; *“Tem muitos profissional que recebe o adolescente e não quer nem sabe ... recebendo o bom salário dele ...”*

Em relação às tecnologias e à organização dos serviços, foram identificados vários entraves. Dentre eles, o modo de operar as atividades nos serviços, com enfoque curativo: *“não estão sensibilizados para prevenção”*; *“os adolescentes não se interessam mesmo, eles vêm porque os pais mandam”*.

Identificou-se, também, a falta de apoio dos pais e das escolas com relação às condutas sugeridas pelos serviços de saúde: *“não vai adiantar só a gente falar se os pais não colaborarem”*; *“o culpado também em parte é os pais, em vez de acostumar com o salgadinho, chiclete, com a bala”*; *“a família em si, falta participar da educação do adolescente”*; *“deixei o telefone*

– *– você me liga – a professora ligou? Não*”; *“a saúde não interage nas escolas*”; *“as mães, que tem grupo de mães, elas não vêm, porque elas acham que o filho que tem que vir, aprender. Então, sem mãe, sem filho, nós aqui, sempre tem atividade”*.

Foram identificados também limites próprios ao sistema escolar: *“na escola você aprendia de tudo. Desde a educação, de como comer, de como se vestir, como se portar, o que podia, o que não podia. Hoje não, você vai lá para aprender cinco matérias: português, matemática ... e resume naquilo”*.

Observou-se fragilidade no acolhimento, com falhas na privacidade e confiabilidade: *“Eles não procuram o serviço, procuraria se não existisse essa parte burocrática”*; *“a primeira coisa que eles pensam - vão me entregar para a polícia - . Segunda coisa - vão contar para todo mundo”*; *“a gerente, ela vai ter que contar”*; *“a gente orienta para o grupo, não dá para trabalhar um por um, individualmente;”* *“tinha grupo de orientação para adolescentes fora do horário de atendimento e lotava! Agora, eles não vêm mais”*; *“teria que ter essa sala lotada”*.

São apontadas deficiências na própria organização dos serviços, com carência de recursos: *“a saúde é muito bonita. Muita coisa bloqueia, parece uma ação política prendendo a gente”*; *“nunca tem o funcionário certo”*.

Foi apontado um viés de gênero como limitante para a ajuda dos serviços aos adolescentes: *“A gente não vê menino. Quando a gente está na emergência, quantos meninos têm?”*; *“cai de bicicleta, cai de moto, machuca”*. Já para o sexo feminino: *“a pele não está boa, está gordinha,*



*precisa de orientação na menstruação, a mãe preocupada porque está namorando, tem cólica, quer uma pílula. Então, a menina tem mais oportunidade por isso aí”.*

A percepção das dificuldades foi expressa também na falta de operacionalização da intersectorialidade: *“A questão do lazer, da aprendizagem, a gente não tem para onde encaminhar o adolescente”; “a gente faz reuniões, mas não vê uma luz. Como esse negócio de intersectorial, há quatro anos atrás eles falaram, de esporte, de não sei o que... e não aconteceu uma vírgula”.*

Outro desafio é a resolutividade, articulada à integralidade da atenção: *“Não tem exame, não tem mamografia, não tem ultra-som”; “Eu não tenho nefro, o reumatologista. Não existe”; “Veja se essa é uma resposta que eu posso ter de um serviço numa cidade desse tamanho”.*

Foram evidenciadas, em vários momentos do estudo, vivências negativas em relação ao Conselho Tutelar: *“Conselho Tutelar é um órgão competente, bom, mas ninguém confia no Conselho”.* Os avanços obtidos com o Estatuto da Criança e Adolescente dependem da atuação do Conselho Tutelar em cada localidade, mas, pelos depoimentos dos profissionais, percebe-se que existem problemas no exercício das funções do Conselho no contexto estudado.

Entretanto críticas são dirigidas também ao Estatuto da Criança e Adolescente: *“acabou protegendo a criminalidade”; “protege tanto que os mais velhos colocam o jovem para praticar o crime”; “tem que ser pensada essa questão do Estatuto”; “mexeu com o comportamento deles”.*

## 5.6. O que gostaria de receber como ajuda nos serviços de saúde

Para concluir, ouvimos também os participantes do estudo quanto a sugestões para promover uma atenção adequada às necessidades de saúde dos adolescentes nos serviços de S. J. Rio Preto. Os resultados estão resumidos nos quadros 17, 18 e 19.

### 5.6.1. Grupos dos Adolescentes

Quadro 17 – Resultados dos temas selecionados das leituras flutuantes do material obtido nos GF de adolescentes, segundo “O que gostaria de receber como ajuda nas necessidades ou problemas nos serviços de saúde”, SJRP, 2005/2006.

| O que gostaria de receber como ajuda nas necessidades ou problemas nos serviços de saúde |                                       |   |
|--|---------------------------------------|---|
| No adoecimento   | Em relação a Profissionais            | Melhorar médicos<br>Mais médicos  |
|  | Em relação a tecnologias              | Interagir mais com o adolescente quando ele tem consulta no CS  |
|  | Em relação à organização dos serviços | Melhorar o hospital<br>Atendimento noturno<br>Aberto 24 hs e atender a todos que chegarem<br>Atender de noite   |
|  | Em relação a insumos                  | Preservativo  |
| Na Promoção<br>e<br>na prevenção   | Em relação a Profissionais            | Agente distribuir preservativo  |
|  | Em relação a tecnologias              | Não falar só de sexo<br>Fazer atividade diferente<br>Atividade em grupo com as amigas<br>Orientações em palestra<br>Se o agente der liberdade, a gente conversa numa boa<br>Debate sobre: saúde, prevenção, prevenção sexual, gravidez, drogas, namoro, sexo, pais e violência. |
|  | Em relação à organização dos serviços | Reunião uma vez por semana  |
|  | Em relação a insumos                  | Dar preservativo  |

#### 5.6.1.a) No adoecimento

A expectativa dos adolescentes quanto a melhorias no atendimento ao adoecimento giraram em torno dos seguintes aspectos: *“colocar mais médico”*; *“melhorar os médicos”*, *“quando a gente vier consultar, interagir mais com a gente... falando outros assuntos, não falar só de sexo”*.

Os adolescentes reforçam o esgotamento das estratégias utilizadas para o acolhimento das necessidades relacionadas à sexualidade e à vida reprodutiva, e apontam sugestões para mudanças: *“Fazer uma coisa diferente, que anime a gente a vir”*.

Os adolescentes trazem também o desejo de *“melhorar o hospital” e ter melhor atendimento de urgência: “ficar aberto 24 horas”; “atender todo mundo”; “atender à noite”*.

#### 5.6.1.b) Na promoção e prevenção

Na assistência relacionada à prevenção, destacam a estratégia SF/ACS: *“agentes irem com mais frequência em cada casa”*. Os agentes de saúde são profissionais da equipe de saúde que os adolescentes reconhecem como sendo adequados para ajudá-los e trazem a opção de que façam essa ajuda em espaço privado no domicílio.

Com relação às tecnologias na prevenção, foram feitas várias sugestões: *“marca as consultas quatro amigas para vir juntas, bastante gente”*; *“ajudaria, porque o que a gente não fala em casa falaria aqui”*; *“uma*

*vez por semana”; “nós ia passar a convidar”; “palestra - anunciar na rua”, “se o agente der liberdade a gente senta, conversa numa boa”.*

É interessante ver como os adolescentes trazem para o plano de uma técnica o seu gregarismo, a visão de que as práticas educativas devem ser trabalhadas em grupo de adolescentes e como se propõem a ter um papel proativo quando espaços são abertos.

Também é digno de destaque o interesse pela continuidade e regularidade das atividades: *“hoje é quarta, teve reunião, na outra quarta...; uma vez por semana..., o mesmo horário... uma hora, duas horas”.*

Os temas propostos para serem trabalhados foram: *“prevenção”, “saúde”, “drogas”, “namoro”, “sexo”, “os pais”, “a violência”, “gravidez”,* e reforçam, portanto, necessidades identificadas nos eixos temáticos anteriores.

Outro aspecto importante para o exercício da sexualidade e a vida reprodutiva dos adolescentes, e que foi apontado como dificuldade nos serviços de saúde, foi o fornecimento, em condições adequadas e com regularidade, de preservativo, com uma sugestão de dispensação: *“o agente distribuir a camisinha”.*

## 5.6.2. Grupos dos Familiares

Quadro 18 – Resultados dos temas selecionados das leituras flutuantes do material obtido nos GF de familiares, segundo “O que gostaria de receber como ajuda nas necessidades ou problemas nos serviços de saúde”, SJRP, 2005/2006.

| O que gostaria de receber como ajuda nas necessidades ou problemas nos serviços de saúde |                                       |   |
|--|---------------------------------------|---|
| No adoecimento   | Em relação à organização dos serviços | Pronto-socorro<br>Ter horário para consulta na agenda   |
| Na Promoção<br>e<br>na prevenção   | Em relação a Profissionais            | Especialista para adolescente<br>Psicóloga  |
|  | Em relação a tecnologias              | Orientação para os pais<br>Atividades educativas, sexualidade e saúde reprodutiva<br>Inovação nas ações e atividades de saúde<br>Atendimento individual na psicologia e em grupos: grupo para pais e grupos para adolescentes<br>Estabelecimento de vínculos com psicóloga<br>Atividades inovadoras para envolver o adolescentes (introdução do lúdico) com envolvimento da “turma” |
|  | Em relação à organização dos serviços | Ocupação para o tempo livre com lazer, música etc,<br>Professora não tem tempo. Ter psicóloga para acompanhamento nas escolas   |

### 5.5.2.a) Em relação ao adoecimento

Nas expectativas em relação ao adoecimento, os familiares começam por apontar aspectos organizacionais, ressaltando, como os adolescentes, a importância do pronto-atendimento: *“horário de atendimento”*; *“a gente precisava nesse bairro era um pronto-socorro, esse posto demora tanto uma consulta para outra”*; *“tem que ter emergência, igual tinha antes”*, *“emergência”*.

#### 5.6.2.b) Em relação à promoção e à prevenção

Observou-se que, no componente de promoção e prevenção da saúde, os familiares gostariam, em relação aos profissionais de saúde, de contar com adequações, conforme expresso nas falas a seguir: *“ter especialista para a faixa etária deles, que nem aqui tem, não é em todo lugar que tem”, “Eu acho que a psicóloga tem que entrar com eles, pegar amizade com eles”; “sexual ou de saúde, mas um pessoal para conversar e entender um pouco a língua deles”; “poderia ter mais um grupo, a psicóloga não deixar de falar, ela falar para eles poder se abrir, porque se for para ele falar, ele não vai”; “pelo menos uma vez na semana tivesse uma reunião, para conversar com eles”; “se fizesse essa reunião com os adolescentes, um falaria para o outro, estou com problema, mas vai ter uma reunião lá no postinho. Vamos nessa?”.*

Nas expectativas em relação à promoção e prevenção à saúde, foram inúmeras as manifestações, em especial no detalhamento das diversas tecnologias utilizadas nas práticas de saúde. Para as atividades em grupo ou voltadas para os adolescentes, as falas foram: *“trabalhar em grupo”; “deveria ser a cada três meses, não só quando eles vêm no médico”; “adoram ver coisa diferente”; “poderia ter também medir pressão, mas voltado para o adolescente, não para os outros adultos, falar só para eles”; “campanha em geral para os adolescentes”; “se tivesse uma vez por mês uma campanha, para o adolescente”.*

Foram expressas também expectativas em relação à realização de atividades que capacitassem os pais para que pudessem ajudar os filhos adolescentes nas suas necessidades: *“poderia chamar as mães e os filhos. Vai as mães e conversa com umas a gente e os filhos com outros. Depois faz aquele debate”; “mais orientação, palestra, se desse para orientar a gente, porque é difícil lidar, eu tenho 3, 4 diferentes lá em casa, tenho que me virar”*.

Falou-se ainda de expectativas em relação à escola: *“não com professor, mas outros acompanhamentos, ter uma psicóloga, uma coisa, para acompanhar eles... porque geralmente a professora não tem tempo, é muito aluno para ela dar conta de um problema, do problema do outro. Ter mais uma pessoa específica para cuidar de cada um”*.

Para os familiares, a idéia de esporte, lazer e música, surgiu como alternativa para a ocupação do tempo livre dos adolescentes: *“não tem trabalho para eles trabalhar, pelo menos ter atividade, lazer, para a cabeça, a mente”; “esporte”; “programa na quadra”; “poderia ter uma música, aqueles jovens todos conversando ali e a música para eles, para eles mesmo desenvolver coisas boas”*.

### 5.6.3. Grupos dos Profissionais de Saúde

Quadro 19 – Resultados dos temas selecionados das leituras flutuantes do material obtido nos GF de profissionais de saúde, segundo “O que gostaria de receber como ajuda nas necessidades ou problemas nos serviços de saúde”, SJRP, 2005/2006

| O que gostaria de receber como ajuda nas necessidades ou problemas nos serviços de saúde |                                       |  |
|--|---------------------------------------|--|
| Na Promoção<br>e<br>na prevenção   | Em relação a Profissionais            | Profissional capacitado para o atendimento<br>Falta de recursos humanos  |
|  | Em relação a tecnologias              | Melhorar o atendimento pela equipe<br>Assegurar privacidade e confidencialidade<br>Orientação vocacional nas escolas e auto-responsabilização<br>Educação continuada sobre saúde nas escolas<br>Ajuda para os pais<br>Aumentar as oportunidades para acolhimento das necessidades também do sexo masculino (melhorar a auto-estima)<br>Conversar sobre saúde em outros espaços (lazer, esportes etc)<br>Aproximar da família |
|  | Em relação à organização dos serviços | Serviços para o adolescente<br>Espaço para esses adolescentes no serviço<br>Atendimento voltado também para o sexo masculino<br>Trabalhar a intersectorialidade (atuar junto com a saúde, e não lidar com os problemas como se fossem doença).<br>Lazer<br>Ocupação do tempo livre.  |
|  | Em relação a insumos                  | Facilitar acesso ao preservativo<br>Grupo de artesanato (tem que trazer as coisas)<br>Falta de recursos materiais para as iniciativas de atendimento ao adolescente  |
|  | Outros                                | Escolas profissionalizantes<br>Programas educativos na Mídia<br>Preservativo em vários locais  |

#### 5.6.3.a) Em relação à promoção e à prevenção

Nas expectativas dos profissionais de saúde, surgem manifestações apenas em relação à promoção e prevenção: *“Médico, esses adolescentes têm perguntas e precisam de respostas. Então seria necessário alguém que fosse realmente capacitado para estar dando esses grupos, essas palestras, informações”; “envolver outros profissionais também”; “melhorar os recursos humanos, os profissionais, é super competente, é um bom potencial para*



*trabalhar a comunidade. O que falta mesmo é mão-de-obra e disponibilidade”; “o profissional de saúde está muito sobrecarregado, então, a gente tem demandas específicas, de adolescente, de mãe, bebê, gestante, e na verdade se a gente pudesse ter mais tempo para se dedicar a uma determinada demanda, eu acho que aumentaria muito a qualidade do serviço de saúde”; “ter reunião a princípio com todos que vão estar envolvidos com esse adolescente”, “estar tendo um espaço para esses adolescentes, na unidade, mas um lugar separado”; “o pessoal que atende esse adolescente, desde a recepção até quem vai dar um medicamento, quem vai dar o anticoncepcional, e fazer entender que nós não podemos olhar e criticar. Acolher, ouvir e tentar ajudar”.*

Foi reforçada a necessidade do trabalho em equipe para o envolvimento de todos no processo de trabalho. Observou-se ênfase especial para o acolhimento desde a recepção, passando pelas atividades nas consultas até o fornecimento de insumos e medicamentos.

Foi ilustrada a importância da privacidade e foram sugeridos aspectos da ambiência para o atendimento ao adolescente, sendo ilustrado como “espaço” para esses adolescentes um lugar separado. Portanto, com expectativas de algo mais para além da área física.

O conceito de ambiência (MS, 2006) na organização de serviços é o “ambiente físico, social, profissional e de relações inter-pessoais que deve estar relacionado a um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana. Nos serviços de saúde, a ambiência é marcada tanto pelas tecnologias médicas ali presentes quanto por outros componentes

estéticos ou sensíveis apreendidos pelo olhar, olfato, audição, por exemplo, a luminosidade e os ruídos do ambiente, a temperatura, etc. Além disso, é importante na ambiência o componente afetivo expresso na forma do acolhimento, da atenção dispensada ao usuário, da interação entre os trabalhadores e gestores”.

Portanto, os profissionais expressaram expectativas amplas e que dessem conta dos diversos aspectos das necessidades dos adolescentes de uma forma oportuna e humanizada.

A expectativa de uma melhor capacitação dos profissionais para o atendimento do adolescente também foi observada. Segundo Elster e Marcel (2003), os profissionais de saúde precisam ser mais bem treinados para a comunicação com os adolescentes e seus pais. Ele destaca a importância do domínio de uma relação, quando necessária, de forma privada entre o profissional e o adolescente.

Para os profissionais de saúde, surge também a necessidade de envolver mais o sexo masculino nas rotinas dos serviços de saúde: *“na maioria é do sexo feminino, é importante a participação do sexo masculino”*.

Observaram-se, nessas falas, expectativas tanto em relação a tecnologias, como à organização de serviços de saúde. Na utilização de tecnologias, destacou-se a necessidade de grupos de sala de espera para adolescentes e grupos de pais. Foi verbalizado, na ajuda que os pais devem receber para lidar com o adolescente, o aspecto da disciplina, a definição de limites aos seus filhos.

Para o município de São José do Rio Preto, os profissionais de saúde apresentaram expectativas de aumentar as oportunidades de acolhimento das necessidades dos adolescentes nos serviços de saúde: *“é imprescindível em Rio Preto, um atendimento aos adolescentes”*; *“nos bairros mais necessitados, de periferia, tem que se montar projetos específicos para adolescentes”*.

Ainda na utilização de tecnologias, os profissionais apontam aspectos intersetoriais e destacam a relevância da educação e da capacitação para geração de renda: *“informação, uma educação continuada na escola, mas falando da área de saúde”*; *“a escola teria que ser um período integral e saía com uma profissão, sabendo fazer alguma coisa, coisa de primeiro mundo”*, *“instituições tinham que voltar a existir e exercer o papel de reeducar esses jovens. Por exemplo, São Judas Tadeu - saía de lá com uma profissão, com 18 anos”*; *“cursos profissionalizantes, artesanato, línguas, computação, que pode mais para frente dar uma condição para ele ter uma renda”*; *“Coisas para ele próprio, aprender outra língua, aprender um curso profissionalizante e a relação com a família”*.

Por outro lado, também com vistas à intersetorialidade, foi apontada a escassez de recursos materiais para que as equipes de saúde avancem em atividades educativas, com práticas pedagógicas mais participativas e com atividades de lazer e esportivas: *“falta é recurso mesmo de trabalho”*; *“tem que trazer as coisas, a gente tem que tirar do nosso bolso, quem está lidando com adolescentes fala de esporte, fala de atividade física, mas uma coisa muito mais distante, e teria que ser uma coisa mais próxima”*; *“ser*

*conversado sobre saúde nesses outros espaços a gente conseguiria uma ação boa, em termos de cuidado, de saúde”.*

Para a melhor atenção e cuidado dos adolescentes, o documento australiano *National Mental Health Strategy (2004)* propõe melhor treinamento dos profissionais de saúde no reconhecimento e superação das barreiras no uso dos serviços de saúde pelos adolescentes. Assim, os profissionais podem buscar transformar as imagens negativas dos atendimentos em saúde, construídas anteriormente, para a de serviços acolhedores e amigos dos adolescentes (*apud Tylle et al, 2007*).

Os profissionais de saúde destacaram a sobrecarga do setor saúde no atendimento às demandas do adolescente e alertaram para a necessidade de um olhar mais amplo e um compromisso mais compartilhado, sobre elementos do cotidiano da adolescência: *“a intenção é saúde, esporte, educação e cultura. Na verdade acaba caindo tudo para a saúde”; “a saúde tem que ver o menino que vai mal na escola, que está brigando na rua, na creche, tudo cai em cima da saúde”; “lidam com isso como doença, e na verdade não é doença, é comportamento”; “precisa realmente ter esse envolvimento de outras Secretarias envolvidas, para poder dar uma mão”; “o negócio é organizar”; “de repente o cara não gosta de esporte, mas é de música, ginástica, pode ser que goste da capoeira ... de computação”.*

Nessas falas, apareceu a crítica à medicalização de aspectos da socialização do adolescente de forma mais geral, como no caso do fracasso escolar. O fracasso escolar pode estar ligado a vários fatores não médicos,

como baixa renda, pobreza etc. Neste sentido, reforça-se a necessidade de discussão dos principais problemas advindos da educação e que se configuram em demandas para os serviços de saúde (Collares e Moisés, 1996; Sucupira, 1994).

A preocupação com o tempo livre do adolescente foi também manifestada: *“no nosso bairro realmente é lazer, não temos”; “precisa ter mais ocupação”; “ter mais programas educativos na televisão”; “novelas tem cenas abusivas para os adolescentes”; “devia ser mais programas educativos”*.

No estudo de Barros *et al* (2002), com adolescentes do Rio de Janeiro, os resultados demonstraram que as atividades no uso do tempo livre assim distribuídas: 96,1% do tempo para praticar esportes; 91%, ver televisão; e 77%, ficar na rua.

A preocupação, por parte dos profissionais entrevistados no presente estudo, com relação ao uso do tempo livre, trouxe a percepção destes sujeitos, quanto a potencial situação de risco no cotidiano das ruas dos seus bairros, em que vivem estes adolescentes.

Os profissionais de saúde apresentaram também expectativas em aumentar a cobertura de distribuição de preservativos: *“colocar preservativo na videolocadora, postos de gasolina, supermercado”*. Além de ampliar a cobertura, disponibilizando este insumo em vários locais, identificou-se a preocupação em facilitar o acesso aos preservativos em locais que o adolescente frequenta cotidianamente nas suas atividades, aumentando a oportunidade de estar disponível quando da necessidade de seu uso.

### 5.7 Auto avaliação dos grupos focais

No final dos grupos foi feita a avaliação da atividade, sendo que para todos os sujeitos do estudo foi valorizada a oportunidade de falar sobre as necessidades dos adolescentes. Os adolescentes ilustraram com a seguinte expressão: *“ninguém nunca perguntou para a gente o que a gente acha que falta no postinho”*; para os familiares: *“nunca tive essa oportunidade de estar. Eu acho que se eu tivesse tido, me ajudaria mais, não ter sofrido tanto com eles”*; e para os profissionais: *“com 40 anos, nunca passei por isso na saúde. Então para mim foi uma experiência nova”*. Identificou-se também a expectativa de continuidade da atividade para os adolescentes: *“pode ter mais vezes”*; para os familiares: *“acho que tem que ter mais, para ajudar mais mães, porque ajuda as mães”*; e para os profissionais: *“queria que tivesse sempre.”*

## 6. Considerações finais

O presente estudo buscou captar, na percepção dos indivíduos, as necessidades ou problemas de saúde do adolescente atendido nas UBS, nas suas dimensões biológicas, psicológicas e sociais, tal como expressas nas demandas traduzidas pelos sujeitos do estudo.

A análise e discussão dos dados obtidos no estudo constituíram um importante desafio desta tese e tiveram por pressuposto a relação entre as representações apreendidas nas narrativas e as experiências do cotidiano dos indivíduos incluídos na pesquisa e que vivem em bairros do município de São José do Rio Preto. São representações de vivências surgidas no contexto dos serviços de saúde e influenciadas pela organização destes dentro do seu modelo assistencial.

Os sujeitos do estudo trouxeram percepções de situações de adoecimento, porém predominaram as de promoção e de prevenção. Neste sentido também foram as expressões dos ajustes nas práticas de saúde, os quais gostariam de ter na ajuda para atender a essas necessidades.

Diante da amplitude e complexidade que reveste a realidade do adolescente na sociedade atual, o estudo possibilitou a aproximação de alguns aspectos relevantes para a saúde destes adolescentes, no contexto dos bairros em que vivem.

Para todos os grupos do estudo, saúde ou “ausência de doença” foram percebidas como resultado da inter-relação de múltiplos fatores, principalmente os relacionados a: boas condições mentais, a aparência física ideal e aos relacionamentos familiares e afetivos.

Em países com profundas desigualdades sócio-econômicas, observa-se que os segmentos mais fragilizados são as crianças e os adolescentes. O Brasil apresenta uma má distribuição de renda, com problemas na área de educação, nas questões de moradia, nas oportunidades de trabalho e lazer, assim como grandes dificuldades nas formas de adoecimento e morte. Com essas diferenças, os adolescentes vivenciam dificuldades no processo de inserção social, de formas diversificadas, conforme as oportunidades colocadas e a seletividade de acesso a bens materiais e culturais. Essas diferenças na adolescência repercutem fortemente na capacidade de usufruir de direitos elementares, tais como educação, nutrição, moradia, boa saúde física e mental, trabalho, lazer, oportunidade de utilizar o tempo livre e participação social.

As políticas públicas adotadas, em especial as econômicas, exercem forte impacto nas políticas sociais, em especial sobre a saúde. O sistema de proteção social brasileiro vem avançando, porém sem a articulação com políticas econômicas que garantam o atendimento das necessidades básicas dos indivíduos, em particular nas de saúde.

As necessidades e os problemas de saúde dos adolescentes, expressos pelos sujeitos do estudo, refletem em vários momentos a falta de proteção social, desde a ausência de implementação de medidas que assegurem os direitos mais fundamentais dos adolescentes, até, em situações extremas, a violação desses direitos.

Dentre as situações de falta de implementação de recursos garantidores de direitos, destaca-se a não priorização e financiamento



compatível nas áreas de educação e saúde, especialmente importantes para proteger crianças e adolescentes.

Dentre as situações de violação de direitos, em especial dos que constam no Estatuto da Criança e Adolescente (ECA/Lei 8069 de 1990) e que foram expressas pelos adolescentes, identificaram-se problemas em relação a: familiares, nas situações de violência verbal e física; profissionais de saúde, no acolhimento inadequado; serviço de saúde, na falta de privacidade e confiabilidade no atendimento; escola, na negligência em situação de conflito; aos próprios adolescentes, na discriminação dos pares nas diferenças físicas e materiais; ao Sistema de Ensino, por não oferecer a capacitação necessária para o mundo do trabalho; à segurança, pela inoperância em situações de violência;, entre outros.

A preocupação central do estudo foi compreender as necessidades e os problemas de saúde dos adolescentes identificando as demandas carregadas para os serviços de saúde. Foram menos expressivas as percepções de necessidades ou problemas diretamente relacionados ao cuidado mais estritamente médico, embora tenha sido dado certo destaque ao atendimento de emergências. Por outro lado, os sujeitos do estudo trouxeram muitos elementos sobre o seu conceito de saúde e de vida saudável. Observou-se também uma grande valorização das necessidades e dos problemas na dimensão psíquica, em particular pelo grupo dos adolescentes.

As necessidades ou problemas relacionados à socialização, ao crescimento e desenvolvimento dos adolescentes foram os aspectos que

mais mobilizaram os encontros nos grupos. Eles se mostraram presentes nos diversos eixos temáticos, porém com diferentes expressões, e também apresentaram especificidades nas vivências de cada uma das três categorias de indivíduos estudados.

Foram identificados pontos de convergência e distanciamento nas falas dos adolescentes, pais e profissionais de saúde, que indicam as possibilidades de encontros e desencontros na construção das necessidades e demandas de cuidado para os adolescentes. Destacaram-se, nesse sentido, aspectos:

a) da socialização e saúde mental

O relacionamento familiar foi apontado por todos os grupos como problemático, ao mesmo tempo em que a família se constitui no principal ponto de apoio para os adolescentes. Foram os adolescentes os que mais ilustraram as situações de conflitos e que apontaram os problemas nesses relacionamentos.

Neste sentido, foram concordantes as expressões das expectativas do que gostariam de receber nos serviços de saúde em todos os grupos: apoio para melhorar o relacionamento entre o adolescente e os pais.

A valorização do relacionamento com os pais, refletida nas vivências dos adolescentes, referiu-se a situações diversas, desde o suporte nos relacionamentos familiares no cotidiano, até situações de proteção no caso de extrema violência no cotidiano das ruas, quando se sentem desprotegidos e retornam para os pais na busca de ajuda.

No processo de formação da identidade, os pais ocupam espaço especial e são um dos principais facilitadores ou dificultadores das transformações necessárias neste período de intensas mudanças. A rapidez dessas mudanças, o confronto dos diversos sistemas de valores culturais, religiosos etc, deixam o mundo muito complexo, relativista, ambíguo e sem referências estáveis. Os amigos são parecidos com eles próprios, têm carecimentos semelhantes, assim, nos momentos de necessidade de ajuda, nem sempre são as referências esperadas, daí a falta de confiança. Os pais já têm uma trajetória de referências positivas para o adolescente, já se tornam prioritariamente mais confiáveis do que outros indivíduos. Ao mesmo tempo, os adolescentes têm desejos e esforços de emancipação do padrão tradicional de vida e buscam o crescimento de sua individualidade em todos os aspectos.

As várias formas de violência estão arraigadas, não só nas relações interpessoais, mas também nas instituições sociais – família, escola, meios de comunicação, organizações e até mesmo nos diferentes grupos de adolescentes que se aglutinam em função de características semelhantes, com as quais reproduzem e reafirmam a discriminação e a solidariedade.

Entre as dificuldades levantadas, relativas a aspectos vividos pelos adolescentes no processo de construção da identidade e na emancipação em relação aos pais, destacam-se: falta de autonomia, falta de liberdade, falta de confiança nos pais, medo frente à possibilidade de geração de conflitos verbais e de agressão física, falta de identificação parental e ausência de membros da família, em geral o pai. Por outro lado, emergiram

questões inerentes ao adolescente, tais como: onipotência, falta de percepção de risco, falta de conhecimento, tendência de viver em grupo e identificando-se com esse grupo, dificuldade ou exclusão escolar, falta de ocupação do tempo livre, desemprego, falta de renda, convivência com situações de risco para os adolescente nas ruas e nos bairros, drogas, violência e preconceito com atitudes de discriminação.

O componente físico — alimentação, atividades físicas e “corpo ideal” - é importante atributo para a saúde mental do adolescente na visão de todos os grupos.

Esse aspecto mostrou também estreita relação com a importância dada pelos adolescentes aos problemas relacionados à mente (nos aspectos psíquicos, emocionais e cognitivos) e aos demais problemas, da mesma forma que estes permearam os demais eixos temáticos e estiveram presentes. As vivências de boas condições mentais foram identificadas desde a conceituação de saúde até a expressão de sofrimento mental nos problemas de saúde, sendo reforçadas pelas expectativas das intervenções que gostariam para ajuda neste carecimentos.

Foi importante observar o papel que ocupa a religião ou a espiritualidade na vida dos sujeitos do estudo, com a busca por algo que os remeta ao bem e ao bem-estar. Observou-se a procura por igrejas e líderes religiosos que puderam ajudar, tanto os adolescentes como a família, a alcançarem esta condição.

Observaram-se em todos os grupos as dificuldades com a intersetorialidade nas opções de lazer, cultura, acesso a equipamentos

sociais, incluindo serviços de saúde e educação, as oportunidades de trabalho e de rendimento mensal, aumentando as demandas de saúde mental.

A exclusão do mercado de trabalho e a diminuição de perspectivas de inserção na vida produtiva têm repercussões muito negativas para o adolescente, expondo-os, assim, a riscos sociais, aumentando a chance de transgressões. Nessa condição de exclusão social, os riscos vão desde eventos fatais, irreversíveis, impactando diretamente o perfil de morbidade e mortalidade por causas violentas e externas, até outras formas de eventos indesejáveis, como abandono social, vida nas ruas, prostituição, consumo/tráfico de drogas etc.

No quadro de necessidades formado, além da dificuldade de identificar a presença dos professores na vida dos adolescentes e familiares, observou-se a tendência da medicalização da dificuldade escolar. Ficou configurado também, neste carecimento, o vínculo estreito com a saúde mental.

As políticas públicas do município, com as iniciativas de intersetorialidade e as respostas que foram construídas com a Educação pela Secretaria Municipal de Higiene e Saúde, em especial pelo Programa Municipal de DST/AIDS, são significativas para todos os sujeitos envolvidos com a adolescência.

#### b) da sexualidade

Mesmo que identificado por todos os sujeitos um maior acesso à informação, principalmente sobre a sexualidade e a vida reprodutiva do adolescente, observou-se em todos os grupos a preocupação com o início precoce do exercício das práticas sexuais, o uso inconsistente de preservativo e a gravidez precoce.

Em todos os grupos, a preocupação com a vida sexual e reprodutiva se fez presente com diversificadas intensidades. Para os pais, a gravidez precoce surge como um “fantasma” com a mesma intensidade que o risco do uso de drogas. Estas situações geraram nos pais vivências de preocupações mais intensas do que as geradas no adolescente. Pode-se observar nos adolescentes “o medo da gravidez”, tanto na menina como no menino, sendo que, para a menina, é o medo de doer e ter que enfrentar a família por ocasião da gravidez precoce, e, para o menino, é preocupação ter que assumir a paternidade precocemente, agravada pela dificuldade de depender dos pais com a falta de perspectiva de trabalho. Em todos os grupos, foi reforçada a importância de aspectos ligados à sexualidade e à vida reprodutiva, reforçadas nas expectativas do que gostariam de receber de ajuda.

#### c) das situações de adoecimento

O estudo reforçou o referido na literatura e o vivenciado no cotidiano dos serviços de saúde. As situações de adoecimento são pouco frequentes, geralmente benignas, agudas, de curta duração e, em vários casos,

associadas a agravos por causas externas. Pela caracterização das vivências, elas não são preocupantes para nenhum dos sujeitos e são de baixo impacto na qualidade de vida do adolescente, portanto não são demandas que tensionam a organização dos serviços de saúde na forma assistencial curativa em que estão organizados.

d) dos serviços de saúde na vida dos adolescentes

O repertório de necessidades da adolescência, conforme expresso pelos sujeitos do estudo, estão tendo visibilidade parcial nos processos de trabalho dos serviços de saúde.

Embora tenha havido um avanço, o município de São José do Rio Preto enfrenta dificuldades decorrentes do financiamento insuficiente das políticas públicas sociais, em especial educação e saúde, o que limita as possibilidades de expansão do atendimento para a inclusão de programas não obrigatórios.

Para as dificuldades encontradas no atendimento das necessidades de saúde, a participação popular esteve ausente nos vários grupos. Em localidades marcadas pelas desigualdades sociais, é identificado um contexto de destituição de direitos, com o esvaziamento do Controle Social, conforme foi observado no estudo.

Na conclusão deste trabalho, foi importante reconhecer que, na maioria das vivências, o processo de trabalho na UBS não considera o adolescente e, por outro lado, o adolescente não reconhece o serviço de saúde como fazendo parte da sua vida quando tem problemas ou necessidades, sendo este o grande desencontro.

Agravam esta situação dois aspectos. O primeiro foi que as fragilidades da família não foram acolhidas pelos serviços de saúde, e o segundo, a imperceptível presença da escola, como expressão de sujeitos que interagem e propiciam ajuda ao adolescente nas suas necessidades.

Considerando os importantes avanços que o município conquistou, este trabalho pode contribuir no sentido de possibilitar reflexões sobre a forma de operar as práticas de saúde que envolvem os adolescentes, para que estejam mais próximos de suas necessidades e problemas de saúde, com escuta e acolhimento oportuno, possibilitando o cuidado destes indivíduos de forma humanizada para dentro dos serviços de saúde.

A crescente preocupação com a humanização do atendimento tem ampliado as possibilidades da abordagem integral à saúde do adolescente. Nesta abordagem, é fundamental que seja garantida a privacidade para que os adolescentes tenham confiança e estabeleçam vínculos com os serviços. Portanto, busca-se um projeto de atenção e cuidado em saúde de forma mais humanizada no processo de trabalho nos serviços para produzir saúde para os adolescentes.

A humanização é um processo de diálogo que garante e estimula a crescente integração entre as finalidades técnicas do trabalho e os projetos de vida dos usuários.

Neste momento, é fundamental olhar para este quadro de necessidades ou problemas de saúde, na perspectiva do cuidado. Onde utilizar ou não certas tecnologias, e desenvolver ou não outras novas, é um



exercício fundamental para a autonomia dos indivíduos e para que estas técnicas assegurem a dignidade humana.

O lugar do cuidado nas práticas de saúde é entendido como atitude e espaço de reconstrução de intersubjetividade, apoiado em tecnologias de saúde, mas sem resumir-se a elas na intervenção em saúde, pois permite olhar os indivíduos para além da assistência médica centrada no saber clínico.

Este estudo possibilitou reconhecer: a grande oportunidade de encontros entre quem tem carecimentos, aqui os adolescentes, com os que se propõem a atender a busca dessa necessidade ou problema; a necessidade de avançar na reconstrução do modelo assistencial curativo para um modelo que produz cuidado em saúde; a diferença entre os sujeitos e a importância de dar centralidade ao diálogo.

O presente estudo procurou olhar as necessidades e os problemas de saúde dos adolescentes dentro dos serviços de saúde, assim vem se somar às escassas investigações sobre saúde do adolescente.

Do ponto vista da implicação para as pesquisas na adolescência, o presente estudo aponta para a importância da construção de espaço de escuta de necessidades e provimento de cuidado para o adolescente. Sugere-se, nesse sentido, investigações prospectivas com os adolescentes nos serviços de saúde, experimentando e avaliando novas abordagens no modelo de produzir cuidado em saúde.

Do ponto de vista das intervenções em saúde, este estudo reforça que os adolescentes devem ser incluídos como autores do seu cuidado nos

diversos aspectos do quadro de necessidades ou problemas de saúde, vistos como sujeitos plenos, com carecimentos e direitos concretos.

## 7.ANEXOS



ANEXO A  
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
Formulário I  
ADOLESCENTE

### I - Dados de identificação do sujeito da pesquisa

1. nome do sujeito : .....  
 documento de identidade nº : ..... sexo : M [ ] F [ ]  
 data nascimento: ...../...../.....  
 endereço ..... nº .....apto: .....  
 bairro: ..... cidade .....  
 cep:..... telefone: ddd(.....) .....

Número de filhos na casa 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] mais de 3 [ ]

Na seqüência dos filhos I [ ] II [ ] III [ ] Outro [ ] Qual? .....

Tem filhos não [ ] 1 [ ] idade.....2 [ ] idades.....outro [ ] Qual? Idades.....

#### Escolaridade

##### Escolaridade dos pais

-mãe I grau [ ] II grau [ ] superior [ ] sem escolaridade [ ] outro [ ] Qual? .....

- pai I grau [ ] II grau [ ] superior [ ] sem escolaridade [ ] outro [ ] Qual? .....

Renda familiar 1-2 SM [ ] 3-4 SM [ ] 5-6 SM [ ] 7-8 SM [ ] 9 -10 SM [ ] >10SM [ ]

Modalidade de assistência SUS [ ] área de SF [ ] Convênio [ ] Outro .....

## TÍTULO DA PESQUISA

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.

Explicações do pesquisador ao adolescente.

*“ Olá , meu nome é ..... \*.*

*Nós estamos fazendo uma pesquisa para conhecer sobre as necessidades dos adolescentes e o que faz que ele procure os serviços de saúde em São José do Rio Preto.*

*Serão realizados grupos com mais ou menos 6 a 10 adolescentes para ser conversado sobre o que é necessário para os adolescentes e as suas demandas para o cuidado nos diversos serviços de saúde/outros.*

*O grupo dura aproximadamente 1 hora e 30 minutos podendo chegar até 3 horas.*

*A reunião do Grupo Focal será gravada, e será a partir da transcrição desse material que foi gravado é que será feita a análise, posteriormente será elaborado um texto no qual não há qualquer identificação pessoal. Serão feitos grupos também com pais e profissionais, para que se torne possível a melhor compreensão das necessidades dos adolescentes e suas transformações em demandas por cuidado.*

*Vocês tem alguma pergunta?*

*Quero lhe dar certeza que todas as suas respostas serão mantidas sob sigilo. Você tem o direito de parar de participar do grupo a qualquer momento ou não responder as perguntas que não desejar. Para nós não há respostas certas ou erradas. Algumas podem ser difíceis e pessoais, mas poderá ser também uma oportunidade para você falar sobre suas necessidades e como você gostaria que fossem atendidas nos serviços de saúde.*

*Vocês tem alguma pergunta?*

*Vocês concordam em participar do grupo e da pesquisa?”*

Nome, endereço e telefones do responsável pela pesquisa para contato em caso de necessidades

decorrentes da pesquisa.

Dra Maria Lucia Machado Salomão – Avenida Faria Lima 5416 – CEP 15090-000 São José do Rio Preto (17) 3201 5718 ou cel (17 )9707 8082

## CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa.

São José do Rio Preto, de de 2005.

\_\_\_\_\_  
assinatura do sujeito da pesquisa

\_\_\_\_\_  
assinatura do pesquisador



ANEXO B  
 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
 Formulário II  
FAMILIAR de ADOLESCENTE

I - Dados de identificação do sujeito da pesquisa

1. nome do sujeito:.....  
 documento de identidade nº : ..... sexo : M [ ] F [ ]  
 data nascimento: ...../...../.....  
 endereço ..... nº .....apto: .....  
 bairro: ..... cidade .....  
 cep:..... telefone: ddd(.....) .....

Escolaridade dos pais

-mãe I grau [ ] II grau [ ] superior [ ] sem escolaridade [ ] outro [ ] Qual?.....

-pai I grau [ ] II grau [ ] superior [ ] sem escolaridade [ ] outro [ ] Qual?.....

Renda familiar 1-2 SM [ ] 3 -4 SM [ ] 5-6 SM [ ] 7-8 SM [ ] 9 -10 SM [ ] > 10 SM [ ]

Modalidade de assistência SUS [ ] área de [ ] Convênio [ ] Outro.....

Número de filhos na casa :

1 – F [ ] M [ ] idade.....escolaridade.....Filho não [ ] sim [ ] idade.....

2 – F [ ] M [ ] idade.....escolaridade.....Filho não [ ] sim [ ] idade.....

3 – F [ ] M [ ] idade.....escolaridade.....Filho não [ ] sim [ ] idade.....

4 – F [ ] M [ ] idade.....escolaridade.....Filho não [ ] sim [ ] idade.....

5 – F [ ] M [ ] idade.....escolaridade.....Filho não [ ] sim [ ] idade.....

## TÍTULO DA PESQUISA

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.

Explicações do pesquisador aos familiares de adolescentes:

*“Olá, meu nome é.....*

*Nós estamos fazendo uma pesquisa para conhecer sobre as necessidades dos adolescentes e o que faz que ele procure os serviços de saúde em São José do Rio Preto.*

*Serão realizados grupos com mais ou menos 6 a 10 familiares de adolescentes para ser conversado sobre o que é necessário para os adolescentes e as suas demandas para o cuidado nos diversos serviços de saúde/outros.*

*O grupo dura aproximadamente 1 hora e 30 minutos podendo chegar até 3 horas.*

*A reunião do Grupo Focal será gravada, e será a partir da transcrição desse material que foi gravado é que será feita a análise, posteriormente será elaborado um texto no qual não há qualquer identificação pessoal. Serão feitos grupos também com adolescentes e profissionais, para que se torne possível a melhor compreensão das necessidades dos adolescentes e suas transformações em demandas por cuidado.*

*Você tem alguma pergunta?*

*Quero lhe dar certeza que todas as suas respostas serão mantidas sob sigilo. Você tem o direito de parar de participar do grupo a qualquer momento ou não responder as perguntas que não desejar. Para nós não há respostas certas ou erradas. Algumas podem ser difíceis e pessoais, mas poderá ser também uma oportunidade para você falar sobre as necessidades do adolescente e como você gostaria que fossem atendidas nos serviços de saúde.*

*Vocês têm alguma pergunta?*

*Vocês concordam em participar do grupo e da pesquisa?”*

Nome, endereço e telefones do responsável pela pesquisa para contato em caso de necessidades decorrentes da pesquisa.

Dra Maria Lucia Machado Salomão – Avenida Faria Lima 5416 – CEP 15090-000 São José do Rio Preto (17) 3201 5718 ou cel (17 )9707 8082

## CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa.

São José do Rio Preto, de de 2005.

---

assinatura do sujeito da pesquisa

---

assinatura do pesquisador



ANEXO C  
 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
 Formulário III  
PROFISSIONAL DE SAÚDE

I - Dados de identificação do sujeito da pesquisa

1. nome do sujeito : .....  
 documento de identidade nº : ..... sexo : M [ ] F [ ] data nascimento: ...../...../.....  
 Profissão..... Atua na Equipe SAD sim [ ] não [ ] Atende Adol sim [ ] não [ ]  
 Se sim para as perguntas acima há quanto tempo.....  
 endereço ..... nº .....apto: .....  
 bairro: ..... cidade .....  
 cep:..... telefone: ddd(.....) .....

TÍTULO DA PESQUISA

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.

Explicações do facilitador aos profissionais de saúde:

*“Olá, meu nome é.....*

*Nós estamos fazendo uma pesquisa para conhecer sobre as necessidades do adolescente e o que faz com que ele procure os serviços de saúde em São José do Rio Preto.*

*Serão realizados grupos com mais ou menos 6 a 10 profissionais de saúde de serviços que atendem/cuidam de adolescentes para ser conversado sobre o que é necessário para o adolescente e as suas demandas para o cuidado nos diversos serviços de saúde/outros.*

*O grupo dura aproximadamente 1 hora e 30 minutos podendo chegar até 3 horas.*

*A reunião do Grupo Focal será gravada, e será a partir da transcrição desse material que foi gravado é que será feita a análise,posteriormente será elaborado um texto no qual não há qualquer identificação pessoal. Serão feitos grupos também com adolescentes e*

*pais, para que se torne possível a melhor compreensão das necessidades dos adolescentes e suas transformações em demandas por cuidado.*

*Vocês têm alguma pergunta?*

*Quero lhe dar certeza que todas as suas respostas serão mantidas sob segredo. Você tem o direito de parar de participar do grupo a qualquer momento ou não responder as perguntas que não desejar. Para nós não há respostas certas ou erradas. Algumas podem ser difíceis e pessoais, mas poderá ser também uma oportunidade para você falar sobre o que acha das necessidades dos adolescentes e como você gostaria que fossem atendidas nos serviços de saúde.*

*Vocês têm alguma pergunta?*

*Vocês concordam em participar do grupo e da pesquisa?"*

Nome, endereço e telefones do responsável pela pesquisa para contato em caso de necessidades decorrentes da pesquisa.

Dra Maria Lucia Machado Salomão – Avenida Faria Lima 5416 – CEP 15090-000 São José do Rio Preto

(17) 210 5718 ou cel (17 )9707 8082

#### CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa

São José do Rio Preto, de de 2005.

\_\_\_\_\_  
assinatura do sujeito da pesquisa

\_\_\_\_\_  
assinatura do pesquisador



## ANEXO D

### Roteiro do Grupo Focal I

#### Adolescentes

1ª parte (20 minutos)

- Apresentação do trabalho.

Esta é uma pesquisa sobre “as necessidades do adolescente e suas demandas para os serviços de Saúde de São José do Rio Preto” em que procuramos conhecer melhor as questões relacionadas aos significados atribuídos à Saúde para o adolescente, aos atribuídos às necessidades para o adolescente, aos atribuídos às demandas do adolescente na obtenção de cuidado em serviços de saúde/outros, aos atribuídos às ajudas que recebem dos serviços de saúde/outros, aos atribuídos à facilidades e dificuldades no cuidado nos Serviços de Saúde/outros para o adolescente e aos atribuídos à expectativa para o atendimento das necessidade dos Adolescentes.

\* garantia da confidencialidade.

\* não há certo nem errado, gostaríamos de conhecer todas as opiniões (Reforçar no decorrer do grupo).

\* o que for dito durante o grupo será gravado e transcrito, porém seu nome não será divulgado em nenhum momento.

- Aquecimento

\* apresentação dos participantes: nome ( Técnica de apresentação)

PERGUNTA 1 – geral.

Hoje vamos discutir as necessidades dos adolescentes em que procuraremos conhecer melhor as questões relacionadas ao que os

adolescentes sentem/pensam com relação à saúde e ao que necessitam. O que pensam disso:

- O que é saúde para o adolescente? Quais suas qualidades? Resgatar situações de saúde para o adolescente.

2ª parte (20 minutos)

\* até agora falamos dos aspectos ideais, nossos e das pessoas que conhecemos, mas sabemos que no cotidiano as coisas são diferentes.

#### PERGUNTAS 2 3 4 – confirmatórias

Vamos fazer agora uma discussão onde possamos refletir as principais necessidades dos adolescentes e os seus problemas/conflitos enfrentados no dia a dia de vocês com a relação a essas necessidades. Vocês tem uma variedade de situações/experiências/preocupações/dúvidas e gostaríamos que vocês selecionassem as que consideram mais representativas no que diz respeito a:

- Quais são as suas necessidades? Do que vocês precisam?
- Quais são os problemas mais freqüentes para vocês? Como eles acontecem? O que pensam destes problemas?
- Como vocês enfrentam esses problemas?

Propomos que vocês selecionem as situações ou temas que consideram mais representativos no que diz respeito as principais necessidades e os problemas/conflitos enfrentados no dia a dia de vocês.

Observação para a facilitadora: Se o grupo precisar de indução para discutir os temas lançar perguntas sobre as vivências do cotidiano como: na família, nas amizades, no namoro, na sexualidade, na escola, na utilização do tempo disponível, nos esportes, no lazer, no trabalho, na religião e nos serviços de saúde.

A quem vocês recorrem nestas necessidades ou problemas/conflitos? Por favor, gostaríamos que trouxessem individualmente estas situações, pois queremos conhecer os diversos pontos de vista. Relembramos que

neste assunto não há consenso, nem certo e errado, o que nos interessa é o ponto de vista de todos.

3ª parte (45 minutos)

Pergunta 5 – validação

Selecionar as principais necessidades e problemas dos adolescentes e relacioná-las diretamente às demandas para o cuidado/ajuda, ou seja, buscar significados atribuídos à expectativa em relação ao atendimento das necessidades dos Adolescentes e abordá-las então como o tema de discussão de agora em diante: O que um adolescente pode fazer quando se encontra numa situação de problema/dificuldade? A quem ou a que lugares ela pode recorrer? O que foi bom nesses lugares? E o que foi ruim?

- O que você gostaria de receber no cuidado oferecido nos serviços de saúde/outros para serem ajudados nestes problemas? Quais suas qualidades? Resgatar situações de cuidado.

\* Retomar o roteiro. Alguém gostaria de acrescentar mais alguma coisa? Gostaríamos de agradecer a presença e a disponibilidade de todos vocês.

Foi utilizado como referência o roteiro de GF da *Pesquisa Projeto FAPESP / Políticas Públicas*

Ocorrência de casos de violência doméstica e sexual nos serviços de saúde em São Paulo e desenvolvimento de tecnologia de atendimento para o Programa de Saúde da Mulher. Schraiber L B, Oliveira A F *et al.* 2003 .

## ANEXO E

### Roteiro do Grupo Focal II

#### Familiares

1ª parte (20 minutos)

- Apresentação do trabalho.

Esta é uma pesquisa sobre “as necessidades do adolescente e suas demandas para os serviços de Saúde de São José do Rio Preto” em que procuramos conhecer melhor as questões relacionadas aos: significados atribuídos à Saúde para o adolescente, aos atribuídos às necessidades para o adolescente, aos atribuídos às demandas do adolescente na obtenção de cuidado em serviços de saúde/outros, aos atribuídos às ajudas que recebem dos serviços de saúde/outros, aos significados atribuídos à facilidades e dificuldades no cuidado nos Serviços de Saúde/outros para o adolescente e aos atribuídos a expectativa para o atendimento das necessidade dos Adolescentes.

\* Garantia da confidencialidade.

\* Não há certo nem errado, gostaríamos de conhecer todas as opiniões (Reforçar no decorrer do grupo).

\* o que for dito durante o grupo será gravado e transcrito, porém seu nome não será divulgado em nenhum momento.

- Aquecimento

\* Apresentação dos participantes: nome ( Técnica de apresentação)

PERGUNTA 1 – geral

Hoje vamos discutir as necessidades dos adolescentes em que procuraremos conhecer melhor as questões relacionadas ao que os adolescentes pensam/sentem com relação a saúde e o que necessitam. O que pensam disso:

- O que é saúde para o adolescente? Quais suas qualidades? Resgatar situações de saúde para o adolescente.

## 2ª parte (20 minutos)

Até agora falamos dos aspectos ideais, nossos e das pessoas que conhecemos, mas sabemos que no cotidiano as coisas são diferentes.

### PERGUNTAS 2 3 4 – confirmatória

Propomos que façamos agora a nossa discussão tratando do que os adolescentes pensam das suas principais necessidades e de seus problemas/conflitos enfrentados no dia a dia deles com a relação a essas necessidades. Vocês têm uma variedade de situações/experiências/preocupações/dúvidas e gostaríamos que vocês selecionassem as que consideram mais representativas no que diz respeito a:

- O que os adolescentes pensam sobre quais são as suas necessidades? Do que eles precisam?
- Quais são os problemas mais frequentes para eles? Como eles acontecem? O que acham que eles pensam destes problemas?
- Como eles enfrentam esses problemas?

Reforçando, propomos então que vocês considerem no que diz respeito as principais necessidades e os problemas/conflitos enfrentados no dia a dia pelos adolescentes.

Observação para a facilitadora: Se o grupo precisar de indução para discutir os temas lançar perguntas sobre as vivências do cotidiano como: na família, nas amizades, no namoro, na sexualidade, na escola, na utilização do tempo disponível, nos esportes, no lazer, no trabalho, na religião e nos serviços de saúde.

A quem eles/vocês recorrem nestas necessidades ou problemas/conflitos? Por favor, coloquem estes aspectos de acordo com a experiência individual, pois queremos conhecer os diversos pontos de vistas.

Relembramos que neste assunto não há consenso, nem certo e errado, o que nos interessa é o ponto de vista de todos.

3ª parte (45 minutos)

Pergunta 5 – validação

O que vocês pensaram quando fizeram esta discussão? Quem mais pensou assim? Quem pensou algo diferente?

Selecionar os assuntos relacionadas às principais necessidades e problemas dos adolescentes e relacioná-las diretamente às demandas para o cuidado/ajuda, ou seja buscar significados atribuídos a expectativa para o atendimento das necessidade dos adolescentes e abordá-las então como o tema de discussão de agora em diante: O que um adolescente pode fazer quando se encontra numa situação de problema/dificuldade? A quem ou a que lugares ele pode recorrer? O que foi bom nesse lugar? E o que foi ruim? O que se quer no cuidado oferecido pelos Serviços de Saúde/outros para atender as suas necessidades? Quais suas qualidades? Resgatar situações de cuidado. E o que se pode fazer?

Retomar o roteiro. Alguém gostaria de acrescentar mais alguma coisa? Gostaríamos de agradecer a presença e a disponibilidade de todos vocês.

Foi utilizado como referência o roteiro de GF da *Pesquisa Projeto FAPESP / Políticas Públicas*

Ocorrência de casos de violência doméstica e sexual nos serviços de saúde em São Paulo e desenvolvimento de tecnologia de atendimento para o Programa de Saúde da Mulher. Schraiber L B, Oliveira A F *et al.* 2003 .

## ANEXO F

### Roteiro do Grupo Focal III

#### Profissionais de saúde que cuidam de adolescentes

##### 1ª parte (20 minutos)

##### - Apresentação do trabalho.

Esta é uma pesquisa sobre as necessidades do adolescente e suas demandas para os serviços de Saúde de São José do Rio Preto em que procuramos conhecer melhor as questões relacionadas aos: significados atribuídos à Saúde para o adolescente, aos atribuídos às necessidades para o adolescente, aos atribuídos às demandas do adolescente na obtenção de cuidado em serviços de saúde/outros, aos atribuídos a ajuda que recebem nas necessidades, aos atribuídos à facilidades e dificuldades no cuidado nos Serviços de Saúde/outros para o adolescente e aos atribuídos a expectativa para o atendimento das necessidade dos Adolescentes.

\* garantia da confidencialidade.

\* não há certo nem errado, gostaríamos de conhecer todas as opiniões (Reforçar no decorrer do grupo).

\* o que for dito durante o grupo será gravado e transcrito, porém seu nome não será divulgado em nenhum momento.

##### - Aquecimento

\* apresentação dos participantes: nome ( Técnica de apresentação)

PERGUNTA 1 – geral.

Hoje vamos discutir as necessidades dos adolescentes, em que procuraremos conhecer melhor as questões relacionadas ao que os adolescentes pensam /sentem com relação à saúde e o que necessitam. O que os profissionais de saúde pensam disso:

- O que o adolescente pensa que é saúde? Quais suas qualidades?  
Resgatar situações de saúde para o adolescente.

2ª parte (20 minutos)

\* até agora falamos dos aspectos ideais, alguns nossos e das pessoas que conhecemos, mas sabemos que no cotidiano as coisas são diferentes.

PERGUNTAS 2 3 4 - confirmatória

Vamos fazer agora uma discussão onde possamos refletir as principais necessidades dos adolescentes e os seus problemas/conflitos enfrentados no dia a dia de vocês com a relação a essas necessidades. Vocês têm uma variedade de situações na experiência do serviço e gostaríamos que vocês selecionassem as que consideram mais representativas no que diz respeito a:

- Quais são as necessidades dos adolescentes? Do que eles precisam?
- Quais são os problemas mais freqüentes para eles? Como eles acontecem? O que eles pensam destes problemas?
- Como vocês ajudam a enfrentar esses problemas/ ou como são ajudados a enfrentar esses problemas?

Propomos que vocês selecionem as situações ou temas que consideram mais representativas no que diz respeito as principais necessidades e os problemas/conflitos enfrentados no dia a dia dos adolescentes.

Observação para a facilitadora: Se o grupo precisar de indução para discutir os temas lançar perguntas sobre as vivências do cotidiano como: na família, nas amizades, no namoro, na sexualidade, na escola, na utilização do tempo disponível, nos esportes, no lazer, no trabalho, na religião e nos serviços de saúde.

A quem “ÊLES”, os adolescentes recorrem nestas necessidades ou problemas/conflitos? Por favor, gostaríamos que trouxessem individualmente



estas situações, pois queremos conhecer os diversos pontos de vistas. Relembramos que neste assunto não há consenso, nem certo e errado, o que nos interessa é o ponto de vista de todos.

### 3ª parte (45 minutos)

#### Pergunta 5 - validação

Selecionar as principais necessidades e problemas dos adolescentes e relacioná-las diretamente às demandas para o cuidado/ajuda, ou seja, buscar significados atribuídos à expectativa para o atendimento das necessidades dos Adolescentes e abordá-las então como o tema de discussão de agora em diante: O que um adolescente “pode fazer/ou faz” quando se encontra numa situação de problema/dificuldade? A quem ou a que lugares eles pode recorrer? O que foi bom nesse lugar? E o que foi ruim?

O que você oferece/gostaria de oferecer no cuidado nos serviços de saúde/outros para ajudar os adolescentes nestes problemas?) Quais suas qualidades? Resgatar situações de cuidado.

\* Retomar o roteiro. Alguém gostaria de acrescentar mais alguma coisa? Gostaríamos de agradecer a presença e a disponibilidade de todos vocês.

Foi utilizado como referência o roteiro de GF da *Pesquisa Projeto FAPESP / Políticas Públicas*

Ocorrência de casos de violência doméstica e sexual nos serviços de saúde em São Paulo e desenvolvimento de tecnologia de atendimento para o Programa de Saúde da Mulher. Schraiber L B, Oliveira A F *et al.* 2003 .

## 8. Referências

Aberastury A, Dombusch A, Goldstein N, Knobel M, Rosenthal G. Adolescência e Psicopatia. In: Aberastury A, Knobel M. *Adolescência normal*. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1984. p. 72-9.

Abramo HM, Freitas MV, Spósito MP. Juventude em debate. In: Abramo HW, Freitas MV, Spósito MP, organizadores. *Juventude em debate*. São Paulo: Cortez; 2000. p.7-10.

Ávila LA. Introdução. In: *O eu e o corpo*. São Paulo: Escuta, 2004. p. 11-39.

Ayres JRJM, Paiva V, França Junior I, Gravato N, Lacerda R, Della Negra M, Marques HHS, Galano E, Lecussan P, Segurado AC, Silca MH. Vulnerability, human rights, and comprehensive health care needs of Young people living with HIV/AIDS. *Am J Public Health*. 2006; 96(6):1001-6.

Ayres JRJM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2001; 6(1):63-72.

Ayres JRJM, Buchalla CM, França Junior I, Lacerda RMV, Latorre MRDO, Marques HHS, Miranda SD, Della Negra M, Paiva VSF, Plucienik AMA, Salomão MLM, Segurado AAC, Silva NG. Vulnerabilidade e o cuidado às pessoas vivendo com HIV-AIDS: Um estudo sobre a assistência às mulheres vivendo com HIV-AIDS nos serviços públicos de saúde das cidades de Santos, São José do Rio Preto e São Paulo. Relatório ECI – *Enhancing Care Initiative School Public Health Harvard Boston – Brasil*; 2002.

Ayres JRJM, França Junior I. Saúde do Adolescente. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves, organizadores. *Saúde do Adulto Programas e ações na Unidade Básica*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2000. p. 66-87. (Saúde em debate: Série didática)

Ayres JRCM, França Junior I, Calazans GJ. Aids, vulnerabilidade e prevenção. In: II Seminário "Saúde Reprodutiva em tempos da AIDS". Anais. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS/Instituto de Medicina Social/ Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1997. p. 20-37.

Ayres JRCM. Adolescência e saúde coletiva: aspectos epistemológicos da abordagem programática. In: Schraiber LB, organizadora. *Programação em Saúde hoje*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1993. p. 139-82.

Áries P. *História social da criança e da família*. 2ª ed. Rio de Janeiro: LTC Livros Técnicos e Científicos Editora; 1981.

Arita NF, Rosemberg S. Cefaléia. In: Coates V, Beznos GW, França LA, coordenadores. *Medicina do Adolescente*. 2ª ed. São Paulo: Sarvier; 2003. p. 215-20.

Assis SG, Silva CMFP. Violências no município do Rio de Janeiro: áreas de risco e tendências da mortalidade entre adolescentes de 10 a 19 anos. *Pan Am J Public Health*. 1997; 1(5): 389-98.

Assumpção Junior FB. Desenvolvimento psicológico. In: Saito MI, Silva LEV. Coordenadores. *Adolescência, prevenção e risco*. São Paulo: Atheneu; 2001. p. 91-5.

Barros R, Coscarelli P, Coutinho MFG. O uso do tempo livre por adolescentes em uma comunidade metropolitana no Brasil. *Adolesc Latinoam.*, nov. 2002. 3(2):p.o-o. ISSN 1414-7130.

Barbosa DJ. O adolescente e o esporte. In: Makarroun MF, Souza RP, Cruz AR. *Tratado de adolescência: um estudo multidisciplinar*. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 1991. p. 120-7.

Barker G, Olukoya A, Aggleton P. Young people social support and help-seeking. *Int J Adolesc Med Health*. 2005; 17:315-36.

Bearinger LH, Sieving ER, Ferguson J, Sharma V. Global perspectives on the sexual and reproductive health of adolescents: patterns, prevention and potential. *Lancet*. 2007; 36: 120-31.

Becker D. O que é adolescência. São Paulo: Brasiliense; 1999.

BENFAM. Adolescentes, Jovens e Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde: um estudo sobre fecundidade, comportamento sexual e saúde reprodutiva. Brasil, 1999. Rio de Janeiro: Sociedade Civil Bem Estar Familiar do Brasil – BEMFAM; 1999.

Bernard D, Quine S, Kang M, Alperstein G, Usherwood T, Bennett D, Booth BM. Access to primary care for Australian adolescents: how congruent are the perspectives of health services providers and young, and does it matter? *Aust N Z J Public Health*. 2004; 28(5):487-92.

Berquó E. Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/AIDS. Brasília (DF): *Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Coordenação Nacional DST e AIDS*; 2000.

Bock AMB. A perspectiva sócio-histórica de Leontiev e a crítica à naturalização da formação do ser humano: a adolescência em questão. *Cad CEDES*. 2004; 24(62):33-43.

Bock AM. A psicologia sócio histórica: uma perspectiva crítica em psicologia. In: Bock AMB, Gonçalves MGM, Furtado O, organizadores. *Psicologia sócio-histórica: Uma perspectiva crítica em psicologia*. São Paulo: Cortez; 2001. p. 15-35.

Bock SD. A inserção do jovem no mercado de trabalho. In: Abramo HM, Freitas MV, Spósito MP, organizadores. *Juventude em debate*. São Paulo: Cortez; 2000. p. 11-6.

Bowes G, Resnick MD. Us and them: worldwide health issues for adolescents. *Lancet*. 2007; 369: 1058-60.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família. [citado 31 maio 2006 e 20/01/2007]. Brasília(DF); 2007. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>

Brasil. Ministério da Saúde. Dados de aids de 20/04/2007.[citado 27 de abril de 2007]. Brasília(DF); 2007. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/cgi/deftohtm.exe/tabnet/Br.def>.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização 2006.[citado 20 de janeiro de 2007]. Brasília(DF). Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id\\_area=389](http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=389)

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução da morbimortalidade por acidentes e violências . Série E. Legislação de saúde, n. 8. Brasília(DF); 2001.

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução do n. 196 de 10 de outubro de 1996. ministério da saúde. Brasília; 1996. [citado 31 maio 2006]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/docs/resolucoesd/resol196>.

Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Lei 8069 de 13 de julho de 1990. Estatuto da criança e do adolescente; 1990.

Brasil. Programa do adolescente. Portaria do Ministério da Saúde n. 980/GM de 21/12/1989. Brasília, 1989. [citado em 17 de outubro de 2003].. Disponível em : [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=360](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=360).

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 10 de outubro de 1988. Título VIII Capítulo III Seção I artigo 205; 1988.

Browne G, Gafni A, Roberts J, Byrne C, Majumdar B. Effective/efficient mental health programs for school age children: a synthesis of reviews. *Soc Sci Med*. 2004; 58:1367-84.

Calazans G. Cultura e Adolescência e Saúde: perspectiva para a investigação. In: Oliveira MC, organizadora. *Cultura, adolescência e saúde*. Campinas: Consórcio de Programas em Saúde Reprodutiva e Sexualidade na América (Cedes/Colmex/Nepo-Unicamp); 1999. p.44-96.

Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre os modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: Mehry EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde um desafio público*. São Paulo: Editora Hucitec; 1997. p. 229-66.

Carlini-Cotrim B. Drogas estranhando o óbvio. In: Abramo HW, Freitas MV, Spósito MP, organizadores. *Juventude em debate*. São Paulo: Cortez; 2000. p.71-95.

Carol N, Dwyer JD. Nutrition and exercise: effects on adolescent health. *Annu Rev Public Health*. 1991; 12: 309-33.

Collares C, Moisé M. Preconceitos no cotidiano escolar: ensino e medicalização. São Paulo: Cortez; 1996.

Carvalho A. Introdução. In: Coates V, Beznos GW, Françoso LA. *Medicina do adolescente*. 2ª ed. São Paulo: Sarvier; 2003. p. 1-6.

Cobelo AW. O papel da família no comportamento alimentar e nos transtornos alimentares. In:Phillipi ST, Alavarenga M, editores. Barueri:Manole; 2004. p.119-30.

Cohn A, Elias PEM. Equidade e reforma na saúde nos anos 90. *Cad Saúde Pública*. 2002(18) 173-80.

Cohn A, Elias PEM. *Saúde no Brasil políticas e organização de serviços*. São Paulo: editora Cortez; 1996. p. 1-63.

Colli AS. Conceito de adolescência. In: Marcondes E, Vaz FAC, Ramos JLA, Okay Y, organizadores. *Pediatria básica*. 9ª ed. São Paulo: Sarvier; 2002. p. 653-711.

Colli AS. Conceito de adolescência. In: Marcondes E. coordenador.

*Pediatria básica*. 7ª ed. São Paulo: Sarvier; 1984. 473-4.

Colli AS Penna HAO Epps DR. Adolescência. In: Marcondes E Alcântara P, organizadores. *Pediatria básica*. 5ª ed. São Paulo: Sarvier; 1975. 1437-56.

Correa ACP. A enfermagem brasileira e a saúde do adolescente. In: Ramos FRS, Monticelli M, Notschke RG, organizadores. Projeto acolher. Um encontro de enfermagem com o adolescente brasileiro. Brasília: ABEN Governo federal; 2000.

Dallari SG. Os estados e o direito a saúde. São Paulo: editora Hucitec; 1995. p. 19.

Da Matta R. A casa e a rua: espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil. Rio de Janeiro: Rocco; 1997.

Dâmaso AR, Teixeira LR, Curi MCON. Atividades motoras na obesidade. In: Fisberg M. *Atualização em obesidade na infância e adolescência*. São Paulo: Editora Atheneu; 2005. p. 131-9.

DATASUS. Mortalidade: São Paulo. Óbitos por residência por ano do óbito. MS/SVS/DASIS – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM 2004.[citado 17 out 2003 31 mai 2006]. Disponível em:

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obtsp.def.17/10/2003>.

Denzin N, Lincoln Y, editors. Hand book of qualitative research. London: Sage Publications; 1984.

Dias CAS. Grupo focal: técnica de coleta de dados em pesquisas qualitativas. Anexo2: Como operacionalizar um grupo focal.[citado 22 mar

2003].

Disponível:

<http://www.bireme.br/bvs/adolesc/P/textocompleto/adolescente/capitulo/cap09.htm>

Donangelo MCF. Saúde e sociedade. In: Donangelo MCF, Ferreira L. *Saúde e sociedade*. 2ª ed. São Paulo: Livraria Duas Cidades; 1976. p. 12-94.

Elias PE. Estado e saúde os desafios do Brasil contemporâneo. São Paulo. *Perspect*. 2004; 18(3): 41-6.

Erikson EH. Oito idades do homem. In: Erikson EH. *Infância e sociedade*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores; 1976. p. 227-56.

Elster AB, Marcell AV. Health care of adolescent males: overview, rationale and recommendations. *Adolesc Med* 2003; 14: 525-40.

Fench SA, Erry CL, Leon GR, Fulkerson JA. Food preferences, eating patterns, and physical activity among adolescents: correlations of eating disorders symptoms. *J Adolesc Health*. 1994; 15: 286-94.

Fisberg M. Primeiras palavras: uma introdução ao problema do peso excessivo. In: Fisberg M. *Atualização em obesidade na infância e adolescência*. 2ª ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2005. p.1-10.

Fischer RM . A mídia como espaço formativo do sujeito adolescente. Porto Alegre: Veritas; 1997. p. 333-48.

Galdini DR, Berzin O. O sofrimento do jovem psicólogo na busca do primeiro emprego: uma análise psicossocial da exclusão. In: Ozella S, organizador. *Adolescências construídas*. São Paulo: Cortez; 2003. p. 315-22.

Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, Césare CGL. Utilização dos serviços de saúde em áreas cobertas pelo Programa de Saúde da Família(Qualis) no município de São Paulo.*Rev Saúde Pública*. 2005; 39(1):90-5.

Green A. Projeção da identificação projetiva ao processo. In:Green A. organizador. *Sobre a loucura pessoal*. Rio de Janeiro: Editora imago; 1986. p. 90-109.



Guariglia F, Bento SF, Hardy E. Adolescentes como voluntários de pesquisa e consentimento livre e esclarecido: conhecimento de pesquisadores e jovens. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(1):53-62.

Fox MSS, McManus MHS, Limb MA. Early assessments of SCHIP's effect on access to care for adolescents. *J Adolesc Health*. 2003;32(6Suppl):40-52.

Harsha DW. The benefits of physical activity in childhood. *Am J Med Sci*. 1995;310(Suppl1):S109-S13.

Heidegger M. *Ser e tempo*. Petrópolis: Vozes; 1995.

Higginbottom GMA, Mathers N, marsh P, Kirkham M, Owin JM, Serrant-Green L. Young people of minority ethnic in England and early parenthood: news from young parents and services providers. *Soc Sci Med*. 2006;63:858-70.

Hinsheldwood RD. Identificação projetiva. In: Hinsheldwood RD. *Dicionário do pensamento Kleiniano*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.p.103-221.

Huberman AM, Miles MB. An expand sourcebook Qualitative Data Analysis. 2<sup>nd</sup> ed.London: Sage Publications; 1994.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – Censo 2000. Estatísticas do século XX. [citado 10 set 2003]. Disponível em: <http://www.ibge.com.br/>.

Infante DP. O suicídio na adolescência. In: Saito MI, Silva LEV, organizadores. *Adolescência prevenção e risco*. São Paulo: Editora Atheneu; 2001. p.399-403.

Kang M, Bernard D, Usherwood T. Better practice in youth health: final report on research study access to health care among young people in New South Wales: phase 2. Sydney: New South Wales Centre for the Advanced of Adolescent Health Children's Hospital at Westmead an Departament of General Praticce, University of Sidney at Westmead Hospital, 2005.

Kleinert S. Adolescent health: an opportunity not to be missed. *Lancet*. 2007;369:1057-8.

Knobel M. Visão psicológica do adolescente normal. In: Coates V, Beznos GW, Françoso LA. *Medicina do adolescente*. São Paulo: Sarvier; 2003. p. 39-44.

Knobel M. A síndrome da adolescência normal. In: Aberastury A, Knobel M. *Adolescência normal*. 3a ed. Porto Alegre: Editora Artes Médicas; 1984.p.36-55.

Krueger R. Focus group: a practical guide for applied research. London: Sage Publications; 1984.

Kuntzleman ET, Reif GG. The decline in American children's fitness levels. *Res Q Exerc Sport*. 1992; 63:107-11.

Kuyumjian FG. A mortalidade infantil no município de São José do Rio Preto no ano de 2003[dissertação mestrado]. São José do Rio Preto. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; 2006.

Kvales S. An introduction to qualitative research interviewing. London: Sage Publications; 1996.

Ladrière J. *Ética e pensamento científico: abordagem filosófica da problemática da bioética*. São Paulo: Letras&Letras – Sociedade de Estudos Filosóficos; 1995.

Leal M, Saito MI. Singularidades do desenvolvimento do adolescente: a síndrome da adolescência normal. In: Marcondes E, Vaz FAC, Ramos JLA, Okay Y, organizadores. *Pediatria básica*. 9ª ed. São Paulo: Sarvier; 2002.p.666-9.

Levisky DL. Panorama do desenvolvimento psicossocial do adolescente. In: Levisky DL. *Adolescência. Reflexões psicanalíticas*. Porto alegre: Artes Médicas; 1995. p. 15-25.

Maddaleno M, Suárez O. Situação social de los adolescentes y jóvenes em América Latina. In: Maddaleno M, Suarez O, editors. La salud Del adolescents y del joven. Organización Panamericana de la Salud. Washington; 1995 ( Publicación científica, 552).

Madeira FR, Rodrigues EM. Recado dos jovens: mais qualificação. In: Berquó E, organizador. *Jovens acontecendo nas trilhas das políticas públicas*. Brasília(DF): CNPQ; 1998.p.427-98.

Marcondes E. Crescimento e desenvolvimento. In: Marcondes E, Alcântara P, organizadores. *Pediatria Básica*. São Paulo: Sarvier; 1975.p.44-66.

Marle A. A mudança na alimentação e no corpo ao longo do tempo. In: Phillip ST, Alvarenga M. *Transtornos alimentares: uma visão nutricional*. São Paulo: Manole; 2004. p. 17-40.

Mays N, Pope C. *Qualitative research in the health care*. 2<sup>nd</sup> ed. London: BMJ;2000.

Matheus TC. Ideais de uma cultura. In: Matheus TC. *Ideias na adolescência: falta de perspectivas na virada do século*. São Paulo: Annablume/Fapesp; 2004.p.74-80.

Matheus TC. Ideias na adolescência: falta de perspectivas na virada do século. São Paulo: Annablume/Fapesp; 2004.p.15-24.

McIntyre. Adolescent Friendly Health services. An agenda for change. In: World Health Organization, Department of Child and Adolescent Health and Development. 2002.[cited 2003 mar 22]. Available from:

<http://www.who.int/child-adolescent-health>

Mead n, Brower P, Hann M. The impact of general practioner's patient-centred ness on patient's post-consultation satisfaction and enablement. *Soc Sci Med*. 2002;55:283-99.

Mead M. *Adolescência y cultura em Samoa*. Barcelona. 2ª ed. Barcelona: Pardos Ibérica AS; 1995.

Mello Jorge MHPM, Leite EB. Mortalidade na adolescência: futuro comprometido. In: Saito MI, Silva LEV. *Adolescência: prevenção e risco*. São Paulo: Editora Atheneu; 2001. p.407-23.

Mello Jorge MHPM. Como morrem nossos jovens. . In: Berquó E, organizador. *Jovens acontecendo nas trilhas das políticas públicas*. Brasília(DF): CNPQ; 1998.p.209-89.

Melo EM, Faria HP, Melo MAM, Chaves AB, Machado GP. Projeto meninos do Rio: mundo da vida, adolescência e risco de saúde. *Cad Saúde Pública*.2005;21(1):39-48.

Mendes-Gonçalves RB. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde. Características tecnológicas de processo de trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo*. São Paulo: Hucitec ABRASCO; 1994.

Merhy EE Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas. In: *Saúde e democracia*. São Paulo: Editora Lemos;2000.p.109-16.

Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Editora Hucitec; 1997.p.71-112.

Merhy EE, Cecílio LCO, Nogueira FRC. Por um modelo técnico assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde. São Paulo:Saúde em Debate.1991;33:83-9.

Metcalf T. sexual health: meeting adolescents needs. *Nurs Stand*. 2004;18(46):40-3.

Miller WR. Researching the spiritual dimensions of alcohol and other drug problems. *Addiction*. 1998; 93(7):979-90.

Minayo MCS, Souza ER, Njaine K, Delandes SF, Silva CMF, Fraga PCP, Gomes r, Abramovay M, Waiselfisz JJ, Monteiro MVN. *Fala galera: juventude, violência e cidadania*. Rio de Janeiro: Garamond; 1999.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec/ABRASCO; 1996.

Minayo MCS. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: Delandes SF, Cruz ON, Gomes R, Minayo MCS, organizadores. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes; 1994.p.9-29.

Mondini L, Monteiro CA. Mudanças no padrão da alimentação. In: Monteiro CA, organizador. *Velhos e novos males da saúde no Brasil. A evolução das doenças*. São Paulo: Editora Hucitec Nuppens/USP;1995-79-89.

Morgan DL. *Focus group as qualitative research*. London: Sage Publications; 1988.

Morin E. *Ciência com consciência*. Lisboa: Editora do Seuil Publicações Europa América Ltda; 1990.

Muuss R. *Teoria da adolescência*. 5ª ed. Belo Horizonte: Editora Interlivros; 1976.

Narvaes RO. Salud integral del adolescente Su abordaje interdisciplinario. *Adolesc Latino Am*. 1997;1(1):5-10.

Nascimento EMR, Mota E, Costa MCN. Custos de internações hospitalares em unidades da rede hospitalar integrada ao SUS em Salvador, Bahia. *Epidemiol Serv Saúde*. 2003, 12(3):137-45.

Nelson CH, Park J. The nature and correlates of unmet health care needs in Ontário, Canadá. *Soc Sci Med*. 2006; 62:2291-300.

Nemes MIB. Prática programática em saúde. In:Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, organizadores. *Saúde do adulto programas e ações*

*na unidade básica*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2000. p. 48-65. (Saúde em debate: Série didática)

Novaes HMD, Golbaum M, Carvalheiro JR. Políticas científicas e tecnológicas em saúde. *Rev USP*. 2001;51:28-37.

Ozella S. A adolescência e os psicólogos: a concepção e a prática dos profissionais. In: Ozella S, Galdini Dr, organizadores. *Adolescências construídas*. São Paulo: Cortez; 2003. p.17-40.

Paim JS, Almeida NF. A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva. Bahia: Editora Casa da Qualidade; 2000.

Paim JS A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: Rouquayrol MZ, organizadora. *Epidemiologia e Saúde*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Medsi Editora Médica e Científica Ltda; 1999.p.473-87.

Passos E. Política Nacional de Humanização. In: Passos E, Benevides R. Formação de apoiadores para a política nacional de humanização da gestão e da atenção a saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

Palazzo IS, Béria JU, Tomasi E. Adolescentes que utilizan servicios de atención primária : cómo vivem? Por que buscan ayuda y como expresam? *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(6): 1655-65.

Patarra NL. Mudança na dinâmica demográfica. In: Monteiro CA, organizador. *Velhos e novos males de saúde no Brasil*. São Paulo: Hucitec; 1995.p.61-78.

Patel V, Ficher AJ, Hetick S, McGorry P. Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet*. 2007; 369: 1302-13.

Patton GC, Vinner R. Pubertal transitions em helth. *Lancet*. 2007; 369:1130-9.

Pinheiro J, Viacava F, travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Cienc Saúde Coletiva*. 2002;7(4):607-21.

Philippi ST, Alvarenga M, editores. *Transtornos alimentares: uma visão nutricional*. Barueri; São Paulo: Manole; 2004. p. 21-38.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. 2007[citado 20 jan 2007]. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/IDH>

Rani M, Lule E. Exploring the socioeconomic dimension adolescent reproductive health: multicontry analysis. *Int Fam Plan Perspect*. 2004; 30(3):110-7.

Reato LFN. Meios de comunicação . In:saito MI, Silva LEV, coordenadores. *Adolescência: prevenção e riscos*. São Paulo: Editora Atheneu;2001.p.207-220.

Ribeiro C, campos MTA. Adolescências e Participação Social no Cotidiano das escolas: “A paz é a gente que faz”. Campinas, SDP: Mercado de Letras; 2002.

Rosenthal G, Knobel M. O pensamento no adolescente normal e no adolescente psicopático. In: Aberastury A, Knobel M. *Adolescência normal*. 3ª ed. Porto Alegre: Editora Artes Médicas ; 1984.p.51-5.

Ruotti M, Servián BV, RiosE, Vsokolan SC, Alvartez N Ruoti A, Montecinos E. Encuesta sobre oportunidades perdidas de atención integral Del adolescente. ASSUNCIÓN: OPAS/OMS; 1998.P.54.

Ruzany MH, Szwarcwald CI. Oportunidades perdidas da atenção integral ao adolescente:resultado de estudo piloto. Mapa da situação da saúde do adolescente no município do Rio de Janeiro. Fundação Osvaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2000.

Sá PC. Representações sociais o conceito e o estado atual. In: Spink MJ. O conhecimento no cotidiano. *As representações sociais na perspectiva da psicologia social*. São Paulo: Editora brasiliense; 1993.p.19-45.

Saito MI, Leal MM. Aspectos éticos da contracepção na adolescência. *Rev Assoc Méd Brás*.2003;9(3):234-5.

Saito MI, Colli AS. Adolescência. In: Marcondes E, Vaz FAC, Ramos JLA, Okay Y, organizadoras. *Pediatria básica*. 9ª ed. São Paulo: Sarvier; 2002a. P.653-711.

Saito MI, Colli AS. As necessidades de saúde. In: Marcondes E, Vaz FAC, Ramos JLA, Okay Y, organizadoras. *Pediatria básica*. 9ª ed. São Paulo: Sarvier; 2002b. P.669-72.

Saito MI, Colli AS. Atenção integral à saúde do adolescente. In: Marcondes E, Vaz FAC, Ramos JLA, Okay Y, organizadoras. *Pediatria básica*. 9ª ed. São Paulo: Sarvier; 2002c. P.656-9.

Saito MI. Adolescência ética e cidadania[editorial]. *Rev Pediatria*(São Paulo). 2002d. 24(12):9-10.

Saito MI. Medicina do adolescente: visão histórica e perspectiva atual. In: Saito MI, Silva LEV, organizadores. *Adolescência :prevenção e risco*. São Paulo:Editora Atheneu; 2001ª.p.3-9.

Saito MI, Silva LEV . Unidade de adolescentes – Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. *Adolescência prevenção e risco*. São Paulo: Atheneu; 2001b.p.11-9.

Saito MI. Adolescência, cultura e vulnerabilidade[editorial]. *Rev Ped*(São Paulo).2000;22(3):217-9.

Saito MI. Sexualidade, adolescência e orientação sexual: reflexões e desafios. *Rev Med*(São Paulo). 1996;75(1):26-30.



Sanches ZVM, Oliveira IG, Nappo AS. Fatores protetores de adolescentes contra o uso de drogas com ênfase na religiosidade. *Ciênc Saúde coletiva*. 2004;9(1):43-45.

Sant'Ana MJC. Distúrbios de aprendizado. In: Coates V, Beznos GW, França LA. *Medicina do Adolescente*. São Paulo: Sarvier; 2003<sup>a</sup>.p.678-83.

Sant'Ana MJC. Gravidez na adolescência: visão do hebiatra. In: Coates V, Beznos GW, França LA. *Medicina do Adolescente*. São Paulo: Sarvier; 2003<sup>a</sup>.p.361-71.

Santana P. Poverty, social e exclusion and health in Portugal. *Soc Sci Med*. 2002;55:33-45.

São José do Rio Preto. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde e Higiene. São José do Rio Preto; 2007a.

São José do Rio Preto. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde e Higiene. Coordenação Municipal de DST/Aids. São José do Rio Preto; 2007b.

São José do Rio Preto. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Planejamento e gestão estratégica. Conjuntura econômica. São José do Rio Preto. 2006a.

São José do Rio Preto. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde e Higiene. Manual da criança e adolescente – Construindo uma política intersetorial. Lei Municipal Decreto nº 13393 de 5 de dezembro de 2006. Coordenação municipal da criança e adolescente. São José do Rio Preto; 2006c.

São José do Rio Preto. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde e Higiene. Direção de avaliação auditoria e controle. São José do Rio Preto; 2006d.

São José do Rio Preto. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde e Higiene. São José do Rio Preto Coordenação Municipal de DST/Aids; 2006e.

São José do Rio Preto. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde e Higiene. São José do Rio Preto

São José do Rio Preto. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde e Higiene. São José do Rio Preto; 2003.

São Paulo. Índice Paulista de vulnerabilidade social. 2007. [citado 20 jan de 2007]. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/web/ipvs/index.ipvs.htm>.

São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Direção Regional de Saúde de São José do Rio Preto – DIR XXII; 2006.

Schraiber LB, Oliveira AF. Ocorrência de casos de violência doméstica e sexual nos serviços de saúde em São Paulo e desenvolvimento de tecnologia de atendimento para o Programa de Saúde da Mulher. Projeto de Pesquisa. São Paulo: Fapesp/PolíticaS Públicas; 2003.

Schraiber LB. Necessidades de saúde atenção primária. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves, organizadores. *Saúde do Adulto Programas e ações na Unidade Básica*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2000. p. 29-47. (Saúde em debate: Série didática)

Schraiber LB. Programação hoje: a força do debate. In: Schraiber LB, organizadora. *Programação em Saúde hoje*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1993. p. 11-35.

SEADE. Fundação do Sistema estadual de Análise da dados. Mortalidade Infantil, 2006.[citado 31 de maio 2006]. Disponível: <http://www.seade.gov.br/produtos/mortinf/>.

SEADE. Fundação do Sistema estadual de Análise de dados. Fecundidade, 2007.[citado 31 de maio 2006 21 jan 2007]. Disponível: <http://www.seade.gov.br/produtos/fecundidade/>.

Simmons OS Adolescent Medical Care. *J Pediatr Adolesc Gynecol.*2006;19:205-207.

Silber TJ Medicina de la adolescência: sua historia, crescimento y evolución. In: Maddaleno M, Suárez O, editores. La salud del adolescente y del joven. Washington: Organización Panamericana de La Salud/ Organización Mundial de la Salud; 1995. p.65-9.

Silva PLB. Serviços de saúde o dilema do SUS na nova década. São Paulo *Perspect.* 2003;17(1):69-85.

Skinner H, Biscope S, Poland B, Goldberg E. How adolescents use technology for health information: implications for health professions from focus group studies. Toronto. *J Med Res.* 2003;5(4):32-44.

Souza ER, Assis SG, Silva CMFP. Violência no município do Rio de Janeiro: áreas de risco e tendências de mortalidade entre adolescentes de 10 a 19 anos. *Rev Pan Salud Publ.* 1997;1(5):389-93.

Souza ER. Homicídios no Brasil: o grande vilão da Saúde Pública na década de 80. *Cad Saúde Pública.* 1994;10(Supl 1):45-60.

Spósito M. Estudos sobre a juventude em educação. *Rev Bras Educ.* 1997, 5(6):37-52.

Spink MJ. O estudo empírico das representações sociais. In: Spink MJ. O conhecimento no cotidiano. *As representações sociais na perspectiva da psicologia social.*São Paulo: Editora brasiliense; 1993.p.85-108.

Sttafford RS, Wang Y, Ma J. Us adolescents receive suboptimal preventive counseling during ambulatory care. *J Adolesc Health.* 2005;36(5):441-9.

Starfield B. atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.

Stevenson C, Doherty G, Barnett J, Muldoon OT, Trewa K. Adolescents' views of food and eating: identifying barriers to healthy eating. *J adolesc.* 2006; 10:1106-26.

Suárez EO, Robut E, Korin D, Cusminsky M. Adolescencia y juventud: aspectos demográficos y epidemiológicos. In: Suarez EO. *La salud del adolescent y el joven em las Américas*. Organización Panamericana de La salud Publication Científica 489; 1985.

Sucupira ACS. Repensando a atenção básica à saúde da criança e do adolescente na perspectiva intersetorial. Rio de Janeiro. *RAP*.1998;32(2):61-78.

Sucupira ACS, Succolotto SN. Atenção integral à saúde do escolar. In: Conceição JAN. *Saúde do escolar, a criança, a vida e a escola*. São Paulo: Sarvier, 1994; p.55-78.

Sullivan WP. It helps me to be a whole person: the role of spirituality among the mentally challenged. *Psychosoc Rehabil J.* 1993; 16:125-34.

Tanaka o, Melo CF. *Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente: um modo de fazer*. São Paulo: editora Universidade de São Paulo; 2000.

Testa M. Ensinar medicina. In: *Pensar em saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas Abrasco; 1992. p.56-88.

Tylee A, Haller DM, Graham T, Churchill R, Sanci LA. Youth-friendly primary-care services: how are we doing what more needs to be done? *Lancet.* 2007; 369:1565-1573.

Thorogood N, Green J. *Qualitative methods for health research*. London: sage Publications, 2004. p.10056-28.

UNAIDS/WHO epidemic update. December 2006[citado 5 mar 2007].  
Available from: [http://www.unaids.org/en/HIV\\_data/2006GlobalReport/default.asp](http://www.unaids.org/en/HIV_data/2006GlobalReport/default.asp)

Velho G. *Projeto e metamorfose: antropologia das sociedades complexas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2003.p.11-62.

Viana ALD'A, Dal Poz MR. A reforma do Sistema de saúde do Brasil e o Programa de saúde da família. *Rev Saúde Coletiva*. 2005;15(Supl):225-64.

Wagstaff A. Desiguald economica y mortalid infantil, comparaciones de nueve países em desarrollo. *World Health Organ*. 2000;78(10):19-29.

Walsh F. *Fortalecendo a resiliência familiar*. São Paulo: Editora Roca;2005. p.4-24.

WHO-World Health Organization – organización Panamericana de La salud. *La salud del adolescent y el joven em las Américas*. Organización Panamericana de La salud Publication Científica 489; 1985.

WHO-World Health Organization. Primary health care:Alma Ata1978.[citado 31 mai 2006]. Disponível em:

[http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration\\_almaata.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf)

Yongblade LM, Curry LA, Novak M, Vogel B, Shenkman EIA. The impact of community risks and resources on adolescent risky behavior and health care expenditures. *J Adolesc Health*. 2006;38:486-94.

Zubarew T, Ojeda ENS, Ruzany MH, Munist M, Maddaleno M. Avaliação sobre oportunidades perdidas de atenção integral do adolescente. *Projeto de apoio as iniciativas Nacionais de saúde integral do adolescentes na Região das Américas*.OPAS/OMS/Fundação WR Kellog;1992.