



UNISUL

UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA

CARMEM ANDRÉIA DUTRA EIDELWEIN

NOÇÃO DE SAÚDE E DOENÇA PARA ADOLESCENTES

Palhoça

2012

CARMEM ANDRÉIA DUTRA EIDELWEIN

NOÇÃO DE SAÚDE E DOENÇA PARA ADOLESCENTES

Projeto de trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de graduação em Psicologia da Universidade do sul de Santa Catarina – UNISUL, como pré-requisito parcial à obtenção do título de Psicóloga.

Orientador: Prof.^a Carolina Bunn Bartilotti, Dr.^a

Palhoça

2012

LISTA DE SIGLAS

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial

CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial infantil

IBGE – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan-americana de Saúde

PROSAD - Programa de Saúde do adolescente

SUS - Sistema Único de saúde

UNISUL – Universidade do Sul de Santa Catarina

UBS - Unidade Básica de Saúde

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Porcentagem do grau de importância atribuído pelos estudantes para se Ter Saúde.....pg 38

Gráfico 2 - Porcentagem do grau de importância atribuído pelos estudantes referentes aos aspectos Promoção de Saúde.....pg 49

GRÁFICO 3: Porcentagem do grau de importância atribuído pelos estudantes relacionados aos aspectos Doençapg 54

GRÁFICO 4: Porcentagem do grau de importância atribuído pelos estudantes referentes a Promoção de Doença.....pg 60

GRÁFICO 5: Porcentagem do grau de importância atribuído pelos estudantes referentes aos Serviços de Saúde.....pg 67

RESUMO

EIDELWEIN, Carmem A. D. **Noção de saúde e doença para adolescentes**. 2012. TCC em Psicologia. Graduação em Psicologia. Universidade do Sul de Santa Catarina.

A saúde e a doença têm muita relação com os comportamentos de uma população e sua cultura, é preciso compreender como se dá a processo saúde – doença e não tão somente diagnosticar as enfermidades, pois são muitos os indicadores que estão repercutindo e agravando a saúde dos adolescentes na contemporaneidade. A presente pesquisa teve como objetivo Caracterizar a noção de saúde e doença para adolescentes. Seu delineamento é de levantamento com caráter exploratório, como instrumento de coleta de dados teve uma escala contendo questões fechadas que abordam aspectos acerca da percepção do adolescente sobre saúde e doença, as questões foram dispostas em nível de mensuração ordinal, ou seja, os participantes tiveram que atribuir um valor de importância para cada item apresentado referente à Saúde e Doença, a amostra constitui-se de 305 adolescentes estudantes entre 14 e 25 anos matriculados nas séries do nono ano do ensino fundamental e ensino médio de duas escolas públicas. Os dados obtidos elucidam que os adolescentes avaliam como maior grau de importância para se Ter saúde, os itens *Condições de higiene, Ter uma alimentação adequada, Morar em lugares limpos, Prevenir Doenças e Não estar doente*. Com maior grau de importância para se Ter doença, os adolescentes avaliaram os itens *Não ter Saúde, Morar em lugar sujo, Ter uma doença contagiosa e Não tomar banho*. Os dados demonstram que a idéia de que Prevenir doenças é ser antônimo de Ter saúde, ainda está muito presente em nossa cultura, pois para estar saudável não pode estar doente, uma visão preventiva e curativa de se Ter saúde. O que permite refletir que os cuidados de ações físicas são bem expressivas na percepção dos adolescentes, aspectos importantíssimos para viver de forma saudável. Em relação aos Serviços de saúde oferecidos, os adolescentes avaliaram como maior grau de importância os itens *Mais profissionais especializados da saúde; Mais médicos; melhorar os locais de atendimento, Mais disponibilização de horário para atendimento, Melhorar os locais de atendimento e Sentir-se bem acolhido*. A qualidade dos Serviços de saúde oferecidos implica em promover políticas de saúde de modo a potencializar aspectos que devem ser elencados como necessários a equidade dos serviços de saúde, procurando formas eficientes da provisão dos serviços. Pois os cuidados com o processo saúde-doença na adolescência permitem que estes, se tornem adultos mais sensibilizados e conhecedores do que representa os cuidados com a saúde no seu desenvolvimento, bem como adesão de hábitos saudáveis. Por meio desses cuidados com a saúde que se podem reduzir os índices de mortalidade, reduzir o acometimento de doenças e aperfeiçoar como cada pessoa percebe sua qualidade de vida. Portanto é necessário investimentos em políticas públicas para promoção de saúde de jovens, articulando Programas de promoção de saúde já existentes com as realidades de cada comunidade, de modo que aconteça uma intersetorialidade nas redes de saúde pública.

Palavras-chave: Adolescentes, processo saúde- doença, serviços de saúde

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO.....	08
1.1 INTRODUÇÃO.....	08
1.2 OBJETIVOS.....	14
1.2.1 Objetivo Geral.....	14
1.2.2 Objetivos Específicos.....	15
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	16
2.1 CONCEITOS DE SAÚDE.....	16
2.2 CONCEITOS DE DOENÇA.....	16
2.3 Políticas Públicas em Saúde.....	22
2.4 ADOLESCÊNCIA.....	24
2.4.1 Políticas Públicas e Saúde para adolescentes.....	27
3 MÉTODO.....	30
3.1 Caracterização da pesquisa.....	30
3.2 Participantes da Pesquisa e Local.....	31
3.3 Instrumentos para coleta de dados.....	32
3.4 Equipamentos e materiais.....	33
3.5.1 Procedimentos de seleção de participantes.....	33
3.5.3 Procedimentos para coleta de dados.....	35
3.5.4 Procedimentos para organização, tratamento e análise de dados.....	35
4 DISCUSSÃO E ANÁLISE DE DADOS.....	36
4.1 Aspectos referentes as noções de saúde.....	36
4.2 Aspectos necessários e desencadeadores para Promoção de Saúde.....	47
4.3 Aspectos relacionados à Doença.....	53
4.4 Aspectos desencadeadores para promoção de doenças.....	59
4.5 Compreendendo as atribuições dos Serviços de Saúde.....	66
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	72
REFERÊNCIAS.....	75
APÊNDICE.....	83
APÊNDICE A – Carta de apresentação às escolas.....	85
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	86

APÊNDICE C – Instrumento de Coleta de Dados.....	87
APÊNDICE D – Tabela de Revisão de Literatura.....	93
ANEXO.....	94
ANEXO A – Declaração de Ciência e Concordância entre Instituições envolvidas.....	95

APRESENTAÇÃO

A presente pesquisa “Noção de Saúde e Doença para adolescentes” é decorrente do Trabalho de Conclusão de Curso, articulado ao Núcleo Orientado Psicologia e Saúde. O Núcleo de saúde (NOPS) tem o intuito de proporcionar ao acadêmico, práticas de promoção de saúde junto aos diferentes contextos sociais, como Unidades Básicas de Saúde, Hospital e Mediação familiar.

Para realizar intervenções em Psicologia é necessário que o futuro Psicólogo desenvolva algumas habilidades e competências para intervir em saúde. A presente pesquisa articulada ao núcleo visa uma aproximação gradual do aluno ao contexto social que irá intervir depois de formado, contribuindo de forma efetiva para o desenvolvimento de competências no decorrer da formação do acadêmico. Para desenvolver tais competências e poder intervir sobre fenômenos psicológicos é necessário que condições sejam proporcionadas. Pode-se dizer que a elaboração de um projeto de pesquisa é um meio para que isso aconteça.

1 INTRODUÇÃO

O que é saúde? O que é doença? De que modo promover saúde e prevenir doença? É possível falar em saúde durante a adolescência? Como o adolescente percebe saúde e doença?

A adolescência é considerada um momento da vida em que acontecem muitas mudanças sociais, biológicas e psicológicas. O adolescente passa por modificações em seu corpo como o aparecimento dos pêlos pubianos, mudanças nos caracteres sexuais ocasionando um aumento da produção hormonal. Há também uma preocupação em ser aceito ou pertencer a um grupo social, reconhecimento à procura por uma identidade. Esse momento da vida também é encarado pelas escolhas e decisões no âmbito profissional que muitas vezes o adolescente julga ser definitiva, e essas ‘escolhas’ resultam nas suas relações sejam elas familiares, amigáveis, conjugais ou profissionais. Portanto as experiências, vivências e a percepção acerca de como será vivenciado a adolescência irá variar de acordo com cada cultura e com a estrutura social e econômica em que o adolescente estará inserido (OZELLA, 2008).

Nos estudos de Ozella (2008) sobre como os jovens pensam sua adolescência foi evidenciado que os mesmos têm compreensões diferentes. Os jovens entre 14 e 21 anos com melhores condições financeiras, compreendem que o processo da adolescência está relacionado com os conceitos tradicionais de adolescência, clássicos conflitos familiares, o individualismo e os padrões contemporâneos de viver (OZELLA, 2008). Já jovens com condições financeiras menos favorecidas, consideram a adolescência uma fase de conflitos, confusões, que implica em decisões de futuro, cuidados com seus familiares, necessidade de se inserir no mercado de trabalho. Portanto muitas mudanças que acontecem na vida desses jovens implicam na forma como vão se apresentar à sociedade e o modo como vão direcionar suas ações (OZELLA, 2008). Diante do exposto é possível afirmar que todos os adolescentes vivenciam as mesmas situações e mudanças na adolescência?

No Brasil há uma população de aproximadamente 50 milhões de cidadãos entre 10 e 24 anos, o que representa 30% da população do país. A população adolescente/jovem no Brasil é representada nas idades 10 e 14 anos, jovem entre 15 e 19 anos e jovens adultos 20 e 24 anos; no Brasil, jovens entre 15 e 24 anos correspondem 15,6% desta população (IBGE, 2006). O relatório produzido pela Organização das Nações Unidas para a Educação e Cultura (UNESCO) discute dados sobre as condições de vida dos jovens com idades entre 15 e 24 à nível mundial. A renda da família destes jovens é em torno de 1,46 salários mínimos sendo que 80% desenvolvem alguma atividade de estudo ou trabalho. Já os jovens que só estudam, a renda da família é maior em torno de 1,79 salários mínimos, sendo que 20% dos jovens não têm nenhuma atividade como trabalho ou estudo. Também se observou nos dados da UNESCO, que é alto o índice de mortalidade por causas violentas, a cada 100 mil jovens morrem 74,42 jovens entre 15 e 24 anos (WAISESLFISZ, 2004 apud MOURA, 2006).

Araújo (2008) destaca que há muitos indicadores que estão repercutindo e agravando a saúde dos adolescentes na contemporaneidade. Houve uma maior incidência nos casos de HIV, doenças sexualmente transmissíveis, gravidez na adolescência sem planejamento familiar, muitas vezes sem qualquer tipo de acompanhamento das futuras gestantes. De modo que, uma gravidez não planejada ou indesejada está associada à evasão escolar, fato observado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005). Outras circunstâncias da realidade que são colocadas para o adolescente é o aumento no uso de bebidas alcoólicas, consumo de drogas ou substâncias psicoativas, altos índices de transtornos alimentares como bulimia e anorexia, altos índices de acidentes e agravos no trânsito (ARAÚJO, 2008; WAISELFICZ, 2004). Segundo Araújo (2008) a violência física é considerada a segunda causa de morte no Brasil, de todas as crianças que morrem entre 5 e 9 anos, 47% são vítimas da violência; na faixa de 10 a 14 anos

chegam a 54,6% e, no grupo de 15 a 19 anos, correspondem a 70,8%. O uso indiscriminado de medicamentos prescritos para crianças e adolescentes também é discutido por Collares, 1996; Mannoni, 1998; Moysés, 2001; Moysés, 2008 como um fator a se refletir em saúde pública. Os autores debatem que o uso da medicalização, é um meio que muitas pessoas tem utilizado como meio de ‘obter saúde e controlar doenças’. Portanto se pergunta: Patologizar e rotular jovens e crianças, transformar questões não médicas, de origem social e política, em questões médicas é o melhor caminho? Medicalizar a saúde é a melhor saída? Ou se faz necessário repensar e propor ações e programas voltados à saúde de adolescentes?

É por meio dos cuidados com a saúde que se podem reduzir os índices de mortalidade, reduzir o acometimento de doenças, aperfeiçoar como cada pessoa percebe sua qualidade de vida (COLUSSI, 2009). Os cuidados com o processo saúde- doença durante a infância e adolescência permite que se tornem adultos mais sensibilizados e conhecedores do que representa os cuidados com a saúde no seu desenvolvimento, bem como adesão de hábitos saudáveis. A saúde e a doença têm muita relação com os comportamentos de uma população e sua cultura, portanto é preciso compreender como se dá a processo saúde – doença e não tão somente diagnosticar as enfermidades.

Mas o que é saúde? O significado de saúde foi modificando e transformando mediante várias transformações e influências do contexto de cada sociedade, bem como seus valores e crenças. Em 1946, ao final da Segunda Guerra, a Organização Mundial de Saúde (OMS) conceituou saúde como “um estado de completo bem – estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças” (KUJAWA, 2003, p.13).

A partir deste conceito de saúde proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS), ocorreu um rompimento sobre o que se pensava sobre saúde, dualidade entre saúde e doença, transformando-a em qualidade de vida, que engloba todas, ou quase todas, as dimensões do indivíduo. Portanto a saúde de um sujeito não deve ser olhada apenas para o corpo da pessoa, mas também sua subjetividade, a construção desta, as relações sociais que envolvem a família, crianças, adolescentes, idosos, entre outros, que seria quase impossível enumerar. Deste modo, trabalhar nessa perspectiva sobre o entendimento do que é saúde, foram necessárias reformas políticas e sociais para ampliar o conceito de saúde na perspectiva de promoção de saúde (KUJAWA, 2003; KAHALLE, 2003).

E qual a compreensão de doença? Os estudos de Ferreira (1998) elencaram que quando uma pessoa sofre modificações na qualidade de vida, como não poder realizar suas tarefas diárias as quais são rotineiras como o faz de sempre como se alimentar, praticar atividades físicas, trabalhar, ou dormir, corresponde a dizer que se está doente. Helman, (2009) destaca

que o termo doença está associado àquilo que o paciente sente ao se dirigir ao consultório, o significado que ele atribui ao modo como está o funcionamento de seu corpo.

E o que os estudos discutem sobre o processo saúde e doença? Os estudos sobre saúde e doença vêm sendo abordados por diferentes profissionais. Nos estudos de Boruchovitch (1991) a doença e a preservação da saúde são vistas pelos professores e alunos como uma visão em que predominava os aspectos biológicos e orgânicos da saúde e da doença. Não há uma concepção de doença enquanto processo, mas a busca de atendimento médico-farmacológico, o que se refere muito mais à ação curativa do que preventiva. Teixeira (1999) em uma abordagem feita com idosos sobre saúde e doença, observou uma relação entre saúde e doença com a independência para realizar atividades rotineiras. No estudo de Souza (2005) estar saudável é algo almejado e que deve ser buscado positivamente, ou seja, pensar e realizar as atividades diárias com otimismo e felicidade representa estar habilitado para o trabalho e para o lazer. Doença é o oposto à saúde, os sintomas físicos e emocionais são lembrados quando o termo doença é mencionado, assim como os aspectos sócio-econômicos envolvidos na doença. Sendo que o diagnóstico médico é evidenciado como única forma de percepção da doença pelo paciente. (SOUZA, 2005; TEIXEIRA, 1999).

E o que os estudos têm discutido sobre o que pensam os jovens sobre saúde e doença? Sobre o entendimento de saúde e doença Garbin et al (2009) demonstra na sua pesquisa o que os adolescentes pensam sobre saúde bucal, destes 34,5% dos jovens conceituaram saúde como “algo ou coisa que precisamos cuidar” durante a vida toda, 14,5% em que a saúde é a ausência de doença. Ou seja, implica em dizer que ainda há uma visão de que estar saudável é a ausência de doença; o que é demonstrado nos estudos de GLADIS et al., 1999 (apud Garbin et al., 2009) que ressaltam que a qualidade de vida ainda está relacionada eminentemente a restrições de sintomas e disfunções de ordem orgânica. Estudos de Backes et al (2009) com jovens em situação de vulnerabilidade social, evidenciaram que o viver saudável dos jovens é entendido pela busca de equilíbrio e harmonia entre o viver em uma situação de vulnerabilidade social e as oportunidades oferecidas. Uma forma de viver saudavelmente compreende-se, em parte, nas atividades esportivas, hábitos de alimentação, lazer, e na produção do bem-estar social.

Araújo (2008) questiona que quando se fala em saúde para o adolescente sempre é vista apenas como formas de contracepção, gravidez na adolescência ou uso de drogas. Nesse sentido a autora elenca que é preciso refletir acerca do processo de adolecer com os cuidados da saúde do adolescente, o que vai ao encontro de Ramos (2001) que relata que há poucas pesquisas referentes aos cuidados com saúde do jovem, há uma necessidade de estar mais próximo da realidade do adolescente e elaborar propostas de ações governamentais para tratar e

cuidar da saúde dos jovens, porém devem estar embasadas e contextualizadas de tais necessidades da realidade dos adolescentes. Ramos (2001) destaca que é preciso elaborar programas para discutir a promoção de saúde do jovem, que possibilitam avaliar como o jovem percebe suas vivências e seu processo de adolescer, entende-se como promoção de saúde uma proposta para o bem-estar e não para a doença. É o fortalecimento das ações e serviços para o individual e coletivo que abrange as múltiplas dimensões como a física, psíquica, ambiental, social, jurídica, financeira, espiritual, entre outras. E para tal, é necessária uma articulação intersetorial. Dessa forma, é dever do Estado possibilitar o acesso de todas as pessoas à saúde, cuidar de todas de forma integral, ou seja, de todos seus aspectos e singularidades de forma contínua. (CEZRESNIA, 2003).

Nessa perspectiva os estudos de Garbin et al (2009) discutem que a sua saúde é percebida pelos jovens como sendo ‘a uma saúde de boa qualidade’. Vitalle et al (2010) também discute que tem-se percebido que a saúde do adolescente necessita ser revista, pois há algumas características a partir de modificações pubertárias muito específicas deste período da vida, que necessitam de uma amplitude de diferentes olhares das áreas da saúde. Ambos autores citados acima destacam a necessidade de se elaborar programas educativos de promoção e prevenção para a educação em saúde dos jovens, entende-se prevenção como o estudo para diminuir a incidência, prevalência e aparecimento de novas doenças. Tem como base a epidemiologia. Portanto, a prevenção está diretamente ligada ao estudo da doença e formas de tratamento e orientação. Enquanto a promoção refere-se ao bem estar – como algo mais amplo. (ROQUAYROL, 2007.)

A saúde mental de adolescentes também é assunto que ganha destaque quando se discute saúde, 3% a 4% das crianças e adolescentes do Brasil sofrem de transtornos mentais graves, intensivos e severos. Os programas de atenção para a saúde mental de crianças e adolescentes estão voltados somente para um único sistema de atenção à saúde Centro de Atenção Psicossocial e Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPS e CAPSi). Couto; Duarte; Delgado (2008) e Ribeiro (2006) fomentam que a saúde mental infantil e juvenil tem como ação central a implementação de Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil para atendimento dos casos de transtornos mentais que envolvem prejuízos funcionais severos e persistentes. No entanto, os autores ressaltam que há uma inadequação dos serviços para acolher as demandas em saúde mental dos adolescentes. Há falta de preparo na atenção básica de saúde para trabalhar a saúde dos adolescentes e crianças, bem como uma relação com outros segmentos das redes de atendimento e apoio a saúde destes na sociedade e profissionais capacitados.

Nos estudos de Arpini e Santos (2007); Barnes (2000); Firrioli (2007) denota-se a alta demanda infantil e juvenil aos serviços de saúde mental na rede pública de saúde. Esses estudiosos discutem e problematizam que são muitos os fatores que interferem na saúde mental dos adolescentes como condições de vida precárias, difusão de padrões culturais, lazer, esporte que geram o sofrimento psicológico, emocional e o adoecimento de uma criança ou adolescente. Portanto estar saudável requer cuidados com outras esferas da vida do adolescente, avaliar a condições de saúde em que este sujeito está inserido e de como são proporcionados condições pra prover saúde.

Moura (2006) e Araújo (2008) discutem que são poucas as políticas públicas voltadas para atender o público jovem, e que busca-se proporcionar uma melhoria na qualidade de vida destes mediante programas sociais. No entanto há divergências no modo como se está estruturando ações de políticas públicas para atender esse público, pois as necessidades dos adolescentes não estão contextualizadas à sua realidade. As ações propostas muitas vezes, ou na grande maioria das vezes voltados para correção de desvios desses jovens e não para a promoção de saúde destes. Por volta de 1989 foi criado o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD) que tinha como objetivo identificar riscos e agravos com reabilitação de adolescentes. Esse programa deveria se pautar em ações de planejamento com a família e a comunidade dos adolescentes, possibilitando seu desenvolvimento de modo satisfatório. O que vai ao encontro de Ferreira et al (2000) que elenca a importância de se avaliar como os jovens estão pensando o seu processo de adolecer e como estão inseridos neste contexto, para que se possa cuidar da saúde do adolescente e repensar as práticas em saúde junto às políticas públicas.

Resta (2006) questiona a necessidade de possibilitar ao adolescente falar da sua saúde, criar ações voltadas à atenção à saúde de adolescentes, mas não tão somente em questões reprodutivas, métodos contraceptivos ou uso de drogas. Mas sim, direcionar os estudos para como esses jovens avaliam seu processo de adolecer, a participação dos familiares e a própria percepção do jovem sobre cuidados em relação a sua saúde. Refletir junto ao jovem o que ele pensa acerca do que é saúde e doença, questionar sobre os significados que a adolescência repercute nas suas decisões, promovendo a garantia de espaços de trocas de experiências, e a construção coletiva de saberes pode ser uma possibilidade de promoção de saúde para adolescentes.

Na busca por informações e dados de pesquisa em bases científicas¹ acerca de como o adolescente percebe saúde e doença, foram identificados alguns estudos que discutem sobre a saúde dos jovens bem como o que os adolescentes pensam sobre saúde e doença, como já mencionados no decorrer do texto², para melhor visualizar essas referências, foi organizada uma tabela³. Dentre os estudos encontrados como já citados anteriormente, o processo saúde e doença ainda é visto como ausência de doenças, uma maneira curativa de estar saudável. Segundo as pesquisas, ter clareza do conceito de saúde e doença requer ter hábitos mais saudáveis, mas não menciona ações que promovam saúde. Pois muitas vezes são considerados apenas fatores biológicos da doença e são esquecidos outros fatores como social, psicológico e cultural. Desse modo o presente trabalho pretende caracterizar a noção de saúde e doença para adolescentes do município de Palhoça de modo a contribuir junto à sociedade o que estes jovens pensam sobre ter Saúde ou Doença. Pois as características da adolescência enquanto um processo de desenvolvimento, muitas vezes determina um padrão de funcionamento do jovem, cada adolescente atribui uma relação de significados pessoais e sociais, no então cada qual apresenta um grupo de individualidades atribuídos com o que compreende acerca do que é saúde e doença. Em face disto, surge a seguinte pergunta de pesquisa: **Qual a noção de saúde e doença para adolescentes do município de Palhoça?**

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Caracterizar a noção de saúde e doença para adolescentes.

¹ DECS (Descritores da biblioteca Virtual em Saúde da Bireme), uma busca de artigos indexados nas bases de dados Scielo, Portal Periódico CAPES, Periódicos Eletrônicos em Psicologia (PePSIC), Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD).

² Dentre os autores destaca-se (Garbin et al, 2009; Souza, 2005; Souza, 2006; Moura, 2006; Resta, 2006; Araújo, 2008; Ramos 2001, Boruchovich e Felix, 1991).

³ Foi construída uma tabela em Excel contendo os seguintes tópicos: ano, autor, título para que se pudesse demonstrar a realidade das produções científicas referente ao objeto de estudo (Apêndice D).

1.2.2 Objetivos específicos

- Identificar a noção de saúde para adolescentes que estudam no município de Palhoça/SC.
- Identificar a noção de doença para o adolescente que estudam no município de Palhoça/SC
- Descrever os fatores que contribuem para a promoção de saúde na percepção do adolescente que estudam no município de Palhoça/SC
- Descrever os fatores que contribuem para a promoção de doença na percepção do adolescente que estudam no município de Palhoça/SC

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Conceitos de saúde e doença

A percepção de um modelo biomédico para um modelo biopsicossocial em saúde sofreu modificações ao longo da história. Entretanto, a compreensão acerca do que é saúde, e o seu significado sofreu várias transformações e influências do contexto de cada sociedade, seus valores e crença. Por exemplo, na Idade Média a explicação acerca do que é saúde ou estar doente era concebida mediante explicações divinas. Ou seja, qualquer fenômeno era inquestionável, a saúde era vista como a bênção divina, e a doença um castigo de Deus, logo os pecadores eram castigados. Portanto muitas práticas em saúde eram somente aceitas pelas determinações da igreja, e o meio para curá-las era com a ajuda dos sacerdotes da igreja (KUJAWA, 2003).

Na Idade Moderna houve uma cisão entre corpo e mente. Nesse período houve muitas transformações sociais tanto da economia quanto da ciência. A igreja perdeu sua força, já não tinha todo o reconhecimento que mantinha na Idade Média. Pois se antes o homem era visto como um ser integrado, nessa época passou a ser visto como um ser separado no qual em relação ao corpo a ciência daria as explicações, e em relação a mente a filosofia explicaria (KAHHALE, 2003). Nesse período o poder estava nas mãos dos reis, havia a necessidade de explorar, expandir territórios, colonizar para desenvolver a economia, era um momento de muitas navegações a qual necessitava de mão de obra. Assim, nesse período eram frequentes as epidemias e doenças que tornava mais suscetível a saúde das pessoas e na grande maioria das vezes a morte (KAHHALE, 2003).

Nesse ínterim de transformações sociais e econômicas surge a Revolução Industrial. Nesse momento houve uma exigência da mão de obra para trabalhar nas fábricas e indústrias, houve a preocupação de controlar as epidemias e doenças e dar mais atenção à qualidade e condições de higiene das pessoas e de certa maneira estabelecer que o Estado cumprisse com uma política de saúde (KUJAWA, 2003). A saúde nesse período estava atrelada aos lucros e modos de produção, portanto as pessoas eram consideradas com saúde se seu corpo estivesse em 'boas condições' para desempenhar suas funções, "a maior preocupação era garantir,

através de um rendimento mínimo, a sobrevivência da força do trabalho” (KUJAWA, 2003, p.11).

Em meados do século XIX a saúde passou a expressar ausência de doença. Ou seja, cada parte do corpo era cuidada por uma área em específica como a Psicologia, Fisioterapia, Psiquiatria dentre outras, pois a preocupação era criar condições para eliminar as doenças. Nesse período houve encontros internacionais de saúde pública com objetivo de controlar e combater as doenças surgindo então a Organização Panamericana de Saúde (OPAS). Assim no século XX, momento pós-guerra, criou-se a Organização das Nações Unidas (ONU) e Organização Mundial de Saúde (OMS), com o objetivo de melhorar aspectos relacionados à saúde decorrentes das ações da guerra (KUJAWA, 2003, p.13); (KAHHALE, 2003). Deste modo, a saúde é compartilhada e aceita por diferentes países os quais assinaram a Declaração Universal dos Direitos Humanos, como um meio de promover condições para que as pessoas possam ter direito a moradia, alimentação, condições de trabalho, cuidados com sua higiene, cuidados médicos e serviços sociais.

O conceito de saúde e as perspectivas de redimensionar as práticas de saúde vêm articulando em torno da idéia de promoção de saúde. Se na antiguidade não havia separação entre corpo e mente, a saúde estava atrelada ao trabalho a religião, ou seja, o homem era um ser integrado. Assim sendo, este último conceito é definido como um elemento central da discussão sobre o que é saúde, pois a promoção de saúde visa modificar condições de vida para que sejam dignas e adequadas. Entretanto se faz necessário definir de que maneira a noção de saúde pode ser um desencadeador de promoção de saúde (CZERESNIA, 2003).

Segundo aponta Kahale (2000), a saúde no século XIX era considerada apenas como a ausência da doença, sendo que “[...] as políticas de saúde estavam voltadas ao combate das doenças, priorizando-se a ação medicamentosa e curativa” (KAHALE, 2000, p. 163). Este conceito de saúde “centrado na doença” preocupava-se com a cura da doença e não com o doente – com a pessoa que estava com determinado tipo de enfermidade. Em contraposição a esta idéia de saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS), definiu em 1946 a saúde, como sendo um completo bem-estar biopsicosocial. A saúde deixa de ser reduzida à ausência de doença e passa a ser vista de forma mais ampla, contemplando aspectos humanos outrora excluídos: a dimensão psíquica e social.

A saúde é definida como sendo um recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal. Inclui-se desde um padrão adequado de alimentação e nutrição como habitação e saneamento, boas condições de trabalho e moradia (SEGRE E FERRAZ, 1997). Czeresnia (2003) também traz a discussão de que só podemos falar em saúde quando detemos de meios

para enfrentar as dificuldades e compromissos, sendo uma tarefa muitas vezes individual, mas também coletiva. Pois para essa autora a saúde coletiva/ pública é definida genericamente como um campo de conhecimento e de práticas organizadas institucionalmente e orientadas à promoção da saúde das populações

A idéia de promoção envolve a de fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade dos condicionantes da saúde. Promoção neste sentido vai além de uma aplicação técnica e normativa, aceitando-se que não basta conhecer o funcionamento das doenças e encontrar mecanismos para seu controle. Essa concepção diz respeito ao fortalecimento da saúde por meio de capacidade de escolha, bem como a utilização do conhecimento como discernimento de atentar para as diferenças e singularidades dos acontecimentos (CZERESNIA, 2003, p.47-48).

Percebe-se na descrição acima que a saúde não é tão somente uma questão de sobrevivência, mas de uma qualificação dessa existência. É algo que remete a dimensão social, ética e de comprometimento (CZERESNIA, 2003). Nessa perspectiva, Caponi (2003) também discute que o conceito de saúde depende de parâmetros científica e claramente definidos, e não tão somente reduzida a mero equilíbrio ou capacidade de adaptação. Pois só pode-se falar em saúde quando se detém os meios para enfrentar as dificuldades e compromissos, e que é uma tarefa ao mesmo tempo individual e coletiva (CAPONI, 2003 In CZERESNIA, 2003).

A saúde implica segurança contra riscos, audácia para corrigi-los e possibilidade de superar nossas capacidades iniciais. Desse modo, competirá aos programas de saúde pública criar estratégias de prevenção das doenças capazes de minimizar a exposição a riscos desnecessários e, ao mesmo tempo, gerar políticas de promoção da saúde que nos permitam maximizar a capacidade que cada indivíduo possui para tolerar, enfrentar e corrigir riscos ou traições que inevitavelmente fazem parte da nossa história (CAPONI In CZERESNIA, 2003, p.71).

Desse modo, observa-se que a prevenção e promoção em saúde é algo que pretende-se alcançar, não está totalmente realizada. “Pois a promoção requer um conjunto de atividades realizadas como propósito de melhorar um estado de saúde positivo, e a prevenção das doenças ou danos é um conjunto de atividades com o propósito de evitar conseqüências negativas ou riscos para a saúde, por exemplo, a vacinação” (CAPONI IN CZERESNIA, 2003, p.71).

A prática em Psicologia, como uma forma de produzir conhecimento, está subentendida no conceito de saúde da OMS, em que a saúde deva ser compreendida pelo profissional de Psicologia como um fenômeno que necessita articular discussões e saberes acerca desse tema. A saúde passa a ser vista de forma mais ampla possibilitando a inserção do psicólogo e de outros profissionais em espaços que antes desta definição eram ocupados somente pelos

médicos. A saúde é vista no Brasil, por meio da Constituição de 1988, no seu artigo 196º, como um direito de todos, devendo ao estado a promoção, proteção e recuperação da saúde dos seus cidadãos. A Constituição Federal que deu base legal ao Sistema Único de Saúde (SUS), expressa no seu artigo 198º, que todos possuem direito a um “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízos dos serviços assistenciais”.

Diante o exposto, para fins desta pesquisa será adotada a compreensão de saúde apontada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) como: a capacitação dos indivíduos e coletividades para identificar os fatores e condições determinantes da saúde e exercer controle sobre eles, de modo a garantir a melhoria das condições de vida e saúde da população, como acesso e condições a moradia, saneamento básico, ações em educação em Saúde, acesso a cultura e ações estruturais do Estado para melhorar as condições de vida (BRASIL, 2003).

Então se questiona: o conceito da Organização Mundial de saúde (OMS) de saúde “um completo estado de bem estar físico, mental e social” é viável e possível? Um sujeito pode estar saudável somente quando tiver um completo bem estar? Kujawa (2003, p.13) e Kahhale (2003).

2.2 Conceito de doença

Conceituar saúde sem diferenciar o que é a doença não é uma tarefa fácil. (CANGUILHEM, 2003 apud SERPA, 2003). A carência de estudos sobre o conceito de saúde parece indicar uma dificuldade de conceituar esse tema. Mas também tal pobreza conceitual pode ter sido resultado da influência da indústria farmacêutica e de uma certa cultura da doença, sendo saúde apenas como mera ausência de doença. Voltar a pesquisar apenas sobre a doença pode ser um retrocesso. Agora pesquisa-se sobre a saúde e de como promover a saúde. Para promover saúde é necessário também conhecer as formas de apresentações das patologias.

O termo doença é percebido de acordo com as épocas e condições sociais. Para Kahhale (2003), na Antiguidade, o homem era visto como um ser integrado, ou seja, não ocorria separação entre mente e corpo e assim, entre a saúde e doença. Nessa época, o trabalho e religião estavam relacionados à saúde. Na Idade Média, a explicação era dada a partir de Deus, em que os fenômenos não podiam ser questionados ou entendidos. Assim, a saúde era vista como a bênção de Deus, e a doença o castigo dele, portanto as pessoas pecadoras eram castigadas (KUJAWA, 2003). Com a transformação social da economia e ciência, o homem

antes visto integralmente sofre um rompimento, em que é separado o corpo e mente. Sendo o primeiro estudado pelas ciências biológicas e o segundo pela filosofia e teologia (KAHHALE, 2003).

As epidemias foram, durante séculos, as moléstias predominantes no interior das sociedades e durante muito tempo o homem sentiu-se impotente diante da doença Adam (2001). As epidemias tinham “conseqüências sobre o futuro das sociedades e elas também se impunham na ordem das representações coletivas que simbolizou por muito tempo, o mal absoluto” (ADAM, 2001, p.16). Por volta do ano de 1347 há muitos registros de que na Europa aproximadamente 26 milhões de pessoas foram vítimas de alguma epidemia. Tais como, lepra, sífilis, tuberculose, coqueluche, rubéola, varíola, tifo, disenteria, difteria. Essas doenças atingiram por muito tempo grande parte da humanidade e acometeram suas vidas. Portanto as epidemias remetem a um regime particular da doença como um fenômeno coletivo. Pois quando “ocorre uma epidemia, não é um indivíduo que fica doente, mas todos que estão a sua volta, muitos são afetados” (ADAM, 2001, p.17). Para conter então essas epidemias o autor discute que são adotadas medidas preventivas que acabam isolando os doentes e suas comunidades gerando prejuízos para toda a sociedade como a fome e a miséria, sendo que estes dois fatores interferem, moralmente, politicamente e socialmente nas relações humanas.

O conceito de doença envolve aspectos muitas vezes puramente fisiológicos. A Doença pode ser compreendida na sociedade a partir de uma redução do corpo humano, pensado mediante constantes morfologias e disfunções, as quais se definem por intermédio de ciências como anatomia e fisiologia (CZERESNIA, 2003). Portanto, a doença é concebida como alteração da estrutura do corpo. Os estudos de Helman (2009) discutem que a saúde e a doença têm significados fundamentados em uma base ampla, que reflete a sabedoria popular, as experiências individuais e coletivas, as características da cultura local e também concepções atuais e pregressas da classe médica, entre outras influências (HELMAN, 2009). Em outras palavras: doença é o que o paciente está sentindo ao se dirigir ao consultório médico e enfermidade o que ele tem ao retornar do consultório. Segundo este mesmo autor, na concepção da população, a doença mostra-se como um processo social, envolvendo experiências subjetivas de mudanças físicas e emocionais e a confirmação destas por outros indivíduos do grupo, na maioria dos casos, se faz necessária.

Em trabalhos mais recentes, em nosso meio, a temática vem sendo constantemente abordada. Em uma pesquisa feita em escolas, Helman (2009) observou que professores e escolares tinham uma visão onde predominava os aspectos biológicos e orgânicos da saúde e da doença. O autor em uma abordagem feita com idosos observou a ligação entre saúde doença

e a independência para realizar atividades. Teixeira (1999) também se refere a temática em um de seus trabalhos em um Centro de Saúde onde os aspectos biológicos, psicológicos e sociais da saúde e da doença são abordados pelas pessoas idosas. Nesse estudo observa-se uma ligação entre saúde-doença e a independência e a capacidade para realizar atividades.

No conceito médico, as doenças são “encaradas como enfermidades, são universais em forma, desenvolvimento e conteúdo” (SOUZA, 2005, p.20). Ou seja, partem do pressuposto que o conjunto de determinados sintomas ou condições patológicas serão sempre a mesma enfermidade em qualquer parte do mundo, seja qual for a cultura ou sociedade em que apareça. Fatores como personalidade, religião e padrão socioeconômico são, freqüentemente, considerados irrelevantes na realização de diagnóstico e prescrição de tratamento. O modelo médico ao qual se refere trata-se da medicina atual realizada no ocidente, onde há o predomínio da concepção individual e biológica (ADAM, 2001).

As questões de doença podem ser atreladas às demarcações de uma normalidade e patologização. Para Canguilhem, (1978 apud SERPA, 2003) a saúde seria definida pela capacidade de tolerância que o indivíduo tem com as infidelidades do meio. Este tipo de definição mostra como o conceito pode ser diferente entre as pessoas, já que algo pode ser normal ou tolerável para um indivíduo e para outro não. Este autor critica o valor de normalidade com uma visão puramente estatística que tem sido desenvolvido na literatura médica, para o autor “o homem só se sente normal, quando se adapta ao meio e as suas exigências, se sente normativo, quando pode seguir suas normas de vida”, sua definição exige, como ponto de partida a noção de ser individual (CANGUILHEM, 1978 apud SERPA, 2003, p.7)

Os estudos de Souza (2005) apontaram o fato de saúde e doença ser parte de um mesmo contínuo, onde a doença se encontraria no extremo oposto à saúde. Os sintomas físicos e emocionais são lembrados quando o termo doença é mencionado, assim como os aspectos sócio-econômicos envolvidos na doença, mostrando a pluridimensionalidade do fenômeno. O que vai ao encontro de Adam (2001) e Helman (2009) destacam que a qualidade de vida das pessoas está relacionado a doença e sua prevenção. Pois o medo e a preocupação do que é estar doente ou saudável demonstram que a doença vem lembrar de que se tem um corpo que pode vir a morrer.

Dessa forma, para ter-se integralidade no trabalho é preciso pensar sobre a pessoa e não somente na doença. “É apenas o ser vivo individual que pode dizer onde começa a doença” (SERPA, 2003, p.7). A partir disso, a doença não é mais vista como um fator diminutivo, mas uma experiência nova. Pois, ela não é uma dimensão da saúde, mas da vida.

Para fins de realização desta pesquisa será adotado como conceito de doença, o conceito trazido por Helman (2009, p. 118) na qual “doença é considerada uma perturbação freqüentemente compartilhada das dimensões psicológicas, morais e sociais, adversas de uma cultura em particular”.

2.3 Políticas públicas em saúde

As políticas públicas em saúde, sendo elas de promoção ou prevenção em saúde, são fundamentais para garantir e manter o estado de saúde das pessoas. É de responsabilidade do Estado mediante políticas sociais e econômicas assegurar os direitos e condições de qualidade de vida para as pessoas bem como ações que promovam esses direitos.

Políticas públicas “são ações coletivas as quais são geridas e implementadas pelo Estado, e devem ser voltadas para a garantia dos direitos sociais, norteando-os pelos princípios da impessoalidade, universalidade, economia e racionalidade e tendendo a dialogar com o sujeito cidadão” (CARTILHA CRAS/SUAS). As políticas públicas visam responder a demandas, principalmente dos setores marginalizados da sociedade, considerados como vulneráveis. Essas demandas são interpretadas por aqueles que ocupam o poder, mas influenciadas por uma agenda que se cria na sociedade civil através da pressão e mobilização social.

Muitas das características do sistema de saúde no Brasil atualmente tem raízes do século passado e confunde com a história da previdência social. Em função da Primeira Guerra Mundial muitos eram os problemas em relação a saúde como as epidemias, vacinação, isolamento de portadores de doença, as doenças mentais, as doenças infecto-contagiosas. Em função da Primeira Guerra Mundial e o aumento da industrialização a classe operária começou a exigir melhores condições de trabalho (KUJAWA, 2003).

Por volta de ano de 1930, foi criado o Ministério da Educação e Saúde com o objetivo de coordenar ações de saúde. O direito à saúde era garantido àqueles que pudessem manter financeiramente os custos com saúde, o atendimento de saúde era assegurado àquelas pessoas que possuísem a carteira de trabalho assinada, somente aos assalariados que contribuíssem com a previdência. Já as pessoas que não tinham condições financeiras ficavam a mercê de hospitais filantrópicos, ‘santas casas’ (KUJAWA, 2003); (DAROS, 2005). Em meados de 1950 foi criado o Ministério da Saúde (MS) que se dedica às atividades de caráter coletivo, como as

campanhas e a vigilância sanitária. Ou seja, um modelo de atenção à saúde comandado pela lógica da assistência médica de forma campanhista de controlar as epidemias.

Na década de 70, a política de saúde encontrava-se totalmente voltada entre as ações de caráter coletivo (JÚNIOR e JÚNIOR, 2006). No ano de 1975 surge a primeira tentativa de regulamentação (Lei 6.229/75) do papel dos municípios na política de saúde como forma de descentralizar os serviços de saúde, definindo atribuições aos estados e municípios, ou seja nasce os sistemas de atenção primária à saúde com o objetivo de levar a saúde pública “às regiões carentes dentro de uma nova concepção do pensamento sanitário adotando sistemas de atenção primária à saúde com o envolvimento da comunidade local” (COHN, 2006, p.7).

Por volta de 1976 surge alguns movimentos na cidade de São Paulo com um propósito: o término da ditadura militar, reivindicando um Sistema Único de Saúde com qualidade e acessível as pessoas, surgindo o movimento da Reforma Sanitária (DAROS, 2004). O propósito desse movimento era problematizar como estava a saúde no país e quais as condições de acesso à saúde tinham as pessoas que não tinham condições financeiras. Pois pretendia-se incluir e possibilitar que pessoas menos favorecidas financeiramente pudessem ter acesso a saúde e ser um direito de todos, assim pode-se dizer que nasce uma política pública em saúde. (DAROS, 2004).

Com a VIII conferência em saúde de 1980 e com a Constituição de 1988, a saúde passa a ser um direito de todos. Desse modo a regulamentação em Lei 8.080/90 elenca a consolidação do Sistema único de Saúde (SUS) o qual é regido por alguns princípios e sedimenta as direções constitucionais do Sistema Único de Saúde. Nesse sentido há a necessidade do envolvimento e parceria da comunidade (BRASIL, 2006). Sendo que o Ministério da Saúde elenca que passará a ser uma saúde planejada e organizada com recursos públicos pré-destinados, descentralização de poder.

“As políticas públicas repercutem na economia e nas sociedades, daí por que qualquer teoria da política pública precisa também explicar as inter-relações entre Estado, política, economia e sociedade” (SOUZA, 2006, p.26). Nesse sentido o país Brasileiro tem investido em ações que preconizam a promoção de saúde como :

- O Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH), que tem o objetivo de aprimorar as relações entre profissionais e usuários e comunidade, visando a eficácia nos atendimentos e serviços prestados.

- O Projeto de Expansão da Assistência Oncológica (Projeto Expande), foi aprovado em 2000, pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de aumentar a capacidade instalada da rede de serviços oncológicos do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da implantação de Centros

de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) com capacidade de oferecer assistência integral aos pacientes.

- Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) com objetivo de orientar e controlar o uso de tabaco.

- Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) Esse conceito implicou no rompimento com a visão tradicional acerca desse tema, sobretudo no âmbito da Medicina, que centralizava o atendimento às mulheres nas questões relativas à reprodução (Brasil, 2003)

Portanto o SUS (Sistema Único de Saúde) compete “formular e implementar a política nacional de saúde destinada a promover condições de vida saudável, prevenir riscos, doenças e agravos à saúde da população, e assegurar o acesso equitativo ao conjunto de serviços assistenciais para garantir a atenção integral à saúde” (VASCONCELOS e PASCHE, 2006, p.538).

Deste modo, as políticas públicas visam ampliar e efetivar direitos de cidadania, também gestados nas lutas sociais e que passam a ser reconhecidos institucionalmente. As políticas públicas traduzem mediações entre interesses e valores dos diversos atores que se defrontam em espaços públicos para negociar soluções para o conjunto da sociedade ou determinados grupos sociais (CARTILHA CRAS/SUAS).

2.4 Adolescência

Muito tem se questionado sobre essa fase da vida do ser humano que é a adolescência. Embora seja comum falar em adolescência, o surgimento desse conceito como sendo um período da vida foi e é compreendido de diferentes maneiras em diferentes contextos históricos, podendo modificar de acordo com o contexto e tempo.

No período Greco –romano a juventude se referia a uma idade entre 22 e os 40 anos. O significado de juventude era “aquele que está em plena idade” (NOVAES e VANUNCHI, p.10). Pois naquele período em meio a sua cultura havia uma Deusa chamada Juventa que era evocada nas cerimônias e rituais nos dias em que os jovens trocavam suas roupas simples por uma toga, de modo que esses jovens tornassem sujeitos cidadãos de pleno direito Novaes e Vanunchi (2004). Pois para o povo da Grécia havia uma preocupação em usufruir da vida equilibrando prazer, arte e habilidades. E na juventude era um momento de desenvolver e treinar essas habilidades, os jovens recebiam uma preparação para um saber que pudessem

viver em comunidade e tornar-se cidadãos, mas não somente jovens letrados mas participantes da vida política e desenvolver-se enquanto sociedade (CAMPOS, 2006).

A adolescência é uma palavra de origem latina que “vem de *adolescere*, significa crescimento para a maturidade”. Até meados do século XVII a adolescência era confundida com a infância e a vida adulta, o indivíduo saía da condição de criança para a vida adulta sem passar pelas etapas da juventude. Não era comum naquela época que as fases biológicas delimitassem as etapas de vida, esses indivíduos cresciam no meio dos adultos. Portanto aprendiam sobre como se comportar socialmente e sobre a vida mediante o contato diretamente com os adultos (ARIÉS, 1981).

A chegada da modernidade e revolução industrial necessitou de uma crescente mão de obra. Nesse sentido, houveram mudanças no modo e nos espaços como as crianças e jovens socializavam e se relacionavam (CLÍMACO, 1991). Para dar suporte a mudança decorrente da industrialização e do aperfeiçoamento das tecnologias se exigiu uma qualificação da mão de obra dos jovens da época. Houve uma estimulação da sociedade mediante o nível de conhecimento que o jovem deveria de ter. Este movimento impulsionou o surgimento de escolas e espaços públicos de educação (OZELLA, 2003). Ou seja, “as características se constituem na medida em que os jovens, colocados nessa nova condição, desenvolvem suas formas de inserção nessa relação” (BOCK, 2007, p.8).

O conceito de adolescência é demarcada por Rousseau como uma passagem de ser criança para a vida adulta e implica em uma crise, em que há mudanças de humor, instabilidade paixões sexuais, um “estado específico em vez de uma condição natural do ser humano” (ROUSSEAU, 1999 apud OZELLA, 2003, p.144). Essa percepção é discutida por Campos (2006) que traz a percepção de Rousseau por volta de 1750 onde o jovem é visto com indisciplina, um tempo de crise de turbulência.

Mas além de Rousseau a concepção de adolescência é demarcada pelo psicólogo Stanley Hall como um marco no campo da psicologia (OZELLA, 2002). Foi no campo da Psicologia que o conceito de adolescência trazido por Stanley se consolidou, pois a partir das conclusões deste, surge as concepções de fases do desenvolvimento e maturação sexual, no qual os processos biológicos teriam influência decisiva no comportamento. Isso pode ser fortalecido pelos estudos de Freud em que o indivíduo tem muitos conflitos emocionais e mudanças nos caracteres sexuais e conflitos com seus pais, que de um certo modo ficou sendo incorporado pela população (OZELLA, 2002).

Nessa percepção podem-se elencar os estudos do psicólogo (ERICKSON, 1987) também caracteriza a adolescência como uma fase especial no processo de desenvolvimento e

marca como uma dificuldade de estabelecer uma identidade própria, confusão de papéis. (ABERASTURY e KNOBEL, 1989) trazem a idéia de adolescência como um período de contradição e confuso que marca uma fase da vida com modificações psicológicas e perturbações inerentes ao ser humano. O que permite discutir que a Psicologia enquanto área de conhecimento desempenhou significativo papel na compreensão da adolescência enquanto objeto de estudo, “porém muitas vezes insiste em negligenciar a inserção histórica e as condições objetivas de vida dos jovens” (OZELLA, 2002, p.19).

No entanto os estudos da antropóloga (MEAD, 1985 apud OZZELA, 2004, p.144) discutem que em outras culturas a adolescência é “vivida de outras formas como uma transição gradual e tranquila com fácil adaptação aos papéis de adultos”. Nesse sentido os autores questionam que a experiência e a percepção de adolescência variam de acordo com a cultura e com a estrutura social e econômica. Portanto a cultura do adolescente é marcada no século XX, a partir dessa perspectiva a adolescência é entendida como uma construção sócio- histórica.

De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) estabelece que a adolescência começa aos 12 anos e vai até completar 18 anos. Para a organização Mundial da Saúde (OMS) ela inicia dos 10 anos até os 19 anos, sendo dividida em duas etapas: pré-adolescência dos 10 aos 14 e adolescência 15 aos 19 anos. É preciso compreender que a adolescência é um processo de construção sob condições históricas – culturais

(...) entender a adolescência como construída socialmente a partir de necessidades sociais e econômicas dos grupos sociais e olhar e compreender as suas características como características que vão se construindo no processo (...) Os modelos estarão sendo transmitidos nas relações sociais, através dos meios de comunicação, na literatura e através das lições dadas pela Psicologia. (AGUIAR, BOCK e OZELLA, 2001, p. 171)

É preciso repensar que o meio social também pode influenciar determinados comportamentos, pois é “na adolescência que o indivíduo, somando as experiências atuais às anteriores, fará uma tentativa consciente de transformar o futuro em parte integrante do seu plano de vida” (FERREIRA, 1995, p.140). Segundo a autora não se pode separar o crescimento pessoal de mudança social, há uma interação psicossocial, uma conexão entre o desenvolvimento do indivíduo e o processo histórico, pois a adolescência, sendo um objeto de estudo deve ser estudada e discutida tanto nas relações sociais as quais estão inseridas como fisiologicamente. Ou será que todos os adolescentes são iguais? Como será que uma amostra dos jovens do município de Palhoça pensam sobre sua saúde? Como é percebido pelos estudiosos a atenção à saúde do adolescente?

2.4.1. Saúde adolescente e políticas públicas

A saúde do adolescente torna-se um fator social que requer cuidados, seja preventivo ou como promoção de saúde. Nesse sentido tem sido proposto pela ações governamentais uma melhoria às condições de saúde e bem estar dos adolescentes. Atualmente a atenção à saúde está pautada e consolidada no Sistema Único de Saúde (SUS) criado em 1990 que direciona e planeja suas ações em promoção de saúde e prevenção de doenças. Como está a formulação de políticas públicas em saúde para o adolescente?

Por muito tempo a assistência à criança e ao adolescente se deram de forma indiscriminada. No Brasil por volta de 1906 foi proposta uma lei para assistência a infância que perdurou por 20 anos. Somente em 1927 surge o primeiro Código de Menores (Decreto 17.943- A 27) com o objetivo de “centralizar e unificar a assistência ao menor” (D’ANDREA, 2005, p.20). E, 1964 viabilizou-se o Serviço de Assistência ao Menor, Fundação Nacional do Bem-estar do Menor (FUNABEM), e mais tarde em 1988 com a nova Constituição Brasileira a criança e o adolescente passaram a ter prioridades, em 1999 surge o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) (Lei 8.069/90).

O ECA estabelece que a “criança se define como “como pessoa até 12 anos incompletos e adolescente de 12 anos completos até 18 incompletos” (D’ANDREA, 2005, p.21). O ECA estabelece que “ a proteção integral como fundamento a concepção de que as crianças e adolescentes são sujeitos de direitos, frente à família, à sociedade e ao Estado” (D’ANDREA, 2005, p.21). Nessa direção crianças e adolescentes devem ter uma proteção para o seu desenvolvimento físico, social e mental, direito a moradia, saúde e alimentação, condições de trabalho.

A atenção à saúde do adolescente não deve estar pautada somente como responsabilidade exclusivas dos Serviços de saúde, como por exemplo o Sistema Único de Saúde (SUS). Mas, um meio para promover saúde do adolescente, é compreender que a adolescência sendo um processo sócio histórico e necessita de políticas públicas para promover o auto conhecimento e possibilitar com que esse adolescentes tomem decisões frente as implicações com que irá se deparar na vida e reflita sobre suas escolhas e promova saúde (ARAÚJO, 2008).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) determinou que os países membros da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) incluíssem em suas agendas públicas políticas de atenção à saúde e preocupação com desenvolvimento de jovens e adolescentes, tornando um marco a preocupação com a saúde destes. Um programa voltado para atenção da saúde do adolescente é o Programa (PROSAD) elaborado pelo Ministério da Saúde (MS) no ano de 1989 que constitui uma política pública de saúde para o adolescente que deve ser desenvolvidas em níveis regionais, municipais e estaduais. Tem como objetivo promover a saúde dos jovens de forma educativa e preventiva oferecendo um atendimento adequado a essa população, bem como promover estudos relativos a adolescência, de forma a assegurar um atendimento de acordo com suas características regionais e culturais (BRASIL, 1996).

Outro programa de política de atenção à saúde do adolescente é Programa de Saúde prevenção nas escolas criado em 2003 pelo (MS) com o objetivo de prevenir doenças estimular os educadores/professores sobre promoção de saúde e educação sexual (BRASIL, 1996). A escola é um espaço potencial de transformações sociais e de constituição de conhecimentos e valores. Toda e qualquer atividade de promoção da saúde visa à redução das chamadas vulnerabilidades da ordem individual, social e institucional. Pensando nessa proposta de saúde o Ministério da saúde (MS) propõe programas de Saúde na escola (PSE). Conforme o Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, as diretrizes e objetivos do PSE evidenciam que, mais do que uma estratégia de integração das políticas setoriais, ele se propõe a ser um novo desenho da política de educação em saúde.

As necessidades dos adolescentes no campo da saúde não devem estar pautadas e relacionadas a doenças, mas decorrem de hábitos e comportamentos diferentes uns dos outros e outros grupos populacionais. Trabalhar para promover saúde não é somente realizar campanhas para minimizar a exposição dos jovens a situações de risco e controles epidemiológicos, mas também ações que garantem e assegurem espaços de aprendizagem e participação, lazer, esporte, envolvendo seus familiares e a comunidade. A adolescência é um momento da vida do jovem em que esta construindo sua identidade tanto individual e coletiva, onde o jovem interioriza valores e constrói sua percepção acerca de ser e estar no mundo (OZELLA, 2008). Nesse sentido olhar para o adolescente e acolher suas reivindicações é uma tarefa que o profissional necessita fazer, discutir o que os adolescentes estão pensando acerca de saúde e doença deve ter a participação de sociedade.

A adolescência e a constituição desta, perpassa através de um acervo de representações que cada época forneceu sobre ela, portanto o adolescente é um sujeito social e precisa de um acompanhamento enquanto tal. Nesse sentido mesmo a adolescência sendo um período

transitório, uma fase está em construção e necessita de cuidados e amparo que devem ser assegurados pelo Estado. De acordo com o ECA e a OMS, esses direitos devem ser cumpridos, pois mesmo demarcando faixa etária como explicação e compreensão para com a adolescência nem sempre a idade biológica coincide com as vivências sociais e culturais experiências dos adolescentes enquanto sujeitos, nesse sentido devem ser criadas condições de saúde para adolescentes levando em consideração uma política integrada, contemplando a singularidade de cada Estado, município com equipes multidisciplinares (OZELLA, 2008).

3 MÉTODO

A pesquisa é um meio de produzir conhecimentos acerca de um determinado tema ou problema. De acordo com Gil (2007) cada pesquisa tem um objetivo, que necessita de um

método planejado para desenvolvê-la, técnicas e procedimentos bem definidos, serão pequenos passos para chegar ao objetivo da pesquisa. Neste capítulo será apresentado o método utilizado no desenvolvimento desta pesquisa.

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Tendo em vista o objetivo de caracterizar a noção de saúde e doença para adolescentes, a presente pesquisa caracteriza-se por ser de natureza quantitativa. Gil (2007) menciona que a pesquisa qualitativa e quantitativa tem por objetivo traduzir e expressar o sentido dos fenômenos de modo que se possa compreender como se dão as relações e descrevendo a complexidade dos fenômenos percebendo como pessoas agem e produzem conhecimento. A pesquisa quantitativa está relacionada ao emprego de recursos e técnicas estatísticas que visem quantificar os dados coletados. No desenvolvimento da pesquisa de natureza quantitativa devem-se formular hipóteses e classificar a relação entre as variáveis para garantir a precisão dos resultados, evitando contradições no processo de análise e interpretação (GIL, 2007).

A pesquisa de caráter descritivo e exploratório tem por finalidade a descrição e análise das características de um determinado fenômeno e/ou população. Este tipo de pesquisa tem por finalidade verificar a frequência com que um fenômeno acontece, a relação que tem com outros, a natureza e características dos mesmos (GIL, 2007). É exploratória porque pretende familiarizar-se com um assunto pouco estudado, podendo criar hipóteses.

Quanto ao delineamento, trata-se de uma pesquisa de levantamento pois visa descrever a distribuição das características ou de fenômenos que ocorrem naturalmente em grupos de uma determinada população (GIL, 2007). A pesquisa de levantamento procura ir além da descrição das características de um grupo e procura verificar o que é que determina aquela característica dos sujeitos. O que é pertinente com esse trabalho que pretende estudar as características do que é saúde e doença para adolescentes.

3.2 PARTICIPANTES E LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada em duas escolas públicas localizadas no estado de Santa Catarina pertencentes ao município de Palhoça. A amostra constitui-se de 305 estudantes entre 14 e 25

anos matriculados nas séries: nono ano do ensino fundamental, primeiro ano, segundo ano e terceiro ano do ensino médio. Foram selecionadas essas séries, pois de acordo com a faixa etária escolhida pela pesquisadora, este público pode ser encontrado nas séries de ensino médio e último ano do ensino fundamental.

Abaixo será apresentado uma tabela contendo as características dos participantes dessa pesquisa:

Tabela 1- Caracterização dos sujeitos:

	Escola X Total 201	Escola Y Total 104	Total Geral 305
	n: 201	n: 104	N: 305
Masculino	64	44	108
Feminino	136	60	196
8ª Série	0	14	14
1ºano do Ensino Médio	61	45	106
2ºano do Ensino Médio	69	27	96
3ºano do Ensino Médio	71	18	89
Média de idade	15,9	15,9	15,9
14 anos	31	22	53
15 anos	51	27	78
16 anos	63	23	86
17 anos	33	8	41
18 anos	18	7	25
Maiores de 18 anos	4	10	14

No que se refere ao perfil da amostra pesquisada, conforme pode ser observado na Tabela 1, foi possível identificar que a média de idade dos participantes está entre 16 anos (15,9) o que os caracteriza como jovens adolescentes. Quanto ao sexo, pode se observar que no total, a maioria dos estudantes é do sexo feminino (196) enquanto que do sexo masculino totalizaram (108). Identificou-se que estudantes do sexo feminino foi maioria em ambas as escolas. Estudantes com 16 anos foram a maioria dos participantes da pesquisa (86); estudantes com 15 anos totalizaram 78 e com idade de 14 anos totalizaram 53 participantes. Estudantes com idade de 17 anos participantes da pesquisa somam 41. Foi identificado que

estudantes com idade entre dezoito anos ou mais foram a minoria participante, totalizaram (39).

Em relação à escolaridade, observou-se um nível escolar compatível com exigido pelo ministério da educação em relação a faixa etária e série cursada. As turmas que totalizaram maior número de participantes foram as séries do primeiro ano do ensino médio (106). As turmas do segundo totalizaram 96 participantes, o terceiro ano do ensino médio totalizou 80 participantes. Já os participantes da oitava série do ensino fundamental totalizaram 14 participantes. Sendo que, a escola Y é caracterizada como escola de ensino fundamental e ensino médio. Já escola X é caracterizada como escola somente de ensino médio.

3.3 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Esta pesquisa teve como instrumentos de coleta de dados uma escala elaborada pela pesquisadora (Apêndice C). A escala contém questões fechadas que abordam aspectos acerca da percepção do adolescente sobre saúde e doença. As questões foram dispostas em nível de mensuração ordinal, ou seja, o adolescente teve que atribuir um valor de importância (*Pouco importante, Importante ou Muito importante*) para cada item apresentado referente à Saúde e Doença. Foram dispostos cinco blocos contendo cada um destes itens de afirmações referentes à Saúde e Doença. Foram organizados da seguinte maneira:

Bloco 1 se refere a saúde: “ 22 itens de afirmações sobre aspectos que se referem a ter Saúde”;

Bloco 2 se refere a doença: “15 itens de afirmações sobre aspectos que se referem à Doença”;

Bloco 3 se refere a promoção de saúde: “18 itens de afirmações sobre aspectos que se referem a Promoção de Saúde” .

Bloco 4 se refere a promoção de doença: “15 itens de afirmações sobre aspectos que se referem a Promoção de Doença” .

Bloco 5 se refere aos serviços de saúde: “16 itens de afirmações sobre aspectos que se referem a Organização dos Serviços de Saúde”.

Desse modo, o participante teve que ler os itens apresentados em cada Bloco e assinalar para cada um deles o que considera Pouco importante, Importante ou Muito importante para ter

Saúde; o que considera Pouco importante, Importante ou Muito Importante para ter Doença; o que considera Pouco Importante, Importante ou Muito Importante para Promoção de Saúde; o que considera Pouco Importante, Importante ou Muito Importante para Promoção de Doença, o que considera Pouco Importante, Importante ou Muito Importante para Promoção de Saúde, o que considera Pouco Importante, Importante ou Muito Importante Sobre os Organização e Serviços de Saúde.

Foi desenvolvido um estudo piloto com a mesma população, com 5 estudantes entre 14 e 18 anos para avaliar a qualidade dos itens presentes na escala. Neste estudo houve a necessidade da reelaborar dois itens referentes à Promoção de Saúde, pois não havia ficado claro aos participantes o enunciado dos itens apresentados. O que foi modificado para a aplicação da coleta de dados. O presente questionário (escala) esteve de acordo os objetivos da pesquisa, que é identificar a noção que os adolescentes têm sobre saúde e doença, bem como identificar quais ações os adolescentes percebem como sendo importantes e/ou necessárias para promover saúde.

3.4 EQUIPAMENTOS E MATERIAIS

Para desenvolver esta pesquisa foram utilizados materiais como, computador, papel, caneta, e 305 questionários impressos.

3.5 PROCEDIMENTOS

3.5.1 De seleção dos participantes

Os participantes da pesquisa preencheram os seguintes critérios: estudantes do sexo masculino e feminino, com a idade entre **14 e 25 anos**, matriculados em duas escolas estaduais do município de Palhoça. A escolha das turmas que participaram da pesquisa conforme a disponibilidade de cada escola. A escola X tem aproximadamente (1500 alunos matriculados), está localizada na região central do município de Palhoça, sendo esta, uma escola somente de ensino médio. Esta escola X disponibilizou 15 turmas para aplicação do questionário (escala).

A pesquisadora então distribuiu cinco turmas de primeiro ano do ensino médio, cinco turmas do segundo ano de ensino médio e cinco turmas do terceiro ano do ensino médio, de modo que pudesse atingir uma parcela diferenciada de estudantes. Essa amostra de todas as turmas da escola Y totalizou 201 estudantes participantes.

A escola Y tem aproximadamente (280) alunos, e está localizada no interior do município de Palhoça. A escola X disponibilizou todas as turmas de ensino médio e ensino fundamental para participar da pesquisa, totalizando nove turmas. Sendo uma turma de ensino fundamental, duas turmas do primeiro ano do ensino médio, três turmas de segundo ano do ensino médio e duas turmas do terceiro ano do ensino médio. Essa amostra totalizou 104 estudantes participantes.

3.5.2 De contato com os participantes

Foi feito um primeiro contato presencialmente com a coordenação das escolas informando o objetivo da pesquisa mediante uma carta de apresentação Apêndice (A). Após esse contato, foi agendado via telefone junto à coordenação, os dias em que a acadêmica poderia ir até as duas escolas para realizar a coleta de dados. Depois de autorizado, a pesquisadora foi até as escolas se apresentou pessoalmente nas séries do ensino fundamental e ensino médio, explicando sobre o objetivo da pesquisa, de modo que, caso alguém tivesse interesse em participar, e fosse menor de idade, deveria primeiramente levar para casa uma autorização para que seus respectivos responsáveis/cuidadores permitissem a participação do aluno. Essa autorização foi o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Apêndice (B), em que neste, constava a finalidade da pesquisa e informações pertinentes aos participantes. Aos estudantes maiores de 18 anos, foi esclarecido que, se estes desejassem participar da pesquisa, podiam assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido sem autorização dos pais. A acadêmica explicou aos estudantes que, no dia subsequente, estaria retornando à escola para recolher as autorizações e aplicar o questionário. A acadêmica ressaltou que, somente aqueles que trouxessem a autorização assinada pelos pais, poderiam participar da pesquisa.

3.5.3 De coleta de dados

A coleta de dados realizou-se somente após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (Anexo). Cabe ressaltar que esta pesquisa envolve adolescentes menores de 18 anos, portanto, os responsáveis legais pelos estudantes necessitaram ter autorizado a participação dos mesmos. Verificada a disponibilidade na participação da pesquisa pelos adolescentes, foram explicados os objetivos da pesquisa, como também foi recolhido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelos pais. Após o recolhimento dos Termos, iniciou a aplicação do questionário.

O local da aplicação do questionário foi na sala onde os adolescentes estudam, conforme o dia agendado com cada escola, no período de aula, sob supervisão e autorização da professora responsável pela classe naquele período. O tempo utilizado para aplicação do instrumento foi de aproximadamente quinze a vinte minutos. Esse tempo variou para mais e para menos, devido a maneira como cada adolescente respondeu a escala.

Durante a aplicação do instrumento foi solicitado que o adolescente assinalasse um X de acordo com o grau de importância que atribuiu para cada item listado. Estes itens continham aspectos sobre saúde e doença. O estudante teve que atribuir para cada item listado, aquilo que ele considera como Pouco Importante, Importante ou Muito Importante para se ter saúde ou promover doença. Foi disposto como recurso para a aplicação desse instrumento folhas de papel A4 contendo o questionário.

Foi percebido pela pesquisadora que quando havia a participação de um representante da escola (coordenador ou professor) junto à pesquisadora durante a apresentação e das informações da pesquisa, e como aconteceria a coleta, os adolescentes se mostraram mais receptivos com a pesquisadora. Do contrário, a pesquisadora percebeu que os estudantes não prestavam atenção às informações dadas.

3.5.4 De organização, tratamento e análise de dados

De acordo com Gil o “processo de análise dos dados envolve diversos procedimentos: codificação das respostas, tabulação dos dados e cálculos estatísticos” (2007, p.103). Após a coleta, os dados foram organizados, quantificados e receberam tratamento estatístico de acordo com a frequência das respostas e grau de importância para cada item estabelecido pelo adolescente. Todos os dados tratados no programa excell. Estes dados foram analisados de acordo com o objetivo Geral da pesquisa que é “Caracterizar a noção de saúde e doença para

adolescentes”, pois visou recolher informações baseado na inquisição de um grupo representativo da população em estudo, neste sentido, os adolescentes compartilharam uma mesma característica ou um grupo de características (GIL, 2007).

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

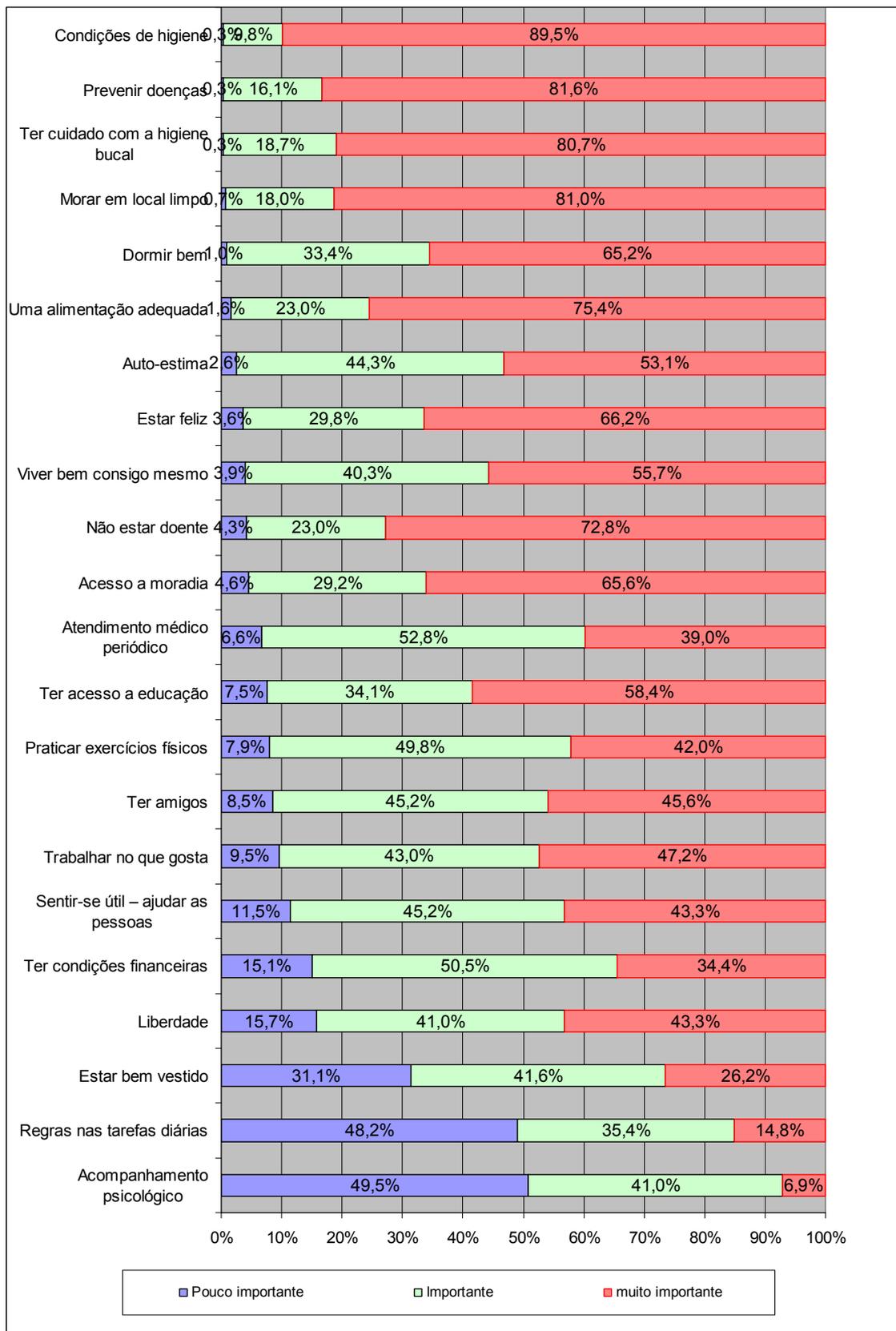
Neste capítulo serão apresentados e analisados os dados da pesquisa. De modo que possam ser viabilizadas as discussões com os conhecimentos previamente estabelecidos acerca das variáveis constituintes da pesquisa em relação a percepção dos participantes em relação ao que é mais ou menos importante para ter saúde e/ou doença na percepção dos adolescentes.

Deste modo, este capítulo será introduzido pela apresentação geral dos resultados alcançados no que se refere ao grau de importância atribuído pelos sujeitos investigados e, na sequência, far-se-á uma discussão dos dados obtidos para os itens estabelecidos. Com esta finalidade, foi elaborado um gráfico em ordem decrescente com o grau de importância atribuído pelos adolescentes para cada item apresentado em forma de porcentagem. Como alguns itens elencados nos gráficos referentes à saúde ou doença são parecidos em algumas características, em algumas vezes estes itens somente serão mencionados e não discutidos novamente, de modo a facilitar a compreensão das informações e para que não se torne repetitivo alguns dados.

4.1 ASPECTOS REFERENTES AS NOÇÕES DE SAÚDE

Nos aspectos referentes as noções de saúde, os adolescentes, dentre um conjunto de itens, avaliaram estes como muito importantes, importantes ou pouco importantes para se Ter saúde. No Gráfico 1 são apresentados os dados referentes ao grau de importância que os adolescentes atribuem para se Ter saúde, tais dados foram organizados em ordem decrescente com maior porcentagem atribuída para cada item. Sendo que para compor a porcentagem correspondente às opções de respostas do instrumento aplicado, o adolescente deveria assinalar os seguintes critérios: **sendo: 1 – pouco importante; 2 – importante e 3 – muito importante para cada item apresentado no gráfico**

GRÁFICO 1: Porcentagem do grau de importância atribuído pelos estudantes para se Ter Saúde (n=305)



Fonte: Elaboração da autora, 2012.

Conforme pode ser observado no Gráfico 1, é possível perceber que foi avaliado com maior grau de importância para se Ter saúde entre o total de alunos que compuseram a

amostra o item *Condições de higiene com um percentual de 89,5%*, pode-se afirmar que em seguida os itens como: *Morar em Lugar Limpo 81,%, Cuidado com a Higiene Bucal 80,4%, Ter uma alimentação adequada 75,4%* também foram avaliados como muito importante para se Ter saúde. O que vai ao encontro do que é discutido por Flores e Drehmer (2003) na sua pesquisa sobre saúde bucal, em que os autores afirmam que para os adolescentes os hábitos de higiene, aparecem como a principal motivação para ter cuidado com sua saúde. Ou seja, condições de higiene são primordiais para se ter uma vida saudável e muitas vezes facilitar a socialização dos grupos dessa faixa etária. O que também aparece como uma preocupação de grande importância pelos adolescentes nos estudos de Garbin et al (2009); os dados da pesquisa destacam que 34,5% dos jovens afirmam que a saúde bucal pode ser conceituada como sinônimo de saúde, e é como algo ou coisa que precisa ser cuidado durante a vida toda, pois há uma valorização dos cuidados da higiene e da aparência pessoal. O que permite refletir que para os adolescentes os cuidados de ações físicas são bem expressivas na percepção dos adolescentes, aspectos estes avaliados como importantes para viver de forma saudável.

Estudos de Araújo (2008) elencam que uma forma de vivenciar saudavelmente a adolescência é cuidar da alimentação; pois a alimentação e a ingestão diária de nutrientes são fundamentais para o desenvolvimento de qualquer pessoa. A adolescência é um período da vida em que alguns cuidados com as regras de ingestão de alimentos, muitas vezes é desrespeitada, sem hábitos de fazer as refeições com seus familiares ou em seus lares, às vezes em locais públicos, em que os lanches muitas vezes calóricos são a primeira opção de alimentar-se (ARAÚJO, 2008).

Outros aspectos como *Prevenir Doenças 81,6%, Não estar Doente 72.8%* também foram avaliados como muito importante para se Ter saúde. A idéia de que prevenir doenças é ser antônimo de Ter saúde ainda está muito presente em nossa cultura, pois para estar saudável não pode estar doente (ADAM e HERZLICH, 2001). Idéia esta, que também é discutida por Kahale (2000) em que meados do século XIX a percepção das políticas públicas estavam voltadas para combater doenças e epidemias, deste modo significaria estar saudável. O que não está muito distante da percepção dos adolescentes pesquisados, pois essa noção de saúde avaliada pelos participantes da pesquisa como muito importante para se ter saúde, também pode ser evidenciada nos estudos de Czeresnia (2003). A autora fomenta uma discussão sobre a diferença entre prevenção e promoção de saúde, de que não fica claro essa compreensão tanto por profissionais da área como a população de modo geral. “Prevenir em saúde exige uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de

tornar improvável o progresso posterior da doença”. Já “Promoção de Saúde é uma maneira mais ampla de prevenção, pois refere-se a medidas que não dirigem a uma determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar gerais” (LEAVELL; CLARCK, 1976, apud CEZRESNIA, 2003, p.45). Ou seja, essa percepção ainda está enraizada em muitos contextos e perpassam a trajetória da história da saúde, sendo assim é considerável que os jovens que participaram da pesquisa não tenham clareza dessa distinção, uma vez que não se pode afirmar em sua totalidade que os jovens não sabem diferenciar essa concepção, pois não foi perguntado se sabem distinguir, porém, pode-se inferir que os itens avaliados pelos adolescentes como muito importantes para se ter saúde vão ao encontro das literaturas citadas.

Em relação aos aspectos *Acesso a moradia 65,6%, Dormir bem 65,2% e Estar feliz 66,2%* também são aspectos que são avaliados como muito importantes para se Ter saúde na visão dos jovens. Estudos de Araújo (2008) com adolescentes demonstraram que a busca pela aquisição de um lugar condizente para morar é imprescindível e os tornaria mais felizes, pois chegar a um ambiente com condições impróprias de moradia tornaria desagradável sua permanência neste local. No relato desse estudo, os jovens elencaram que chegarem a uma casa limpa, com cômodos minimamente dispostos para os membros da casa facilita o relacionamento entre as pessoas. Pode-se inferir que vai ao encontro do que foi apresentado na percepção dos adolescentes, pois uma habitação com acesso as condições minimamente adequadas á saúde pode proporcionar um melhor desenvolvimento e mais saudável.

É possível verificar que aspectos como *Viver bem consigo mesmo 55,7%, Auto-estima 53,1%; Ter amigos 45,6%, Sentir-se útil 43,3% e Ter Liberdade 43,3%*, também são aspectos avaliados pelos adolescentes com **importantes** para se Ter saúde. O que também é relevante, pois diante de muitos itens apresentados, estes, também são importantes para os jovens em se tratando de saúde. Os relacionamentos interpessoais, dentre eles a amizade, também é um modo do jovem de relacionar-se, constituir vínculos e manter o contato social, pois as amizades são um meio de reciprocidade que pode ser um elemento para dividir atividades e compartilhar outras.

A intimidade das amizades caracteriza-se de forma diferente em termos de confiança, confidências mútuas, gostar do outro, sentir-se a vontade, reciprocidade, igualdade, sensibilidade e trocar favores nas relações com amigos e com conhecidos, sendo que nas relações com conhecidos estas variáveis estão mais associadas ao companheirismo e às atividades conjuntas (DE LEMA, 1997, p.).

As amizades auxiliam no processo de constituição do sujeito e promovem que o jovem assimile diferentes conjuntos de valores, pois é nesse espaço com os amigos que os adolescentes buscam um espaço para discutir sobre os programas que fazem, troca de experiências, muitos jovens encontram nos grupos de amizades um meio dialogar sobre assuntos pouco discutidos no contexto familiar ou escolar, assim os jovens podem manter a liberdade de expressar-se e sentir-se útil de modo a elucidar nas suas opiniões sua visão de mundo (SILVA et Al, 2004; ZAGURY, 1996).

A autoestima sendo um meio de regular os estados emocionais, pode-se dizer que adquire significado importante em qualquer momento da vida de uma pessoa, logo, trabalhar a autoestima significa estar promovendo saúde. A adolescência sendo este um período da vida dos jovens que se caracteriza por diferentes mudanças, sejam elas sociais, psicológicas, fisiológicas, culturais ou de outra ordem, ganha importância quando se discute saúde; o que pode ser evidenciado na percepção dos jovens pesquisados. De acordo com Freire e Tavares (2011) compreendendo o funcionamento das variáveis que interferem na autoestima dos adolescentes, é possível encontrar meios para intervir na saúde destes.

Estudos como o de Freire e Tavares (2011, p.184) envolvendo 216 jovens, tinha como objetivo analisar a relação da autoestima com o bem-estar subjetivo e psicológico dos adolescentes. O presente estudo demonstrou que, para estes jovens, a “autoestima revela ser uma variável importante na promoção do bem-estar, assumindo-se como elemento fundamental para intervenção clínica e preventiva”. Pois há uma relação afetiva entre autoestima e satisfação com a vida, gostar de si, da vida que tem. Ou seja, nesse estudo evidenciou-se que a autoestima e a capacidade de regular os estados emocionais ainda é pouco estudada, o que demanda atenção dos profissionais de diferentes áreas do conhecimento.

Itens como *Ter acesso a educação 58,4%; condições financeiras 50,5%, e Trabalhar no que gosta 47,2%* foram avaliados como **muito importantes** para se Ter saúde. A amostra que totalizou 305 jovens participantes deixa visível que educação e trabalho são importantes para ser ter saúde, o que implica em dizer que essa percepção refletida em dados demonstra necessidade de atenção das autoridades sobre as escolhas profissionais. Como dizia Bohoslavsky (1987, p.54) a adolescência é a idade de grandes, contínuas e amplas mudanças. “É de surpreender que o jovem consiga realizar tarefa tão importante como definir-se ideológica, religiosa e eticamente, definir sua identidade sexual e ocupacional, pois entre 15 e 19 anos é preciso decidir em relação à escolha profissional”. O que vai ao encontro do que

foi avaliado pelo adolescente como importante para se ter saúde, *trabalhar no que gosta*, pois segundo o autor o jovem não escolhe somente uma carreira, mas com o que e para quem vai trabalhar, está pensando em um sentido para a vida, o que pode causar confusões a respeito dessa escolha profissional. Porém pensar que *acesso a educação e trabalhar no que gosta* como meio de promover saúde é uma tarefa necessária, pois é na “adolescência que as preferências por uma profissão se acentuam, consideraram-se os fatores favoráveis e contrários ao seu desempenho, eliminando as possibilidades e salientando as atividades em que a pessoa se sentirá mais feliz em atuar, que correspondem às suas aptidões” (FERREIRA, 1995. p.143).

O trabalho adquire papel importante na vida das pessoas e na construção de identidades, atribui significados, que permite satisfazer as necessidades humanas que assume significados diferentes em diversos contextos (SOARES, BASSO, VERIGUINI, 2011). Desse modo se faz necessário que se planeje atividades de orientação profissional para atender esses jovens, criar estratégias de intervenção e procedimentos adequados para atender a demanda dos adolescentes que procuram orientação profissional. Estudos como os de (SILVA, NOCE e ANDRADE, (2003); SOARES, (2002); MELLO; ASSONI e BONFIM, (2001); OSÓRIO; (1989) elucidam a necessidade de investir na área de Orientação Profissional para jovens, o que pode contribuir para a escolha profissional, pois permite visualizar quais as atividades mais desejadas ou não, quais as atribuições de cada ocupação, que tipos de atividades são exercidas, quais seus objetos de trabalho locais de atuação profissional, que tipo de capacitação são necessárias se ter, assim sendo, um dos fatores para se Ter saúde é satisfação pela escolha profissional, na formulação de projeto de vida

É importante destacar que quando se discute trabalho também se pensa *nas condições financeiras*, este item também foi avaliado pelos adolescentes com um percentual de 50,5%, de resposta de **importante** para se Ter saúde. As classes socioeconômicas menos favorecidas, oferecem menos possibilidades, muitas vezes resultando em ambições ocupacionais mais limitadas, muitas vezes por exigências econômicas ou falta de capacitação, são forçados a escolher ocupações de rotina, antes de poder descobrir a profissão realmente adequada a sua escolha (FERREIRA, 1995). Muitos atrativos de algumas profissões são medidas pelo Apreço que os colegas atribuem, ou pela posição social que ocupa em seu meio ou pelos meios de comunicação. Além de respaldar nas atividades laborais, as *condições financeiras* podem influenciar na saúde de um modo em geral; estudos de Reis e Crespo (2009, p.8) relacionando as situações econômicas/ financeiras com a saúde, evidenciaram

que as condições de saúde infantil no Brasil podem se constituir em um importante mecanismo de transmissão intergeracional de desigualdade nas condições socioeconômicas. Crianças menos saudáveis tendem a apresentar pior desempenho escolar e, dessa forma, a se tornarem futuramente trabalhadores menos qualificados. A desvantagem no mercado de trabalho para essas crianças pode ser ampliada ainda mais, já que piores condições de saúde na infância podem persistir ou até se intensificar na vida adulta.

Estes resultados apresentados podem ter implicações importantes no longo prazo, pois a pobreza durante a infância pode influenciar o futuro das crianças e possivelmente até suas gerações futuras. Essa compreensão de que as condições financeiras são fatores importantes para o desenvolvimento de uma nação, pode-se dizer que para os jovens pesquisados *condições financeiras* tornam-se importantes para se Ter saúde. O que pode implicar no *acesso a educação*, segundo Pinto (2004, p.753) o acesso a educação coloca o Brasil em uma posição desfavorável, a taxa de escolarização bruta na Educação Superior é uma das mais baixas da América Latina, sendo que há uma elitização do perfil dos alunos, em especial em cursos mais concorridos, em que a presença de afrodescendentes e pobres ainda é muito baixa, tornando o Brasil um dos países com o maior índice de privatização do ensino superior, trazendo graves conseqüências sobre a qualidade do ensino oferecido e também sobre a equidade, como é evidenciado no trecho abaixo:

Estudo feito pelo INEP (2001), tendo por base a adoção de um padrão mínimo de qualidade nos diferentes níveis e modalidades, indica que, para atender as metas estabelecidas pelo Plano Nacional de Educação, o Brasil precisaria sair dos atuais 4,1% do PIB gastos em educação e atingir, até 2011, cerca de 8% do PIB, para depois estabilizar em um patamar de cerca de 6% do PIB. Esse valor pode parecer elevado mas, quando constatamos que o Brasil gastou com despesas financeiras da União, nos últimos três anos, em média, mais de 9% do seu PIB a cada ano, fica evidente para onde vai o dinheiro que falta para a educação e as demais políticas sociais. Analisando a Execução Orçamentária da União de 2003, constata-se que o governo federal gastou R\$ 10,4 bilhões com manutenção e desenvolvimento do ensino e R\$ 133 bilhões com juros e amortizações das dívidas interna e externa.

Não obstante as conseqüências ao acesso a educação os estudos de Pinto (2004) evidenciam que há necessidade de uma mudança estrutural dos modelos econômicos vigentes, de modo a fortalecer o ensino público. Sendo assim vale destacar que os jovens

avaliaram que ter acesso a educação permite saúde, pois quando se tem acesso as informações, cultura e educação viver saudavelmente será uma consequência, o que implica em poder dizer que é muito bom saber que os jovens pensam que a educação é algo importante para se Ter saúde. Visto que uma inciativa do Ministério da Saúde e Educação que está em vigor desde 2003, tem como objetivo implantar programa de saúde na escola, que envolve a qualificação de professores e funcionários, orientação aos alunos e encontros com pais, com a finalidade de discutir saúde na escola:

A compreensão dos problemas de saúde do escolar adolescente indica que são os mesmos da população brasileira, que refletem saneamento básico deficiente e baixas condições de vida. Cabe ao binômio saúde/educação trabalhar em conjunto, para o redimensionamento dos aspectos inerentes aos problemas nessa área, para a correta compreensão da relação saúde do adolescente/processo de aprendizagem. Para tal, faz-se necessária a capacitação e a valorização dos profissionais da Educação, a criação de grupos de interesse nas escolas, a pesquisa de novas metodologias, a adoção de novos recursos tecnológicos e o trabalho integrado com a equipe de saúde, dentro dos critérios da municipalização. Dessa forma, o professor vai desempenhar um papel importante como agente de saúde, contribuindo para a correta adequação do binômio saúde/educação (MINISTÉRIO DA SAÚDE E EDUCAÇÃO - PROSAD, 1991).

Faz-se necessário refletir que desde o ano de 1991 tem-se discutido a merecida atenção à saúde do adolescente por parte dos órgãos federias, portanto o Ministério da Saúde e Educação sugere uma intersectorialidade entre Escola – Unidades Básicas de Saúde e Centros de Referências em Assistência social, de modo a promover saúde para os jovens⁴, nesse sentido, ao promover condições de acesso à educação, se esta falando em saúde.

É possível perceber que os itens *Atendimento médico periódico 52,8% e Praticar exercícios 49,8%* também foram avaliados como importantes para se Ter saúde. As atividades físicas são essenciais para a vida, diminui riscos de doenças e promove momentos de lazer e satisfação. Portanto a inatividade delas pode desencadear doenças ou até mesmo agravá-las (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003). Pensando nisso Alves et al (2005) elaboraram um estudo com adultos jovens para verificar se a prática de atividades físicas de lazer ou esportivas realizadas na adolescência influenciou na sua vida adulta. Os resultados demonstram que apenas 22,5% dos pesquisados desenvolviam atividade física de lazer. Entre

⁴ No decorrer do processo de coleta de dados e a visitação as escolas participantes da pesquisa foi verificado se as mesmas apresentam o Programa de Saúde na Escola (PROSAE) sugerido pelo Ministério da Saúde e Educação, foi verificado que nenhuma das escolas participa do programa Saúde na escola, de modo que quando perguntado sobre o Programa aos profissionais responsáveis pelo local, ambos desconheciam essa informação e a existência do Programa.

aqueles que foram atletas durante a adolescência, a prática de atividades físicas na vida adulta foi maior; 26,8% do que aqueles não atletas, 6,2%. Portanto a prática de atividades físicas contribui para uma vida saudável.

A elevada prevalência de inatividade física tem sido demonstrada em vários estudos nacionais e internacionais, em que foram observadas prevalências semelhantes ao de nosso estudo. Barros e Naja (23), em pesquisa com amostra representativa de trabalhadores industriais no sul do Brasil, demonstraram prevalência de inatividade física de 68,1% verificaram índices de sedentarismo acima de 80% entre adolescentes que freqüentavam a escola pública no Rio de Janeiro. Observaram que apenas 3,3% de brasileiros desenvolviam mais de meia hora diária de AFL durante cinco dias da semana (24). Sendo que os estudos de Hallal et al em Pelotas (RS), observaram prevalência de inatividade física entre 38 a 41% para a faixa etária dos 20 aos 65 anos de idade (ALVES et AL, 2005, p. 293).

Assim como a prática de atividades físicas, os jovens elencaram que *Acompanhamento médico periódico* 52,8% também foi avaliado como importante para se Ter saúde. O papel que o saber médico desempenha sempre foi de destaque como um meio de orientar a população, porém, os cuidados com a saúde de qualquer sociedade não deve ser estudado isoladamente de outros aspectos dessa sociedade (HELMAN, 2009). Nesse sentido Adam e Herzlich (2001) discutem que o acompanhamento médico como modelo preventivo ainda é muito vigente em nossa sociedade, pois a medicina conquistou plena autoridade sobre a doença e o monopólio de seu tratamento, e nesse ínterim, os profissionais tendem a dizer à sociedade o que é bom para o indivíduo e a sociedade, pois estes profissionais estão em condições científicas de definir as necessidades do sujeito.

Ter a orientação de um profissional médico como meio de esclarecimento é fundamental para viver saudavelmente, porém o que se percebe nas discussões dos autores é que sem dúvida é preciso ter acompanhamento médico como meio para auxiliar, tanto na prevenção como no tratamento das possíveis enfermidades ou doenças, bem como na promoção de saúde, mas não uma única via de respostas as dificuldades humanas, pois de acordo Helman (2009) e Adam (2001) está sendo muito freqüente as intervenções médicas nos setores mais variados da vida social.

Avaliados como **pouco importantes** para se Ter saúde estão os itens *Estar bem vestido* 31,1% e *Regras nas tarefas diárias* 48,2%. A imagem visual é muito valorizada na atual sociedade, que é evidenciado nos estudos de Pereira et Al (2010) em que a influência do contexto socioeconômico na percepção da imagem corporal e satisfação/insatisfação com o

corpo é tema relevante no entendimento da saúde dos adolescentes, em que muitas vezes estar bem vestido pode implicar em autoestima mais elevada, e essa autoestima pode gerar um grau de satisfação e conseqüentemente uma valorização pessoal que torna este sujeito mais saudável seja fisicamente ou psicologicamente mais confiante. Estudos como os de Gomes e Caramaschi (2007) elencam que entre adolescentes a imagem de estar bem vestido e auto-imagem são muito valorizadas; nesta fase há uma necessidade de aceitação social, muitas vezes a uma normatização do que é belo e do que deve ser consumido, e se o sujeito não estiver dentro desses padrões, certamente será excluído. Ter *regras nas tarefas diárias* foi avaliado com pouca importância para se ter saúde, no entanto não foram encontrados estudos para discutir esse item, porém manter rotina no desenvolvimento das atividades é essencial como meio de organização para qualquer sujeito, e nesse sentido pode promover bem estar.

Dentre todos os 23 itens apresentados para se ter saúde, observou-se que o item avaliado com menor grau de importância para se Ter saúde é *Acompanhamento Psicológico* 49,5%, ou seja, os adolescentes consideraram que este item é **Pouco importante** para se ter saúde, quase 50% da população pesquisada. É percebido que esse item é menos importante para se Ter saúde do que *estar bem vestido* com 31,1%. O que também pode ser evidenciado nos estudos de Peduzzi (2007) em que há uma ascensão pela preocupação com vacinação, pré-natal, diminuição dos índices de doenças e mortalidade, acompanhamento médico, porém não fazem menção a acompanhamento psicológico como meio de assistência à saúde, e sim elencam que há necessidade de se trabalhar em equipe multidisciplinar e de se pensar em novos modelos de atendimento ao adolescente. Existe também uma possibilidade de os adolescentes e jovens não atribuírem a psicologia como parte da saúde. Isso pode ser um reflexo do modo de produção cultural e a reprodução do conceito de saúde ainda fragmentado. Por vezes, as crianças podem sequer saber o que é um acompanhamento psicológico, qual a atividade de um psicólogo ou reproduzir que “psicólogo é coisa de louco”

O que pode é percebido nos estudos de Baruzzi et Al (2001), em que estes também discutem que diferentes níveis de atenção à saúde como; Atenção Básica e CAPS, necessitam do trabalho dos profissionais de Psicologia. Porém, no Brasil ainda é visível que há carência e demanda por serviços de assistência psicológica na rede pública de saúde. Estudos de (CAMPEZATTO e NUNES 2007; FERREIRA et al, 2005;) também evidenciam que há alta procura por atendimento psicológico nas clínicas-escolas, sendo está uma via pela procura de atendimento por parte de crianças e adolescentes; estes estudos também revelam que estes chegam ate os serviços de atendimento psicológico através de indicação externa

como escolas, centros de Saúde, ou encaminhadas por outros profissionais, tornando necessário investigar os motivos pela procura pelos atendimentos.

Vale destacar que o grau e importância atribuído pelos adolescentes em relação ao *Atendimento Psicológico* para se Ter saúde foi considerado **pouco importante** 49,5%. Nesse sentido, é contrário dos que os estudos têm demonstrado quando comparado aos atendimentos feitos para essa mesma faixa etária; porém, é preciso ter atenção à saúde dos jovens. Para os adolescentes não há necessidade de conversar com um profissional Psicólogo ou tratar de sua saúde mental nesse período da vida, mas mesmo assim, é um compromisso e iniciativa dos profissionais de saúde propor à qualidade de vida das famílias e das crianças e adolescentes, proporcionando discussões acerca das dificuldades que podem surgir na adolescência e como acolher.

De acordo com OMS (2001) muitos dos transtornos mais frequentes observados em adultos podem ter início durante a infância e adolescência, é o caso da depressão, como as de ordem alimentar, ansiedade, psicose, abuso de substâncias, por exemplo. Os episódios depressivos geralmente aparecem entre os 15 e 19 anos de idade, embora varie consideravelmente de um indivíduo para outro. Nesse sentido além de conhecer as particularidades das etapas do desenvolvimento da adolescência, é preciso estar atento à importância da família e ambiente, melhorando a consciência sobre o desenvolvimento psicossocial, facilitando a inclusão de jovens e enfraquecendo os contextos que podem causar o perpetuamento das desordens. Portanto será que se pode dizer que para os jovens pesquisados há um desconhecimento dessa importância?

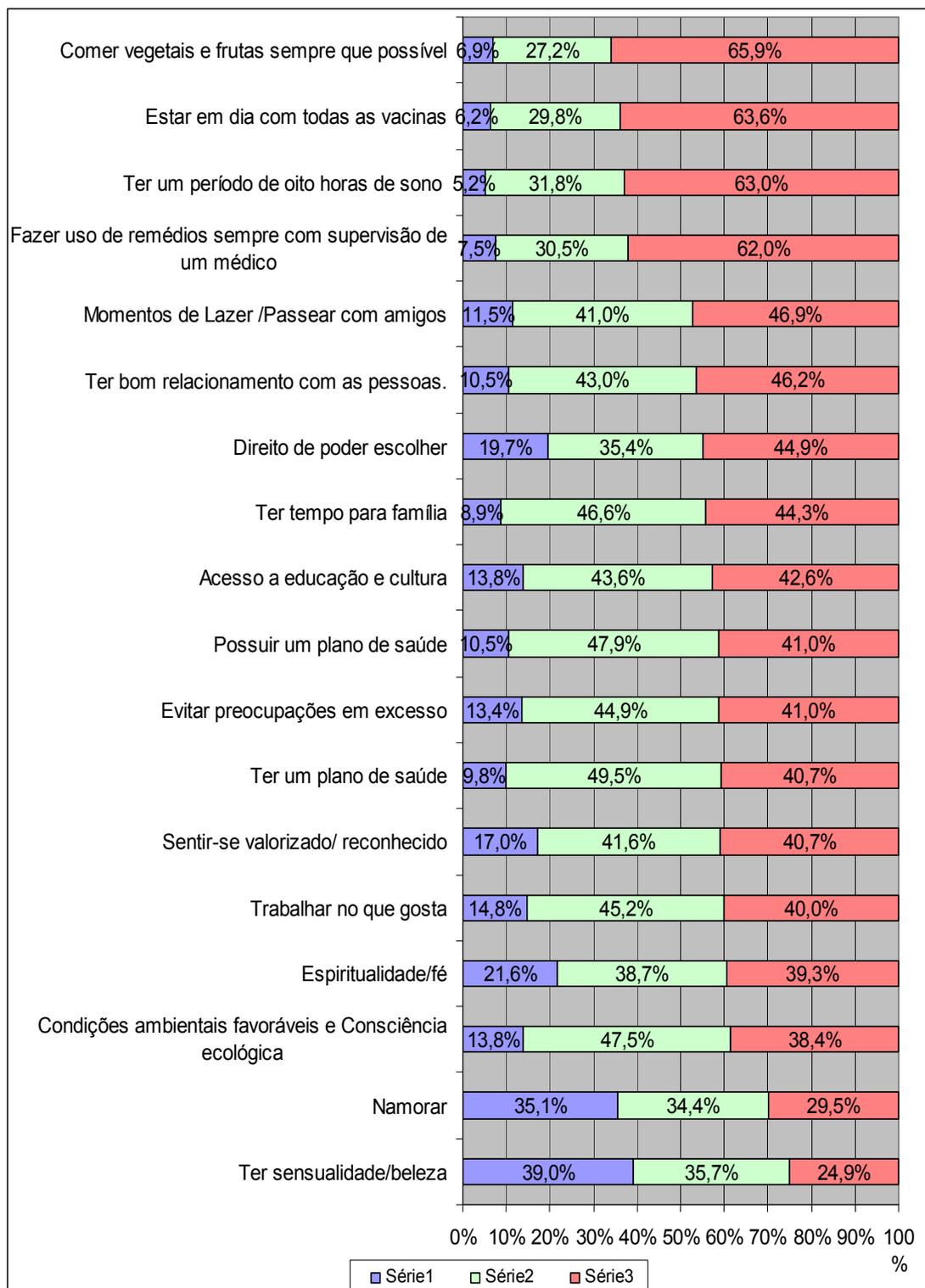
4.2 ASPECTOS DESENCADARORES E NECESSÁRIOS PARA PROMOÇÃO DE SAÚDE

Este capítulo se refere aos aspectos que podem promover saúde. Como meio para representar o grau de importância atribuído pelos estudantes pesquisados em relação à sua compreensão sobre promoção de saúde, foi feito o Gráfico 2 como meio de representar essa informação. Como um dos objetivos da pesquisa é descrever os fatores que contribuem para a promoção de saúde na percepção dos adolescentes, foi necessário que alguns aspectos que são referidos no primeiro gráfico também fossem contemplados no segundo gráfico. Pois muitos dos aspectos são necessários tanto para compreender o que é saúde como para

entender sobre promoção de saúde. No entanto os itens já discutidos no sub-capítulo anterior não serão abordados novamente, porém o que vai diferir nesse capítulo é como estes aspectos podem ser vistos como promotores de saúde e se houve uma grande diferença na escala de importância. Será que os jovens têm conhecimento sobre o que é promoção de saúde?

Como as categorias da pesquisa foram elaboradas a priori, e com objetivo da pesquisadora é que os estudantes pudessem atribuir uma importância a aspectos referentes a saúde, não caberia fazer uma pergunta aberta sobre promoção de saúde, uma vez que a pesquisa é de caráter quantitativo, embora tenha sido disponibilizado espaço no questionário caso quisessem efetuar algum comentário a respeito dos itens a serem selecionados ou quaisquer dúvida. Então a pesquisadora tentou dispor alguns aspectos que compõe o que é saúde e avaliar se para estes jovens os itens ganham uma escala de importância diferenciada quando perguntado sobre promoção de saúde, mas não comparação entre os itens. O que vale destacar é que não houve nenhum comentário, dúvida ou pergunta sobre promoção de saúde.

GRÁFICO 2: Porcentagem do grau de importância atribuído pelos estudantes referentes aos aspectos Promoção de Saúde (n=305).



Fonte: Elaborado pela autora, 2012.

É possível identificar que no Gráfico 2 referente a Promoção de saúde os itens *Comer vegetais e verduras sempre que possível (65,9%)*; *Estar em dia com todas as vacinas (63,6%)*; *Ter um período de oito horas de sono (63%)*; *Fazer uso de remédios com supervisão de um médico (62%)* se destacaram com maior grau de importância para

promover saúde dentre os demais itens apresentados. O conceito de promoção de saúde é compreendido como um conjunto de fatores sociais, econômicos, políticos e culturais, em que suas ações estão voltadas ao coletivo dos indivíduos e ao ambiente, de modo a propiciar melhoria nas condições de bem-estar, favorecendo o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e comportamentos favoráveis à saúde (CEZRESNIA, 2003).

Nesse sentido, é possível inferir que discorrer sobre prevenir saúde ou promover saúde, é falar sobre processos diferentes, pois a prevenção de saúde está atenta para impedir o dano/mal, uma ação antecipada para o progresso de uma doença. O que vai ao encontro da percepção dos adolescentes pesquisados, pois estes elencam que os cuidados preventivos de saúde são muito importantes para promover saúde. O que vai também pode ser evidenciado nos estudos de Cromack et Al (2007) que na percepção dos adolescentes, esses aspectos preventivos também foram elencados como muito importantes para obter saúde, pois os estudantes destacam que uma forma positiva de olhar para sua saúde, é quando os aspectos de saúde estão relacionados a algo que está sob controle, da qual eles pode cuidar tratando de seu corpo e cuidando de sua alimentação, da sua higiene ou de controle epidemiológico por exemplo.

Quando se relaciona os itens referentes ao que é Ter saúde apresentados no Gráfico 1 e se compara com os itens do Gráfico 2 Promoção de Saúde, observa-se que os itens *Direito de poder escolher (44,9%)*; *Ter bom relacionamento com as pessoas (43%)*; *Momentos de lazer/passear com os amigos (41%)*; *Ter tempo para família (46%)*; *Sentir-se valorizado e reconhecido (41%)* e *Evitar preocupações em excesso (44%, também foram avaliados como importantes para promover saúde*. Desse modo é preciso se atentar de que o adolescente considera relevante ter momentos com a família e relacionar-se com a família de modo satisfatório ou manter relações interpessoais favoráveis, o que sugere que os adolescentes consideram importante para ter saúde as relações familiares e sociais. Neste sentido (NEIDEMANN, 2006 apud ARAÚJO, 2008) conclui em sua pesquisa que os adolescentes também destacam que as relações familiares são cruciais para o seu desenvolvimento saudável, de modo que para os pais estarem presente com seus filhos é um meio de auxiliar nos processos das condutas de seus filhos. Estudos de Resta (2006) sobre como o adolescente e sua família percebem o processo de adolecer e os cuidados com a saúde, apontam que a família, relações de amizade e momentos de lazer são espaços que se aprende a conviver.

O cuidar representa mais do que um ato, significa mais que um momento de atenção, de zelo. É uma postura de ocupação, preocupação, de responsabilização e de convívio afetivo com o outro. Torna-se evidente que, a partir dessa concepção, que cuidar implica numa complexa trama de fatores que se interpenetram, sendo inerente a condição humana (ARAÚJO, 2006, p.46).

Pode dizer que a família é uma instituição cuidadora, em que são modelos muitas vezes a serem seguidos pelos adolescentes.

Conforme observado no Gráfico 2, o item *Possuir um plano de saúde* (49,5% também foi avaliado como **importante** para promoção de saúde. O que não é assustador quando comparados aos estudos de Osório et al (2011) em que ao estudar sobre as necessidades de saúde insatisfeita no Brasil revela que essa insatisfação se dá mediante as falhas do sistema de saúde, o tempo de espera, a falta de profissionais de saúde e não ter um plano de saúde. Pois se ficar na espera por consultas, há probabilidade de cuidar da saúde diminuir se levado em consideração estes fatores citados, ou seja, não poder pagar por um plano de saúde implica em prejuízos para a saúde dos pesquisados. Nesse sentido questiona-se: O Sistema Único de Saúde como uma política pública em saúde deveria ausentar um plano de saúde pago. No entanto as falhas eu vem se articulando ao redor dessa política pública é muito discutida, pois se há uma insatisfação com os programas de saúde oferecidos, vale a pena repensar nas práticas que estão voltadas para esses atendimentos

Uma possível interpretação dessa mudança seria a de que à medida que o SUS se consolida, expande seus serviços e aumenta seu uso pela população, a insatisfação da necessidade de saúde passa a ser justificada por alegações de falhas do sistema, marcando a passagem de um momento em que as pessoas tinham que confiar mais nos seus próprios recursos para arcar com despesas de saúde para outro em que o Estado adquire maior relevância na provisão de serviços, mas tem dificuldades para fazer frente às demandas com a qualidade requerida pela população (OSÓRIO et al, 2011, p.3752).

Assim como as Políticas Públicas em Saúde são fundamentais para se Ter saúde as *Condições Ambientais e ecológicas* (47%) também foram percebidas pela maioria dos estudantes como aspectos importantes para promover saúde. Não há como viver saudavelmente sem que façamos uma relação das condições ambientais e promoção de saúde. A preocupação com os efeitos provocados na saúde pelas condições ambientais também é assunto discutido por Freitas (2003); Stolz e Vaz (2010) em que a ampliação da compreensão dos problemas ambientais é muito além do que somente saneamento básico e

coleta de lixo, mas sim, uma recuperação da dimensão política e social dos mesmo. O que resultou em conferências pela Organização das Nações Unidas (ONU) como uma Política de Saúde Pública no ano de 1992, ou seja, emerge uma nova noção de saúde em que

o foco das práticas centradas principalmente nos aspectos biomédicos da atenção para uma compreensão preventiva do estado de saúde, passando a direcionar muita de sua atenção para as dimensões ambientais da saúde que define as bases para o movimento de Promoção da Saúde e em que são incorporadas questões como a criação de ambientes favoráveis à saúde; o Projeto Cidades Saudáveis lançado em 1986 pela Organização Mundial da Saúde; a definição da saúde ambiental como prioridade social para a promoção da saúde (FREITAS, 2003, p.140).

Nesse sentido é preciso repensar nas práticas destinadas a essa consciência ecológica de modo a promover saúde, pois deve “considerar que estes programas de promoção da saúde devem ser movimentos de resoluções dos problemas ambientais de formas socialmente justas, economicamente viáveis, ecologicamente prudentes e politicamente emancipadoras” (FREITAS, 2003, p.147).

Conforme observado no gráfico, os itens *Trabalhar no que gosta (45,2%) Acesso a educação e cultura (43,6%*, também foram avaliados como importantes para promover saúde. Como os itens já foram discutidos no gráfico anterior, não far-se-á novamente. No entanto, vale destacar que estes itens novamente foram avaliados com uma porcentagem de quase 50% de importância, nesse sentido é preciso se atentar de que ao mesmo tempo em que os adolescentes elencam cuidados preventivos de saúde como muito importante para se ter saúde, também é evidenciado que outros aspectos que fazem parte do conceito de promoção de saúde estão sendo avaliados como importantes para se Ter saúde.

Também avaliado como *importante para se Ter saúde está o item Ter espiritualidade e fé (39,3%)*. O Brasil é um país em que a diferentes crenças religiosas convivem de forma harmônica. Muitos são os espaços para divulgar as crenças, seja no catolicismo, evangélico, espiritismo ou de outra ordem. A fé e espiritualidade trazem consigo diferentes forma de representá-la, seja em louvor, oração, superstições, ou até mesmo jogos, como um meio de se aproximar de Deus e poder ter acesso as graças (ZAGURY, 1996). Os estudos de Zagury (1996) destacam que para os jovens pesquisados, 92,9% acreditam em Deus, 87% destes disseram ter uma religião, mas que apenas 51% dizem freqüentar os espaços religiosos. Na adolescência há muitas dúvidas em relação a sua existência e a compreensão do mundo,

nesse sentido o autor elenca os jovens podem questionar as crenças de seus familiares ou até mesmo inverter valores em relação a fé. Nesse sentido vale destacar que se a espiritualidade e a fé podem promover saúde desde que estejam cientes das suas conseqüências (ZAGURY, 1996).

Avaliados como **pouco importantes** para promoção de saúde estão os itens *Ter sensualidade e beleza (39%)*; *Namorar (35%)*. As “transformações corporais que ocorrem durante podem causar importante choque psicológico”. Muitas vezes a maturação precoce ou não do corpo podem acometer prejuízos psicológicos aos adolescentes. E nesse processo está a aceitação em ser belo e sensual há uma cobrança social pelos padrões de beleza (Campos, 2002, p.26). Na percepção dos jovens desta pesquisa estes aspectos foram avaliados como **pouco importantes** para promover, o que possibilita dizer que dentre todos os itens elencados para promoção de saúde ser belo e sensual não é tão importante. O estudos de Gomes e Guaramaschi (2007) sobre a valorização da beleza e inteligência por diferentes adolescentes evidenciam que os adolescentes de ambos sexos pertencentes à classe baixa gostariam de possuir um maior nível de inteligência em detrimento da beleza, enquanto que adolescentes de classe alta preferem o equilíbrio entre beleza e inteligência, as moças valorizam mais a inteligência em seus parceiros que os rapazes, os quais valorizam mais a beleza em suas parceiras.

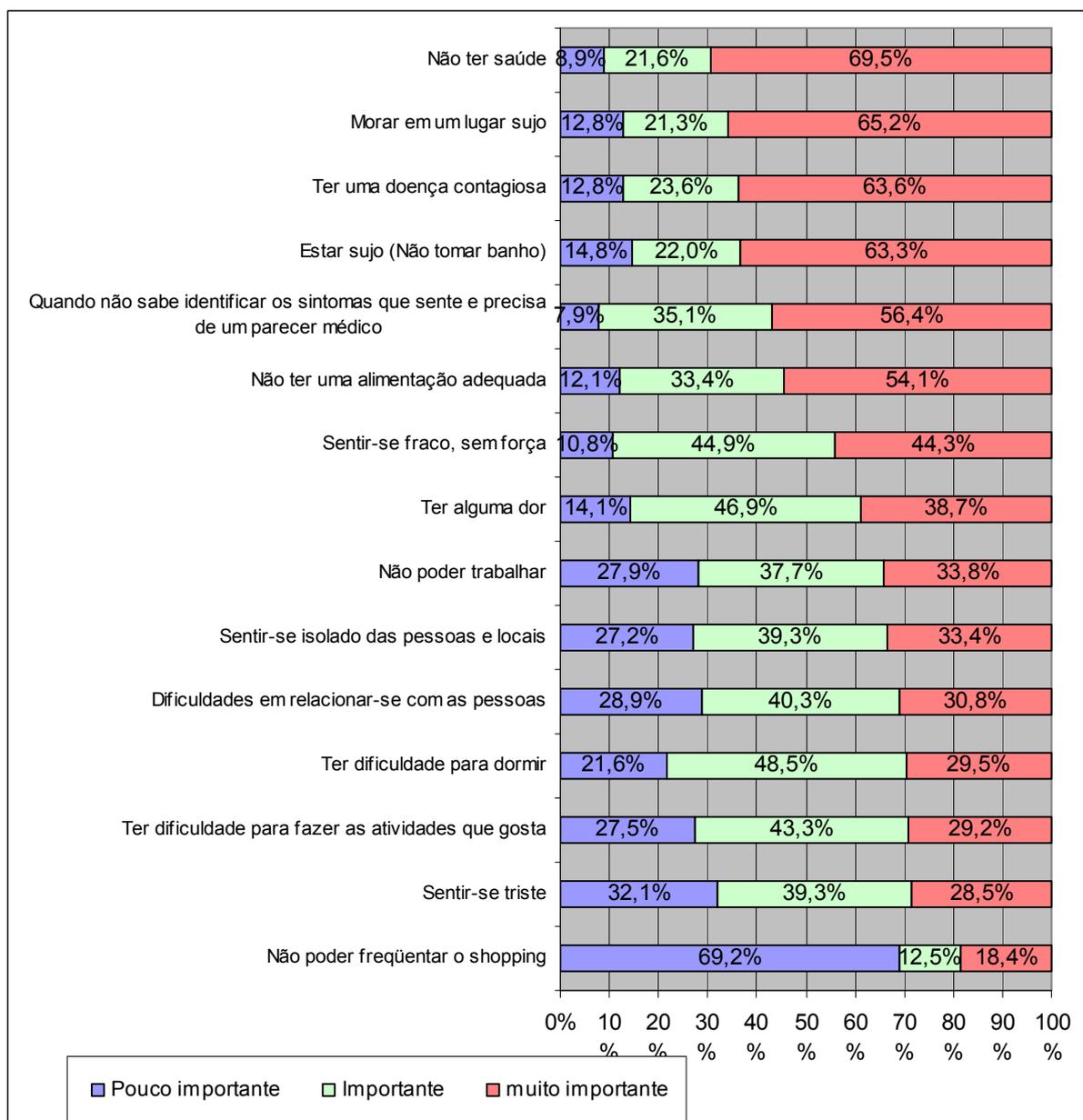
Nesse capítulo sobre promoção de saúde foi avaliado que os aspectos que compõe essa categoria requer mais que uma atenção ao que é saúde, mas sim a elaboração e implementação de Políticas Públicas em saúde, bem como criação de ambientes favoráveis a saúde, reforços da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades sociais e uma reorientação dos sistemas de saúde, de modo que essas ações em parceria com órgãos públicos podem promover saúde e melhorar a qualidade de vida das pessoas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

4.3 ASPECTOS RELACIONADOS À DOENÇA

Nesse capítulo serão apresentados os dados avaliados pelos adolescentes para se Ter doença. Conforme Adam Herzlich (2001), as concepções e interpretações coletivas da doença efetua-se sempre em termos que envolvem a sociedade, suas regras e a visão que

dela temos: a concepção que temos de doença manifesta nossa relação com a ordem social. Nesse sentido vamos avaliar como os adolescentes avaliam aspectos que compõe a Doença.

GRÁFICO 3: Porcentagem do grau de importância atribuído pelos estudantes relacionados aos aspectos Doença (n: 305)



Fonte: Elaboração de autora, 2012.

Conforme observado no Gráfico 3, Aspectos Referentes à Doença, é possível identificar que o item com maior importância para ter doença ou estar doente é *Não ter saúde* (69,5%); *Morar em lugar sujo* (65,2%); *Ter uma doença contagiosa* (63,6%); *Estar*

sujo(63,3%); *Quando não sabe identificar os sintomas e precisa de um parecer médico* (56,4%), são itens avaliados como **muito importantes** para obter doença ou estar doente. Essa demonstração de importância para os adolescentes, permite refletir que ainda está muito enraizada uma visão higienista e preventiva de saúde, pois na visão destes jovens ‘estou doente quando não tenho saúde’. Essa concepção de saúde e doença como higienista e preventiva é discutida por Kahhale (2003) que em busca da eliminação das epidemias, os estudiosos da época procuravam soluções de modo que não dizimasse entre as pessoas, pois nessa época havia muita exploração de mão de obra, condições precárias de saneamento básico, falta de alimentos à população, o que contribua ainda mais para a disseminação das epidemias. Durante muito tempo desde o século XIX, se pensou que uma maneira de criar condições de saúde seria eliminar as doenças e combater as enfermidades de uma maneira medicamentosa e puramente curativa, como um meio de manter as pessoas saudáveis e que não ocorresse mortes.

O que vai ao encontro dos resultados apresentados na percepção dos jovens, o que não está errada em nenhum momento, do contrário, qualifica-se que dentre tantos itens apresentados sobre promoção de doença, há uma preocupação destes com sua saúde, pois todos os aspectos listados foram percebidos como **muito importantes** na promoção de saúde. O que de fato é válido e verdadeiro, pois esses aspectos contribuem e muito para obter doenças. Porém, há uma enorme necessidade de discutir em sociedade a vulnerabilidade dos adolescentes para os problemas de saúde. Ainda está fortemente instaurada na sociedade atual uma visão biologicista, unicausal da compreensão de saúde e doença (DA ROS, 2004).

Vale destacar também que o item *Quando não sabe identificar os sintomas e precisa de um parecer médico* ganha forte presença como muito importante para definir quando se está doente para os jovens pesquisados, o que corresponde ao grau de importância atribuído ao item *Usar medicação com restrição médica* apresentado no Gráfico 2 promoção de Saúde. Ou seja, não há divergência na concepção destes jovens, pois em aspectos diferentes apresentados há uma avaliação de que em nossa sociedade contemporânea, o médico detém um saber que é muitas vezes é inquestionável e visto de forma hierárquica e de poder, o que também é discutido por Helman (2009, p.93):

Dentro do sistema médico, aqueles que praticam a medicina formam um grupo à parte, com seus próprios valores, conceitos e teorias sobre doenças e regras de comportamento, bem como organização em uma hierarquia de papéis de cura; assim esse grupo tem aspectos culturais e sociais. Abaixo dos médicos, estão os

profissionais para-médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais.

Conforme observado na citação acima, além dessa visão de um modelo biomédico de saúde pautada na figura do médico, há alguns status em determinadas categorias da medicina. Pois aqueles profissionais que “curam das doenças agudas, cirurgiões ou internistas” têm um status maior do que aqueles que cuidam das doenças crônicas por exemplo, como os geriatras, psiquiatras, oncologistas ou reumatologistas, pois estes apenas cuidam das pessoas, depende da parte do corpo que operam (HELMAN, 2009, p.93). Adam e Herzlich (2001,p.90) também discutem que o saber médico como forma de promover saúde e eliminar doenças ainda é consensual pelos pacientes e pela sociedade, “porque o paciente reconhece o poder do médico e porque a relação terapêutica está fundamentada em uma reciprocidade, uma soma de dois papéis esperados e complementares”. Nesse sentido a avaliação que os adolescentes fazem do parecer médico como muito importante não está longe das discussões trazidas pelos autores acima, mas é um reflexo da sociedade contemporânea.

Outro aspecto fortemente discutido e que foi elencado pelos jovens como **muito importante** para promover saúde e promover doença *é o uso da medicação com restrição médica*. É interessante que para os adolescentes fazer o uso de algum tipo de medicação com a restrição médica representante responsabilidade. Porém mesmo com restrição médica, o uso de medicamentos tem sido utilizado de maneira imprópria e indevida mesmo por profissionais habilitados, uma vez que, a discussão sobre o uso indevido e abusivo de medicamentos tem se tornado constante em nossa sociedade Moysés (2001). A autora aponta uma reflexão crítica sobre valores atribuídos ao uso de medicamentos com ou sem restrição, pois esse fenômeno de medicalizar a vida, insiste em transformar questões não médicas, de origem social e política, em questões médicas.

Medicalizar a sociedade já era discutida muito tempo atrás por Illich (1975, p.79) “a medicalização da vida como parte e integralizante se sua institucionalização industrial”, ou seja uma sociedade industrializada causa doenças, uma vez que os homens não conseguem se adaptar à ela. Para o autor o diagnóstico médico tem finalidade de explicar que caso o sujeito não se adaptar as normas da cultura e sociedade, não é será devido as condições que lhe são oferecidas, mas sim porque seu corpo precisa o seu organismo não está dando reagindo de acordo com o esperado.

E essa discussão elencada por Illich (1987), antes do século XX está vigente nos estudos de conceito trazido na primeira Conferência de Medicalização no ano de 2010:

Entende-se por medicalização o processo que transforma, artificialmente, questões não médicas em problemas médicos. Problemas de diferentes ordens são apresentados como “doenças”, “transtornos”, “distúrbios” que escamoteiam as grandes questões políticas, sociais, culturais, afetivas que afligem a vida das pessoas. Questões coletivas são tomadas como individuais; problemas sociais e políticos são tornados biológicos. Nesse processo, que gera sofrimento psíquico, a pessoa e sua família são responsabilizadas pelos problemas, enquanto governos, autoridades e profissionais são eximidos de suas responsabilidades

Portanto, as pessoas estão sendo classificadas como doentes, tornam-se pacientes e logo consumidoras. Illich (1987) já trazia essa discussão “a medicalização do diagnóstico precoce não apenas entrava e desencorajava a verdadeira prevenção, mas leva também o paciente potencial a comportar-se de como um objeto pelo qual o médico é responsável. Ele apreende a entregar-se ao médico esteja ou não com boa saúde; transforma-se num paciente para o resto da vida (p.65). O que também é discutido por Collares (1996); Moysés (2008); Caponi (2010); Mannoni, (1998); Moysés (2001) (Marques 1999; Collares, 1996; Diniz, 2008; Nakamura et Al 2008).

Nesse sentido faz-se uma reflexão não é possível diagnosticar e pautar-se nessa visão dicotômica de patologia e saúde. Entende-se que esta problematização pode contribuir para a intervenção e o crescimento profissional de diferentes profissionais de modo direto, e de modo mais abrangente para a relação da sociedade com a medicalização da vida. Nesse sentido torna-se essencial considerar todo o complexo de fatores que podem acometer a saúde dos adolescentes e da população de modo geral, mas sim, articular condições de cidadania e necessidades para promover saúde e não promover doenças (UNICEF; ANDI, 2006).

Os itens *Ter uma alimentação adequada (54,1%)*; *Ter dificuldade para dormir (48,5%)*; *Ter alguma dor (46,9%)*; *sentir-se fraco sem força (44,9%)*; *Não realizar as atividades que gosta (43,3%)* foi avaliado com **importantes** para se Ter Doença. Dentre muitos aspectos que remetem os cuidados de si, estão também os cuidados com o sono. Na adolescência pode dizer que esse fator também é fundamental para poder crescer de forma saudável, do contrário pode acarretar em prejuízos como mudanças fisiológicas e orgânicas (MATHIAS, SANCHEZ e ANDRADE, 2006; ARAÚJO, 2008). Os autores discutem que os hábitos de sono de forma desregrada podem causar um desequilíbrio no organismo possibilitando o

aparecimento de patologias. Nesse sentido os autores apontam que há necessidade de criar ou fornecer subsídios para que os adolescentes possam conhecer seu corpo e seus hábitos de sono, de modo a refletir e escolher de forma consciente sua rotina, evitando que a ausência de hábitos saudáveis interfira em seu desenvolvimento escolar, cognitivo e social, de modo que isso não interfira as atividades que gosta de desempenhar no seu dia-dia.

Assim como os hábitos de sono inadequados ou desregrados, não *ter uma alimentação adequada* também resulta em prejuízos ao organismo. Como esse item já foi discutido na categoria Aspectos para se Ter saúde, será apenas enunciado nessa categoria ‘ Aspectos para se Ter doença’. No entanto, se uma alimentação saudável resulta em promoção de saúde, do contrário, hábitos alimentares inadequados ou insuficientes de alimentação podem gerar doenças ou agravar, como problemas intestinais, anemias ou transtornos alimentares como bulimia e anorexia (ARAÚJO, 2008).

Os aspectos *sentir alguma dor, sentir fraco ou sem força* de uma forma ou de outra são partes inseparável da vida diária. ‘A dor é também o sintoma mais comum encontrado na prática clinica, constituindo uma característica de muitas alterações fisiológicas normais’ (HELMAN, 2009, p.169). As formas como a dor se manifesta ou como é demonstrada ou comunicada podem variar conforme cultura na qual as pessoas estão inseridas. “A dor surge quando um nervo ou uma terminação nervosa são afetadas por um estímulo doloroso, proveniente de dentro do corpo ou de fora dele” (HELMAN, 2009, p.169). Nesse sentido ter alguma dor pode significar estar doente em algumas culturas, devido ao seu papel biológico da dor. O autor traz que em países como a Polônia a dor do parto (natural) é uma dor esperada e aceita pelas mulheres, já para as mulheres brasileiras e americanas por exemplo, a anestesia é o recurso desejado e procurado para que não sinta dor durante o parto. Na Índia a dor é representada por metáforas, como ardente, cortante, sufocante, ou seja, reúnem as expectativas físicas e emocionais em uma única imagem (HELMAN, 2009).

No entanto *sentir dor ou sentir-se fraco sem força* é também uma reação do corpo diante de diferentes estímulos que podem representar uma doença podendo ser de ordem emocional, que pode estar representada apenas por um tipo de sofrimento dentro de um espectro mais amplo, por exemplo como uma punição divina. Ou seja, o comportamento da dor implica em um relacionamento social em que o papel que esta representa em cada cultura é diversificado e que o modo como as pessoas comunicam a sua dor podem ser influenciados por fatores sociais e culturais (HELMAN, 2009).

Os itens *Ter dificuldade de se relacionar com as pessoas (40,3%)*; *Sentir-se isolado das pessoas e locais (39,3%)*, *Sentir-se triste (39,3%)* e *Não poder trabalhar (37,7%)* também

foram avaliados entre pouco importante e importante para se Ter Doença. Os estudos de Bahlz (2002) com um grupo de crianças e adolescentes sobre a depressão, evidencia que aspectos como isolamento, dificuldade de relacionar-se e momentos de tristeza, comportamentos de irritação e de irritabilidade são principais fatores desencadeadores de depressão nessa faixa etária. O autor chama atenção para esses fatores são desencadeadores de patologias e que levam ao agravas de doenças, aparecimento de outras ou comprometimento das atividades laborais como pode ser percebido abaixo

É necessário destacar que o transtorno depressivo tem apresentação heterogênea já desde a infância, requerendo cuidadosa avaliação diagnóstica dos profissionais envolvidos com crianças e adolescentes. Seja em relação a sintomatologia ou em relação a evolução, a existência de patologias psiquiátricas comórbidas traz especial complicação no estudo das depressões infanto-juvenis, sendo que a coexistência de múltiplos diagnósticos é mais a regra do que a exceção. Especialmente nestes períodos é necessário considerar a importância da utilização de várias fontes de informações (pais, professores e amigos) ao se estabelecer uma investigação clínica (BAHLS, 2002, p.364).

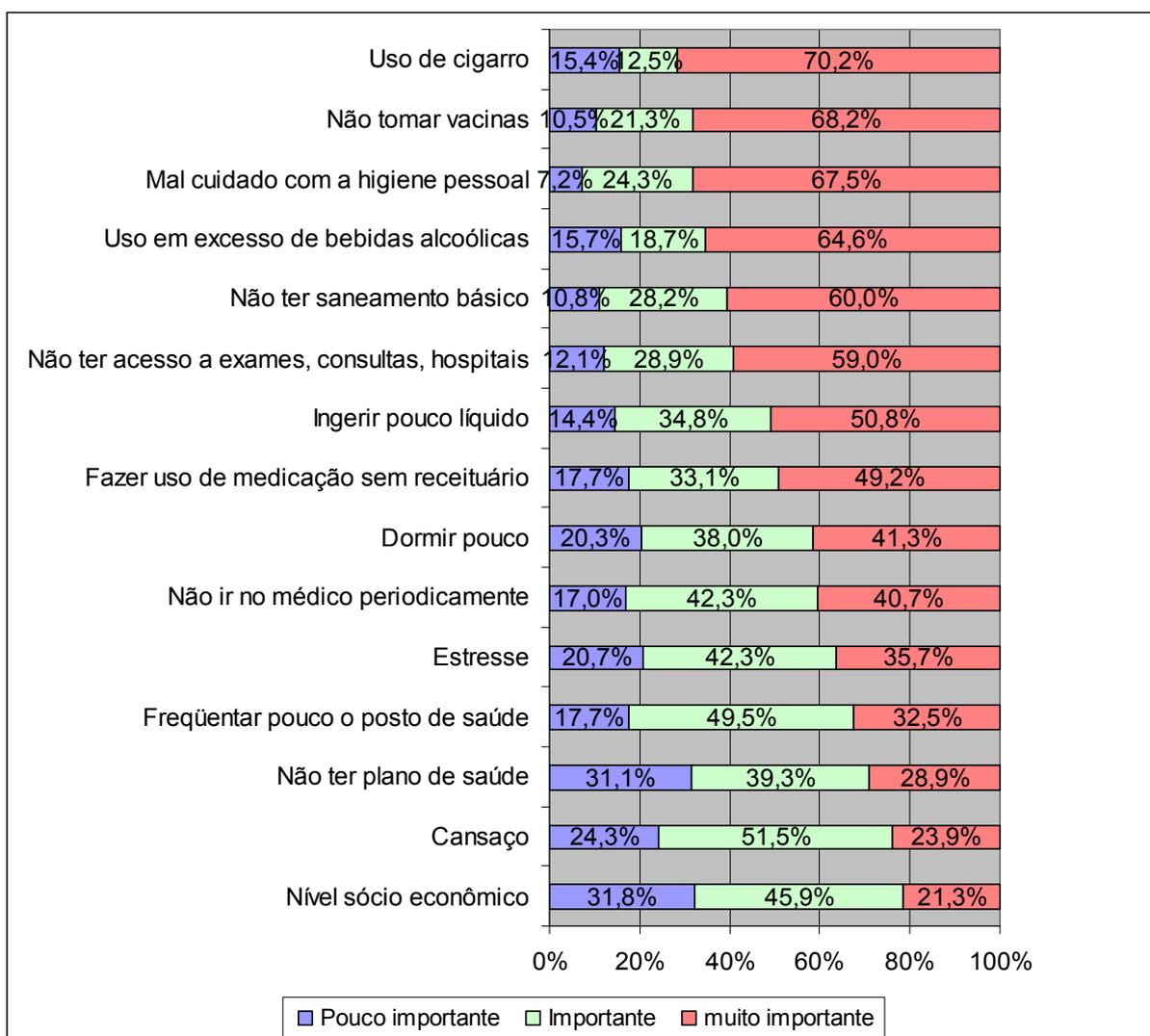
Com **menor grau de importância** para ter doença foi identificado o item *Não poder freqüentar o shopping (69,2%)*. Esse aspecto foi considerado menos importante para se Ter doença. Essa atividade de lazer faz parte do cotidiano dos jovens como um meio de ter prazer, no entanto não são todos que podem ou querem ou desejam fazer uso dessa atividade de lazer. A pesquisadora usou propositalmente essa atividade de lazer com essa definição, uma vez que é um dos recursos oferecidos como atividade para fazer com os amigos ou familiares, um espaço em que pode-se freqüentar o cinema, fazer refeições, conversar com amigos, espaço este que na contemporaneidade que faz parte do cotidiano dos adolescentes. O resultado dessa atividade é vista pelos adolescentes como pouco importante para se estar doente, nesse sentido pode-se inferir que neste momento *não pode freqüentar o shopping* não vai gerar, contribuir ou potencializar o surgimento de doença a grande maioria dos adolescentes pesquisados.

4.4 ASPECTOS DESENCADARORES OU POTENCIALIZADORES PARA PROMOÇÃO DE DOENÇAS

Muitos são os fatores desencadeadores ou promotores de doença. Cada cultura exprime as suas definições sobre saúde ou doença. Os fatores culturais como crenças e os

comportamentos específicos podem ser causais contribuintes ou protetores em sua relação com os problemas de saúde (HELMAN, 2009). Esse capítulo se refere a fatores que podem promover doenças, sendo que estes foram avaliados pelos adolescentes como pouco importantes, importantes ou muito importantes para promoção de doença. Como muitos dos itens já foram discutidos no capítulo anterior, estes serão apresentados nesta categoria com o viés da discussão voltada a promoção de doença. No Gráfico 4 os itens estão dispostos em ordem decrescente de grau de importância em forma de porcentagem.

GRÁFICO 4: Porcentagem do grau de importância atribuído pelos estudantes (n: 305) referentes a Promoção de Doença.



Fonte: Elaboração da autora, 2012.

No Gráfico 4 pode-se observar que os itens *Uso de cigarro (70,2%)*; *Não tomar vacinas (68,2%)*; *Mal cuidado com a higiene pessoal (67,5%)*; e *Uso em excesso de bebidas*

alcoólicas (64,6%), foram aspectos avaliados como **muito importantes** para promover doença. Observa-se que o não cuidado com a valorização da higiene é algo avaliado como fundamental para promover doença, o que também é percebido nos estudos de (ARAÚJO, 2008) que os jovens pesquisados elencam que o cuidado de si, cuidar do seu corpo, por exemplo, ir arrumado para o colégio, tomar banho, cuidado com a higiene bucal, manter hábitos diários de higiene e boa aparência evita promotores o aparecimento de doenças. Heidemann (2006) também discute que muitos adolescentes que não sabem como cuidar da sua higiene pessoal em específico com órgãos genitais, acarreta na perda desses órgãos. Nesse sentido estes aspectos podem contribuir para a promover doenças.

O controle epidemiológico surge como um importante instrumento de apoio ao Sistema Único de Saúde (SUS). Hoje sabe-se que o “recurso da epidemiologia fomenta práticas garantidoras do aprimoramento das `Políticas Públicas, tendo como fator primordial a intersetorialidade de ações no modo de construir saúde” (ROUQUARYOL, 2007, p. 321). Nesse viés a vacinação entra nesse grupo como uma prevenção e erradicação de doenças, Portanto, *não toma vacinas* pode acarretar a propagação ou reaparecimento de doenças.

A epidemiologia é uma ciência que estuda o processo saúde-doença em coletividades humanas, analisando a distribuição e os fatores determinantes das enfermidades, danos á saúde e eventos associados à saúde coletiva, propondo medidas específicas de prevenção, controle, ou erradicação de doenças, e construindo indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, administração e avaliação das ações de rotina, em consonância com as políticas de promoção de saúde (ROUQUARYOL, 2007, p.321).

Essa avaliação feita pelos adolescentes demonstra que para a grande maioria há uma preocupação de que alguns comportamentos podem promover doenças. Nesse sentido pode dizer que a ao compreender a distribuição da variabilidade de frequência de doenças, é possível controlar alguns fatores desencadeadores da promoção de doenças. Pois ao analisar os fatores determinantes das doenças, é possível também aplicar métodos de correlação entre fatores de risco como químicos, físicos, biológicos, sociais, econômicos e culturais (ROUQUARYOL, 2007).

O Uso de álcool e cigarro também fazem parte do controle epidemiológico, visto que há uma preocupação com a distribuição de doenças. O uso de álcool pode ser evidenciado com uma característica de muitos grupos e indivíduos mundialmente, sobre tudo aqueles de menor status social e renda. O abuso de álcool e seus muitos efeitos sociais, econômicos e

psicológicos é um dos problemas mais sérios de saúde pública em todo o mundo, responsável por cerca de 1,8 milhões de mortes a cada ano (HELMAN, 2009). Os estudos de Muzza (1997) sobre o consumo de substâncias psicoativas ilícitas e lícitas com 1025 adolescentes com idades entre 13 e 19 anos de uma escola do município de Ribeirão Preto - São Paulo, os dados revelam que 88,9% dos adolescentes consumiram bebidas alcoólicas alguma vez na vida; 37,7% utilizaram o tabaco; 31,1% os solventes; 10,5% os medicamentos; 6,8% a maconha; 2,7% a cocaína; 1,6% os alucinógenos e 0,3% consumiu alguma substância a base de opiáceos.

Nos estudos de Rouquayrol (2007) os índices de mortalidade por uso de bebidas alcoólicas é mais acentuado na região Sul do Brasil, sendo a maioria dos óbitos do sexo masculino, sendo a causa da doença câncer no fígado, e pelo uso do cigarro a doença que mais causa mortes é o câncer do pulmão, e altos índices de cardiopatias e bronquites associadas ao hábito de fumar, o qual ainda é muito difundido entre homens do que em mulheres.

Portanto, o uso de cigarro e bebidas alcoólicas pode promover doenças e comprometer a saúde dos adolescentes como de qualquer outra pessoa. As substâncias psicoativas, sejam lícitas ou ilícitas, são frequentemente experimentadas na adolescência, tanto pelos meninos como pelas meninas, muitas vezes em idades bem precoces, portanto esses fatores elencados pelos adolescentes como importantes para promover doenças vai ao encontro dos dados encontrados nas literaturas.

Também se observa que aspectos como *Não ter saneamento básico (60%); Não ter acesso a exames, consultas, hospitais (59,%); Ingerir pouco líquido (50,8%); Fazer uso de medicação sem receituário (49,2%); Dormir pouco (41,3%);* e como itens avaliados como **importantes** para promoção de doença. O que de fato é necessário se atentar, pois as condições de saneamento básico sem o devido cuidado ou planejamento. Pois as diversas condições sociais as quais as pessoas se encontram devem ser levadas em consideração no processo de saúde e doença. “um conjunto de ações de abastecimento de água, esgotamento sanitário e coleta de lixo é considerado um direito dos cidadãos e um item imprescindível para qualidade de vida” (ANDREAZZI, BARCELLOS E HACON, 2007, p.).

Itens como *Cansaço (51,5%); estresse (42,3%)* foram avaliados com **importantes** para promover doenças. O estress é “considerado uma reação uma reação intensa do organismo frente a qualquer evento bom ou mau que altere a vida do indivíduo. Essa reação ocorre, em geral, frente à necessidade de adaptação exigida do indivíduo em momentos de mudança” (Everly, 1989 apud Calais, Andrade e Lipp, 2002, p, 257). Um estudo elaborado

sobre a manifestação do stress em 259 adultos jovens entre 15 e 28 anos, evidenciou que uma “correlação significativa entre sexo e nível de stress, sendo que as mulheres apresentaram maior nível de stress em todos os grupos avaliados. Maior índice de stress surgiu em estudantes do curso Pré-Vestibular, seguidos do terceiro ano do ensino médio” (CALAIS, ANDRADE e LIPP, 2002, p. 259). A sintomatologia apresentada foi predominantemente psicológica e os sintomas mais prevalentes foram sensibilidade emotiva excessiva, para as mulheres e, para os homens, pensamento recorrente. O autor também demonstra que o stress em adolescentes é motivo de preocupação pelos estudiosos como pode perceber abaixo:

Poucos estudos têm se dedicado à investigação do stress no adolescente e no adulto jovem. Curiosamente Arnett (1999) considera que apesar de que nem todo adolescente tem stress, a probabilidade de desenvolvê-lo é maior na adolescência do que em qualquer outra faixa etária, dependendo da cultura e de diferenças individuais existentes. Mesmo sem utilizar a ótica do stress, autores como Knobel (1970/1985) caracterizam a adolescência por períodos de extrema instabilidade. Na cultura brasileira, o adolescente apresenta crises religiosas, conflitos familiares, dificuldades sexuais, “uma síndrome normal da adolescência”. Não podemos ignorar o elemento sócio-cultural nessas manifestações da adolescência, mas deve ser também levado em conta o embasamento psicobiológico que lhe dá características universais (CALAIS, ANDRADE e LIPP, 2002, p. 258).

Portanto, o estresse pode comprometer a vida tanto de homens como de mulheres, nesse sentido faz-se necessário avaliar as condições que propiciam os níveis de estresse de modo a controlar como essa comorbidade afeta homens e mulheres, nesse sentido podem promover doenças. Pois há poucas pesquisas nesta área conforme explica os autores deve haver uma preocupação sobre

as alterações fisiológicas da puberdade e seus efeitos sobre o comportamento e a psicopatologia visto que as meninas parecem ter uma diminuição da auto-estima, um aumento da preocupação com a imagem corporal e um aumento de transtornos alimentares e depressão clínica, que não estão presentes nos meninos. Para ambos os sexos, há um aumento dos transtornos bipolares e esquizofrenia. Os meninos mostram um grande aumento em homicídios, suicídios e comportamento anti-social. Embora estes transtornos e comportamentos não sejam exclusivos da adolescência, parece ser essa a idade mais propícia para esclarecer suas origens biopsicossociais (CALAIS, ANDRADE e LIPP, 2002, p. 259).

Considerando os estudos dos autores vale destacar que o estresse quando não tratado adequadamente e com a devida atenção pode acarretar em promoção de doenças, de modo que as doenças que resultam do estresse representa uma tentativa mal-sucedida lidar com fatores adversos no ambiente. Desse modo o não controle do estresse pode gerar mais doenças como úlceras, transtornos psiquiátricos, hipertensão, frustrações emocionais ou profissionais.

Também pode-se observar que os adolescentes pesquisados consideram como **importantes** para promover doença os itens *Frequentar pouco o posto de saúde (49,5)*; *nível sócio econômico (45,9%)*; *Não ir ao médico periodicamente (42,3%)* e *Não possuir um plano de saúde (39,3%)*. Segundo os estudos de Sousa (2005, p.34) os entrevistados da pesquisa elencam que há uma “associação entre problemas de saúde e má condição econômica”, são dois aspectos em que os entrevistados da pesquisa elencam como fator desencadeador pela não procura dos serviços públicos de saúde. Para muitas pessoas, melhor condição de saúde se traduz com quem têm melhores condições financeiras, sendo que o acesso pode ser mais fácil, a medicina privada é tida como de melhor qualidade e resolutividade. Nesse sentido, é importante pensar que há alguns fatores de ordem não biológica que podem promover doenças, na saúde pública, desde a metade do século XX, diferentes autores demonstraram que, se a pobreza não é causa direta da doença, é o seu principal determinante (SOUSA, 2005; CAPRARA, RUDOLPH VIRCHOW, 2003).

Em qualquer sociedade as pessoas que adoecem e que não melhoram procuram um auxílio para tratamento, fazem escolhas sobre quem consultar seja nos setores informais, popular ou profissional (HELMAN, 2009). *Freqüentar os serviços de saúde, procurar ajuda médica ou não procurar a ajuda por não possuir um plano de saúde* faz parte do cenário brasileiro quando se trata de saúde. Essas escolhas são influenciadas pelo contexto em que são feitas, inclusive pelo tipo de auxílio disponível, seja pelas condições que o paciente tem para arcar com essas despesas ou pela descrição de sua doença (HELMAN, 2009). Portanto quando não há condições de acesso para esses serviços, certamente dar-se-a proliferação de aspectos desencadeadores de doença. Pois a não procura por auxílio dos profissionais de saúde ou espaços destinados a este, pode trazer conseqüências como por exemplo a não ida ao Serviços de Saúde como Unidades Básicas de Saúde que é a primeira entrada da população aos Serviços de Saúde, pode resultar na falta de controle e de orientação do uso de medicação, não tomada de vacinas, controle de hipertensos e diabéticos, agendamentos de consultas e exames, agendamento de vistas domiciliares, pois *o freqüentar serviços de saúde*

se faz importante pois cada prestador de serviço tem suas obrigações para com a população e o atendimento que irá oferecer.

É necessário um fluxograma, que consiste de um diagrama em que se desenha um modo de organizar os processos de trabalho, os quais se vinculam entre si e em torno de uma certa cadeia de produção o estabelecimento de fluxogramas que permitam representar de forma clara os serviços de saúde. Isso contribui como instrumento de visualização do cotidiano, tanto como elemento facilitador da movimentação do adolescente/jovem nas unidades de saúde quanto para a própria equipe, sendo útil para avaliar diversas situações e auxiliar no planejamento e na execução das atividades. Sugere-se que cada unidade defina o seu fluxograma de acordo com as instalações físicas, com os recursos humanos existentes e com os serviços oferecidos. É fundamental que o fluxograma favoreça o atendimento a essa clientela (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007, p.44).

Independentemente do motivo principal da consulta, cada visita à unidade é uma oportunidade de promover a saúde, detectar e resolver outras questões importantes, identificar demandas. Do contrário, é provável que muitas dúvidas podem impedir que sejam sanadas. De modo que, o acesso aos Serviços de Saúde é apenas um dos meios para evitar doenças ou a promoção destas, vale destacar que ter saúde é muito mais ampla do que ir ao médico ou frequentar os serviços e saúde, porém a não procura também resultar em prejuízos para a população, categoria está que será mais discutida a seguir no gráfico 5.

As doenças podem ter representações de modelo orgânico que enfatiza as alterações físicas; psicodinâmicas que envolvem fatores do desenvolvimento e da experiência; comportamental em que as contingências ambientais mantêm essas doenças; ou social, em que sua ênfase está em distúrbio no desempenho de seus papéis (HELMAN, 2009). No entanto, qual que seja a especialidade escolhida para determinar as causas das doenças ou sua origem, mais do que significado que cada pessoa ou cultura atribui, é necessário avaliar o que o adolecer implica em criar condições para melhorar a saúde.

Uma sociedade deve preocupar-se com a qualidade do meio social que ela mesma cria, pois as políticas de saúde deveriam portanto, estabelecer como objetivo não apenas o desenvolvimento de novas tecnologias médicas e a adoção, por parte dos indivíduos, de comportamentos saudáveis, mas de modo mais amplo, investir em consolidação dos vínculos sociais (ADAM e HERZLICH, 2001.)

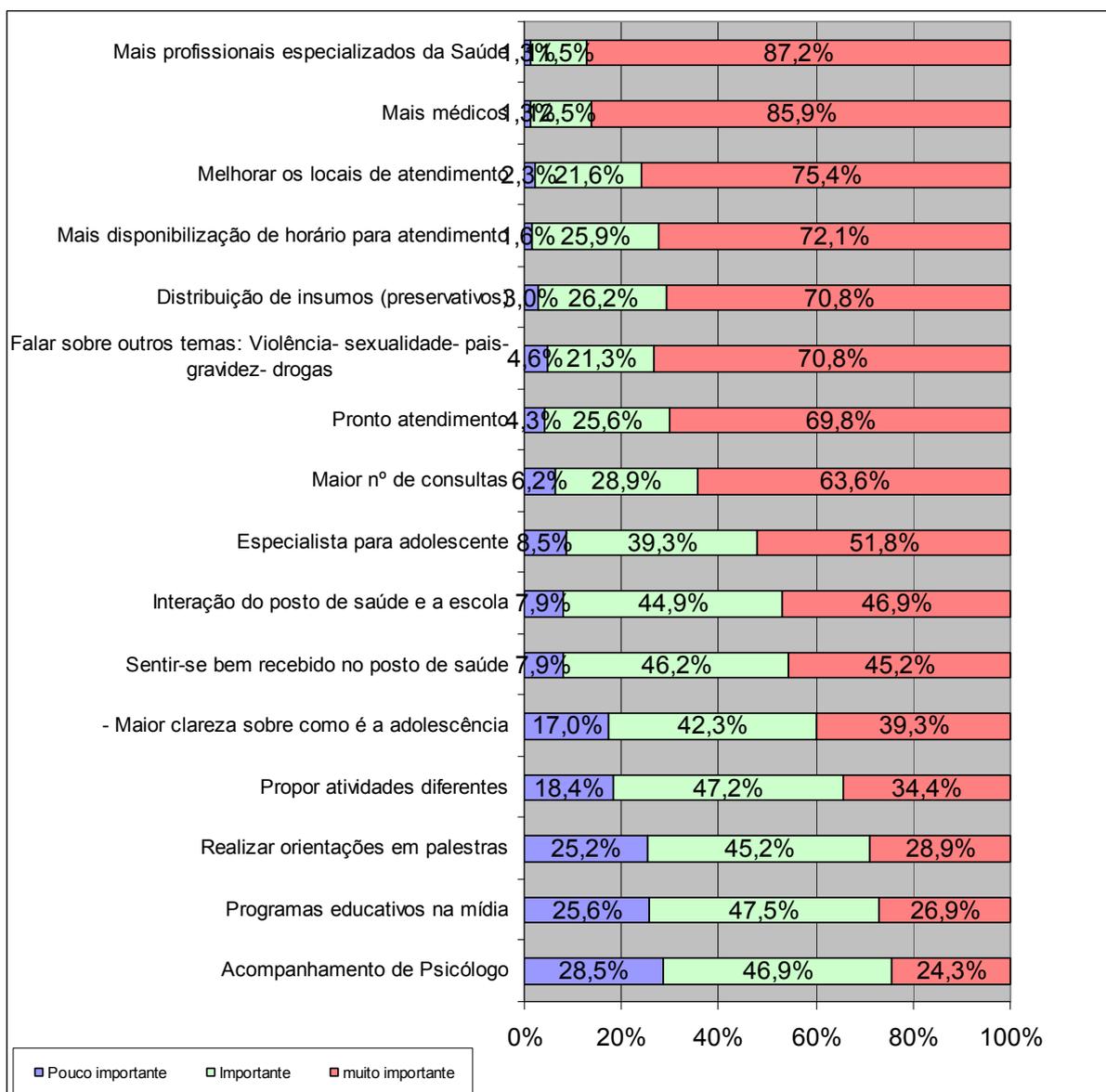
Vale destacar que não nenhum item relacionado a promoção de doença no gráfico 4, foi avaliado como pouco importante para promoção de doenças.

4.5 COMPREENDENDO AS ATRIBUIÇÕES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Para falar em Serviços de Saúde, é preciso que estes saibam o que é o processo saúde-doença, é preciso que os profissionais e demais prestadores de serviços tenham conhecimento acerca do que é saúde e o que doença. Compreendendo esse processo é possível falar nos prestadores desses serviços. Como já foi discutido no decorrer do trabalho, a saúde é compreendida como um fator essencial para o desenvolvimento humano, em que se tenha condições para viver e desempenhar suas atividades, um recurso para vida, um conjunto de ações e decisões coletivas favorecendo o bem-estar (BUSS, 2003). Como processo doença é compreendido como um processo histórico em que a evolução das patologias está relacionada com as diferentes épocas, em que pode ser compreendida como uma disfunção ou perturbação de ordem orgânica, psicológica ou social.

Rapidamente um resgate do que é o processo saúde-doença, vamos falar sobre os alguns fatores que fazem parte dos Serviços de Saúde prestados a população. Neste capítulo será discutido que pensar em saúde hoje é pensar no indivíduo em sua organização de vida cotidiana, tal como pode se expressar através do trabalho e também do lazer, ou de sua ausência. O gráfico 5 é representado por alguns aspectos relacionados aos Serviços de Saúde, os itens foram avaliados pelos estudantes como pouco importantes, importantes ou muito importantes representados em porcentagem do maior grau de importância para o menor.

GRÁFICO 5: Porcentagem do grau de importância atribuído pelos estudantes (n: 305) referentes aos Serviços de Saúde



Fonte: Elaboração da autora, 2012.

No Gráfico 5 é possível observar que os *itens Mais profissionais especializados da saúde (87,2%) ; Mais médicos (85,9%); Melhorar os locais de atendimento (75,4%); Mais disponibilização de horário para atendimento (72,1%); mais distribuição de insumos- preservativos (70,8%); falar sobre outros tema como sexualidade, violência, drogas, paisou gravidez (70,8%)* foram os aspectos avaliados como **muito importantes** para se ter saúde. A saúde é um direito garantido e assegurado pela legislação brasileira, desse modo, torna-se essencial que os órgãos competentes e responsáveis criem condições para esse acesso. No

entanto, é possível visualizar nas pesquisas de Assis et Al (2003) que o acesso aos serviços de saúde são focalizados e seletivos, que muitas vezes pretendem responder a uma determinada queixa, muitas vezes defasado e discriminatório, dirigido aos usuários de baixa renda e sem qualificações profissionais, ou seja, não há um atendimento de qualidade oferecido a população investigada. Estudos da Organização Mundial de Saúde (2000) também, já questionavam sobre os serviços de saúde, que muitos profissionais não interagem com seus pacientes, como pode-se observar no seguinte trecho:

(...) há um indicador da desigualdade no trato. Ambos definem o trato, no sentido não-médico, quer dizer, se a dignidade e autonomia do paciente e a confidencialidade da informação obtida dele foram respeitadas, se houve atenção sem ter de esperar muito, se o local era limpo, comida decente, etc. (p.193).

Os adolescentes participantes da pesquisa demonstram em sua avaliação sobre o grau de importância que a organização dos os serviços de saúde implica na procura pelos serviços e para promoção de saúde, o que corrobora os estudos de O'Dwyer et Al (2009) em os profissionais pesquisados demonstram que há uma superlotação nas redes hospitalares devido não qualificação de muitos profissionais em áreas específicas, e que a falta uma rede de apoio interfere na superlotação dos hospitais, por exemplo. Pois há uma necessidade de parceiras entre as Unidades Básicas.

Em relação ao tipo de oferta de serviço de saúde, a rede pública é composta principalmente por unidades de atenção básica (95%) e serviços de emergência (65%). Já a rede privada é composta por atenção especializada (74%) e atenção hospitalar (79%). Consequentemente, existe uma maior utilização de serviços de baixa complexidade e de emergência pela população com menor renda, sugerindo menor acesso à atenção adequada². Essa falta de acesso à atenção ambulatorial especializada e à atenção hospitalar com certeza impacta o atendimento de emergência, que passa a ser a principal forma de acesso para especialidades e tecnologias médicas, transformando a emergência em depósito dos problemas não resolvidos (p. 1882).

Os estudos de O'Dwyer et al (2009) apontam que há um padrão da utilização nos serviços de saúde é articulado a determinados grupos populacionais, em que pode ser explicado pelas necessidades em saúde. O que pode ser evidenciado na percepção dos adolescentes participantes da pesquisa, em que estes, também avaliaram como importantes o *Número de consultas (63,3%); Pronto atendimento (69,8%); Especialista para adolescentes*

(51,8%). Desse modo é preciso se questionar que há uma necessidade se conhecer as realidades as quais os jovens estão inseridos para se trabalhar saúde, pois se esses itens também foram avaliados como importantes para se ter saúde em parceria com os serviços de saúde, faz-se relevante pensar como os profissionais de saúde podem estar trabalhando a saúde voltada para os adolescentes nas Unidades Básicas de Saúde como uma porta de entrada para cuidar da saúde dos jovens, conforme os dados do Ministério da saúde

Além do investimento do Ministério da Saúde na atenção hospitalar, grande empenho foi concentrado na reorganização da atenção básica, através da estratégia Saúde da Família. Espera-se que a atenção básica se transforme na principal porta de entrada do sistema de saúde e que garanta acesso universal à saúde básica para a população brasileira. A melhora no acesso ao sistema e o aumento da resolutividade da assistência pretendido pelo Programa Saúde da Família (PSF) deve amenizar a busca de atendimento na emergência, especialmente por problemas de alcance da atenção básica (O'DWYER ET al, 2009, p. 1884).

Nesse sentido é pertinente se questionar, que os médicos tem grande influência na saúde, porém, estes cuidam e tratam aqueles que se apresentam como pacientes, já os demais que não procuram os serviços não necessariamente não precisam de atendimento e acolhimento, mas não chegam aos centros de saúde devido as suas condições de pobreza, ou por ignorância, distancia, insegurança, medo ou por insatisfação dos atendimentos que teve anteriormente, deste modo faz-se necessário maior investimento em políticas públicas de saúde (O' DWYER et al, 2009).

Avaliar qual é qualidade dos serviços de saúde oferecidos implica em promover políticas e saúde de modo a promover aspectos devem ser elencados como necessários a equidade dos serviços de saúde, procurar formas eficientes da provisão dos serviços, conforme “qualidade estaria relacionado a um vasto espectro de características desejáveis na prestação do cuidado tais como efetividade, eficiência, equidade, aceitabilidade, acessibilidade e adequabilidade” (AKEMAN e NADANOVSKY, 1992, p.363).

Aspectos como *Programas educativos na mídia (47,5%); Proposição de atividades diferentes (47,2%); Interação do posto de saúde com a escola (46,9%); Acompanhamento psicológico (46,9%); Sentir-se bem recebido no posto (46,2%); Realizar orientações em palestras (45,2%) e maior clareza sobre o que é adolescência (42,3%)* foi avaliado pelos adolescentes como **importantes** para obtenção dos os Serviços de Saúde. Nos estudos de Nogueira, Modema e Schall (2010) evidenciam que há carências de estudos em relação aos serviços de saúde e adolescentes sendo uma temática pouco investigada no Brasil.

A maioria dos estudos e pesquisas escolhe como objeto de investigação o público feminino, sendo os adolescentes do sexo masculino negligenciados tanto no âmbito das políticas públicas como nos estudos acadêmicos. Um estudo avaliativo mostra que apenas 37% dos programas avaliados consideram a diferença entre mulheres e homens e que apenas 25% contribuem para promover a igualdade entre os gêneros. Destaca ainda que “[...] as iniciativas públicas que podem dispensar a consideração de sexo/gênero entre homens e mulheres e ainda serem bem sucedidas existem, porém são raras (p.338).

Muitos programas de saúde do adolescente ainda não exploraram adequadamente a importância das questões de gênero e a socialização masculina. Alguns investem em atividades para adolescentes, mas logo desistem quando os rapazes não aparecem, em vez de procurar entender por que isso ocorre. “De certo os obstáculos para engajar os homens adolescentes em discussões sobre a socialização masculina, a violência, as relações íntimas e a sexualidade são complicados. Os profissionais de saúde e educadores têm seus próprios preconceitos sobre adolescentes e gênero” (NOGEUEIRA, MODEMA E SCHALL, 2010).

Um estudo da UNICEF e ANDI (2006) em que é feito uma cobertura jornalista, um seminário intitulado ‘Mídia e Saúde do Adolescente’, pode se dizer que é meio de produzir conhecimento com o apoio dos meios de comunicação em parceria com o Estado. Os estudos da UNICEF e ANDI (2006) fomentam as discussões sobre a saúde do adolescente e os serviços prestados a esta população, neste estudo é evidenciado que o “conhecimento do cenário político e da legislação Brasileira é um grande aliado a hora de escrever sobre saúde. Ter uma boa noção de Políticas Públicas de municipalização, do funcionamento do SUS, do Estatuto da criança e Do Adolescente, da Lei Orgânica da Saúde e da própria Constituição Federal pode ajudar os jornalista e a mídia a identificar os responsáveis pelo assunto em pauta, e saberem a quem cobrar”. De modo que uma sugestão é procurar pelas publicações do SUS que esclarecem questões do sistema como um todo. Nesse sentido os dados desse estudo também destacam que a participação dos meios de comunicação pode ser uma estratégia para que se possa responder de forma efetiva ao compromisso de garantir uma vida saudável às inúmeras adolescências e juventudes brasileiras, marcadas por tantas diferenças étnicas, culturais, sociais e econômicas.

Portanto discutir sobre as atribuições dos Serviços de Saúde é muito além de prestação de serviços. Mas sim, conforme exposto no parágrafo acima, uma parceria entre meios de comunicação, governantes, Estado e sociedade. Nessa perspectiva entra também a escola que é e poder ser um espaço privilegiado para a captação dos adolescentes e jovens pois agrega grande parte dos adolescentes e jovens da comunidade; é um espaço de socialização, formação e informação; é na escola onde eles passam a maior parte do seu

tempo. “A captação deve ser realizada por meio de ações e atividades estratégicas desenvolvidas, tanto no interior das unidades de saúde quanto nas comunidades, de acordo com os diferentes modelos de organização dos serviços de saúde e das distintas realidades municipais” (BRASIL, 2007, p.13). A atenção à saúde desse grupo populacional não se limita às atividades desenvolvidas no âmbito da unidade de saúde, entretanto, deve sempre contar com esse importante apoio. Essa perspectiva visa a otimizar as oportunidades de contato de adolescentes e jovens com a equipe de saúde e, qualquer que seja a ação realizada, deve conter o compromisso de divulgação e facilitação do acesso a todos os serviços oferecidos pela unidade (BRASIL, 2007).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Realizar o presente estudo possibilitou uma maior compreensão acerca da percepção dos adolescentes de duas escolas do município de Palhoça sobre saúde e doença. Para tanto foi realizado um questionário para avaliar o grau de importância atribuído pelos adolescentes sobre as noções de saúde e doença. A presente pesquisa teve como objetivo caracterizar a noção de saúde e doença para adolescentes e para que fosse alcançado tal propósito teve como um de seus objetivos específicos: Identificar a noção de saúde e doença para adolescentes que estudam no município de Palhoça. Quanto ao referido objetivo compreende-se que esse foi atingido, ou seja, foi possível identificar que para os adolescentes participantes da pesquisa as noções de saúde estão atreladas *às condições de higiene, prevenção de doença e morar em locais limpos*, e que estes aspectos foram avaliados com maior grau e importância para se ter saúde. O que vai ao encontro do que foi encontrado na literatura, que a concepção de um modelo biomédico e idéias higienistas estão muito presentes em nossa cultura. E como menor grau de importância para se ter saúde *Acompanhamento Psicológico* se destacou. Informação esta que difere dos dados encontrados na literatura, pois a literatura traz que os aspectos psicológicos são fatores desencadeadores de saúde, e os estudos têm demonstrado que houve um aumento significativo pela procura por atendimentos psicológicos de crianças e adolescentes nessa última década.

Em relação as noções de doença, os adolescentes elencam que os aspectos não ter saúde, morar em um lugar sujo e ter uma doença contagiosa foram avaliados com maior grau de importância para se ter doença; e como menores graus de importância pra se ter doença destacou-se os itens *não poder frequentar o shopping; sentir-se triste e ter dificuldade para fazer as atividades que gosta*. Os dados encontrados também corroboram os achados na literatura, de que para se estar saudável não pode se estar doente. Em que os sintomas físicos são elencados quando se fala no termo doença. Discussões que permeiam o cotidiano da grande maioria das pessoas, e que tem sido desmistificado por estudiosos, com a preocupação de que o conceito de saúde não deva ser visto apenas como equilíbrio entre corpo e mente, uma visão normativa dos corpos e que a qualidade de vida está relacionada à doença e sua prevenção.

Em relação aos demais objetivos específicos: descrever fatores que contribuem para a promoção de saúde e doença foi possível identificar que os adolescentes avaliaram que para

promover saúde os aspectos *Comer vegetais e verduras sempre que possível; Ter um período de oito horas de sono; Estar em dia com todas as vacinas e Fazer uso de remédios com supervisão de um médico* foram elencados com maior grau de importância para promoção de saúde. Com menor grau de importância para promover saúde destacam-se os itens *Ter sensualidade e beleza, namorar e Ter espiritualidade e fé*. Estes dados apontam que o diagnóstico médico pode ser evidenciado como uma forma de percepção da doença pelo paciente, e que cuidados de prevenção são muito importantes para promover saúde, porém não devem ficar pautados somente na perspectiva preventiva.

Em relação a promoção de doença os adolescentes pesquisados avaliaram com maior grau de importância para promover doenças os itens *mal cuidado com a higiene pessoal; uso em excesso de bebidas alcoólicas e não ter saneamento básico*, como menor grau de importância para promover doença foram avaliados os itens *Nível sócio econômico; cansaço e não ter um plano de saúde*. Estas informações não divergem dos estudos encontrados, pois estes fatores são mais frequentes em certos grupos sociais que resultam em problemas de saúde igualmente difusos, pois os sintomas, as disfunções organizam-se em doenças na medida em que eles provocam alterações na vida do doente e em sua identidade social.

Para promover saúde é necessário falar sobre os serviços de saúde e suas implicações nesse processo. Os adolescentes avaliaram que mais profissionais especializados da saúde, *mais médicos, melhoria nos locais de atendimentos e mais disponibilidades de horários para atendimentos* são aspectos muito importantes para promover saúde e melhorar a qualidade dos serviços prestados a população. Sendo que assuntos relacionados a sexualidade, drogas, pais e violência e adolescência são assunto que os jovens pesquisados elencam como importantes para discutir, de modo que a interação entre posto de saúde e escola também foi avaliada como importante para promover saúde. Nesse sentido torna-se relevante criar espaços e atividades que aproximem os profissionais de saúde e os jovens.

O presente estudo teve como facilidades encontradas o acesso às escolas na participação da pesquisa, bem como a disponibilidade dos adolescentes em participar da aplicação do questionário. Como dificultador para elaboração da pesquisa não foram encontrados empecilhos que pudessem atrapalhar o andamento da pesquisa, apenas a disponibilidade da pesquisadora em se redigir as escolas por 19 vezes em diferentes horários nas escolas até aplicar todos os questionários, porém a amostra foi significativa para atender os objetivos da pesquisa.

Como limitações da pesquisa destacam-se, que há muitas escolas no município de Palhoça, sendo assim foi possível apenas uma amostra dos adolescentes estudantes, de modo

que seria inviável no tempo disponível avaliar o grau de importância sobre saúde e doença para todas as escolas públicas. Porém considera-se satisfatório o número da amostra 305 estudantes.

Através do estudo obteve-se um melhor entendimento acerca de como alguns adolescentes do município de Palhoça avaliam saúde e doença e os serviços de saúde. Evidenciou-se também que os conceitos de saúde e doença para estes jovens elencam aspectos preventivos, porém emergiram dados que indicam a necessidade de levar em consideração fatores importantes nesse processo como: trabalhar no que gosta, realizar atividades gostam, acesso a educação e cultura, ter direito de poder escolher, autoestima, melhores atendimentos nos centros de saúde e uma maior interação destes com a escola. Neste sentido a presente pesquisa poderá servir como auxílio aos profissionais da saúde, e estudantes de diferentes áreas, familiares e pais, pois a escola um meio de ampliar as discussões para viver de forma saudável seja na adolescência ou em qualquer momento da vida de um sujeito. Nesse sentido sugere-se um estudo dos programas que são elencados pelo Ministério da Saúde como Programa de saúde na Escola, avaliar se esses programas acontecem de fato nas escolas públicas e como acontecesse esse processo, uma vez que as escolas participantes desta pesquisa desconhecem esses programas.

A adolescência sendo um período da vida em que não pode se separar crescimento pessoal de mudanças sociais, se faz necessário investigar e criar condições para que o adolescente tenha espaço para discutir saúde e vivenciar saúde. Esses conhecimentos são proveitosos para planejar ações entre escola e comunidade, criando espaços para discutir o que os jovens pensam sobre saúde e doenças e como podem intervir juntos nesse processo. Nessa direção a Psicologia desempenha um papel fundamental enquanto ciência e profissão, que é possibilitar com que esse tipo de ações aconteçam, organizando espaços para essas discussões de modo a possibilitar a participação coletiva, pois a saúde se constrói no movimento entre as crenças, valores sobre o que as pessoas pensam e o processo que o adolescer acontece. Nesse sentido esse tipo de ações permite que aconteça uma maior proximidade entre escola e comunidade e prestadores dos serviços de saúde, pois estes devem também criar alternativas para trabalhar a saúde dos adolescentes e sua família. Como propiciar espaços para o acompanhamento da saúde do adolescente no intuito de promover condições de saúde com o contexto no qual estão inseridos, reforçando as políticas públicas em saúde já existentes.

REFERÊNCIAS

ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. **Adolescência normal**. Porto Alegre: Artmed, 1989.

ADAM, Philippe; HERZLICH, Claudine. **Sociologia da doença e da medicina**. Bauru: EDUSC, 2001.

AGUIAR, W. M. J.; BOCK, A. M. B.; OZELLA, S. Orientação profissional com adolescentes: um exemplo de prática na abordagem sócio-histórica. In: BOCK, A. M. B.; GONÇALVES, M. G. M.; FURTADO, O. (orgs.) **Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em psicologia**. São Paulo: Cortez, 2001.

AKEMAN, Marco.; NADANOVSKY, Paulo. Avaliação dos Serviços de Saúde - Avaliar o Quê? **Caderno de saúde Pública**: Rio de Janeiro, 1992.

ALVES, João.; MONTENEGRO, Fernanda.; OLIVEIRA, Fernando.; ALVES, Roseane. Prática de esportes durante a adolescência e atividade física de lazer na vida adulta. **Revista Brasileira Med Esporte**, 2005.

ANDREAZZI, Marco.; BARCELLOS, Christovam.; HACON, Sandra. Velhos indicadores para novos problemas: a relação entre saneamento e saúde. **Rev Panam Salud Publica**. 2007. Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v22n3/a08v22n3.pdf>> Acesso em: 21 de maio de 2012.

ARAÚJO, Adelita. **Adolescer saudável na ótica do adolescente**. Dissertação de Mestrado. Programa de Estudos Pós-Graduados em Enfermagem. Porto Alegre, 2008.

ARIÈS, Philippe. **História social da criança e da família**. 2.ed. Rio de Janeiro: LTC, 1981.

ARPINI, Dorian M. SANTOS, Bibiana R. Programa da criança: espaço de promoção de saúde e fortalecimento dos vínculos. **Psicol. Argum.**, Curitiba, v. 25, n. 49, p. 155-164, abr./jun. 2007. Disponível em: <<http://www2.pucpr.br/reol/index.php/PA?dd99=view&dd98=&dd1=1657&idioma=2>> Acesso em 20 jun 2011.

ASSIS, Marluce.; VILLA, Teresa.; NASCIMENTO, Maria. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2003.

BACKES, Marli. et al. Gerenciando uma experiência investigativa na promoção do 'viver saudável' em um projeto de inclusão social. Relato de experiência, **Texto Contexto Enfermagem**,

Florianópolis, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/22.pdf>>. Acesso em: 05 de Maio de 2012.

BARUZZI, Márcia; BLAY, Sérgio L.; PELUSO, Érica T. A experiência de usuários do serviço público em psicoterapia de grupo: estudo qualitativo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 341-348, ago. 2001. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n4/6005.pdf>>. Acesso em: 15 abril 2012.

BARNNES, J. **Promoção da saúde mental: uma perspectiva desenvolvimental**. 2000.

BOCK, Ana M. **A adolescência como construção Social: um estudo sobre livros destinados a pais e educadores**. ABRAPEE, 2007.

BOHOSLAVSKY, Rodolfo. **Orientação vocacional**. São Paulo;, Martins Fontes, 1987.

BORUCHOVITCH, Evely; SOUSA, Isabela.; SCHALL, Virgínia. Conceito de doença e preservação da saúde de população de professores e escolares de Primeiro Grau. **Rev. Saúde Pública**, 1991, vol.25, n.6, pp. 418-425. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003489101991000600002&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 10 de set de 2011.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria da saúde executiva. **Coordenação da Saúde da Criança e do Adolescente. Programa Saúde do adolescente**. Bases programáticas. 2ª edição. Brasília, Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto promoção da saúde: cartas e declarações das conferências internacionais de promoção da saúde**. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS; Política Nacional de Humanização: humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as esferas do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**: Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró- Saúde**: objetivos, implementação e desenvolvimento. Brasília (DF), 2007.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

CALAIS, Sandra.; ANDRADE Livia.; LIPP, Marilda. Diferenças de Sexo e Escolaridade na Manifestação de Stress em Adultos Jovens. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 2003. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/prc/v16n2/a05v16n2.pdf>> Acesso em: 22 de maio de 2012.

CAMPEZATTO, Paula.; NUNES, Maria. Atendimento em clínicas-escola de psicologia da região metropolitana de Porto Alegre. **Estudos de Psicologia**. Campinas, 2007.

CAMPOS, Geison. **Adolescência: de que crise estamos falando?** Dissertação de Mestrado. Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social Núcleo de Psicanálise e Sociedade. São Paulo, 2006.

CAPONI, S. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003

CAPONI, Sandra.; VERDI, Marta.; BRZOZOWSKI, Fabíola; HERMANN, Fernando. **MEDICALIZAÇÃO A VIDA: Ética, saúde pública e indústria farmacêutica**. Palhoça: Ed.Unisul, 2010.

CAPRARA, Andrea.; VIRCHOW, R. Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v19n4/16842.pdf>> Acesso em: 03 de Maio de 2012.

CLÍMACO, A. A. de S. **Repensando as concepções de adolescência**. Dissertação de Mestrado não publicada. Curso de Pós-Graduação em Psicologia da Educação. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 1991.

COLLARES, Cecília Azevedo Lima; MOYSÉS, M. Aparecida A. **Preconceitos no cotidiano escolar: ensino e medicalização**. São Paulo: Cortez, 1996.

COLUSSI, Camila. **Representações sociais de saúde e doença para crianças de uma escola em Campo Grande/MS**. Dissertação de Mestrado. Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia. Campo Grande, 2009.

CONH, Amélia. O Estudo das Políticas Públicas de Saúde: Implicações e fatos. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza (et al). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Fiocruz, 2006.

CROMACK, Luíza.; BURSZTYN, Inavi.; TURA, Luiz. O olhar do adolescente sobre saúde: um estudo de representações sociais. **Ciência e Saúde Coletiva**, 627-634, 2009.

CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de (Org). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

- DA ROS, Marco Aurélio. Políticas Públicas de Saúde no Brasil. Florianópolis: **In Mimio**, 2004.
- D'ANDREA, Giuliano. **Noções de Direito da Criança e do Adolescente**. Florianópolis: OAB/SC Editora. 2005.
- DE LEMA, Christiane Carpeggiani. **Amizade: relações de apoio e intimidade na adolescência**. Porto Alegre, 1997.
- DELGADO, Pedro.; DUARTE, Cristina.; COUTO, Maria. **A saúde mental infantil na saúde Pública Brasileira. Revista Brasileira de Psiquiatria**. Rio de Janeiro, 2008.
- DINIZ, Débora. Ética na pesquisa em ciências humanas - novos desafios. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.org/pdf/csc/v13n2/a17v13n2.pdf>> Acesso em: 14 de Maio de 2012.
- ERIKSON, E. H. **Identidade, Juventude e Crise**. Rio de Janeiro: Zahar editores, 1987.
- FIRRIOLI, Silvia. Contexto familiar e problemas de saúde mental infantil no Programa Saúde da Família. **Revista Saúde Pública**, 2007.
- FLORES, Eliane; DREHMER, Tânia. Conhecimentos, percepções, comportamentos e representações de saúde e doença bucal dos adolescentes de escolas públicas de dois bairros de Porto Alegre. **Ciência e Saúde Coletiva**, 743-752, 2003.
- FERREIRA, Berta. **O cotidiano do adolescente**. Petrópolis: Vozes, 1995.
- FERREIRA, J. O corpo signio. In: MINAYO, M. C. S.; ALVES, P. C. (orgs.). **Saúde, doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998. p. 98-104.
- FERREIRA, M et al. Inserção da Saúde do adolescente na formação do enfermeiro: Uma questão de cidadania. In: Ramos et al (Org). **Adolescer, compreender, apoiar e acolher. Projeto Acolher: Um encontro da Enfermagem para o Adolescente Brasileiro**. Brasília, 2000.
- FERREIRA, Teresa.; SILVARES, Edwiges.; SILVA, Dalva.; FARIAS, Maria. Perfil e principais queixas dos clientes encaminhados ao Centro de Atendimento e Apoio Psicológico ao Adolescente (CAAA) – UNIFESP/EPM. **Psicologia em Estudo**, Maringá, 2002.
- FERREIRA, Ana. Acompanhamento de crianças vítimas de violência: desafios para o pediatra. **Jornal de Pediatria**. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v81n5s0/v81n5Sa07.pdf>. > Acesso em: 10 de Maio se 2012.
- FREITAS, C. M. A Vigilância da Saúde para a promoção da Saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

FREIRE, Teresa.; TAVARES, Dionísia. Influência da autoestima, da regulação emocional e do gênero no bem-estar subjetivo e psicológico de adolescentes. **Rev Psiq Clín**, 2011.

GARBIN, Cléa. ; GARBIN, Artênio. ; MOIMAZ, Suzely. ; GONÇALVES, Patrícia. A saúde na percepção do adolescente. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0103-73312009000100012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em: 12 set 2011.

GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2007.

GOMES, Gizelle.; CARAMASCHI, Sandro. Valorização de beleza e inteligência por adolescentes de diferentes classes sócias. **Psicologia em Estudo**, Maringá, 2007.

HELMAN, C. G. **Cultura, Saúde e Doença**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

HEIDEMANN, Terezinha. **A promoção da saúde a concepção dialógica de Freire: possibilidades de sua inserção e limites no processo de trabalho das equipes de saúde da família. Tese de doutorado**. Ribeirão Preto, 2006.

IBGE, Instituto Brasileiro de Pesquisas e Estatísticas, 2006. Disponível em: < http://www.ipea.gov.br/pub/bcmt/mt_019m.pdf>. Acesso em: 17 de Maio de 2012.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira S.A., 1975. 196 p.

JUNIOR, Aylton.; JUNIOR, Luís. Políticas Públicas de saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.8, n.1, p.13-19, dez, 2006.

KAHHALE, Edna M. Peters. **Psicologia na saúde: em busca de uma literatura crítica e uma atuação compromissada**. IN: BOCK, Ana (org.). A perspectiva sócio histórica na formação em Psicologia. Petrópolis: Vozes, 2003.

KUJAWA, Henrique; BOTH, Valdevir; BRUTSCHER, Volmir. **Direito à saúde com controle social**. Centro de Estudos em Políticas Públicas de Saúde. Passo Fundo, 2003.

NOVAES, Regina.;VANNUCHI. Paulo. **Juventude e sociedade: Trabalho, educação, cultura e participação**. São Paulo: Perseu Ramo, 2004.

MATHIAS, Augusto.; SANCHES, Renata.; ANDRADE, Miriam. Incentivas hábitos de sono adequados: Um desafio para educadores. Disponível em: < <http://www.unesp.br/prograd/PDFNE2004/artigos/eixo10/incentivarhabitossosono.pdf>> . Acesso em: 18 de maio de 2012.

MANNONI, M. **Educação impossível**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988.

MELO, Lucy. ASSONI, Renata; BONFIM, T. A. (2001). **A história das cinco fotos preferidas do BBT: proposta de um modelo de análise.** In Anais, 4. Simpósio Brasileiro de Orientação Vocacional e Ocupacional- I Encontro de Orientadores Profissionais do MERCOSUL, Florianópolis, 2001. São Paulo: Vetor.

MELO-SILVA, Lucy.; NOCE, Mariana.; ANDRADE, Patrícia. Interesses em adolescentes que procuram orientação profissional. *Psic*, 2003. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psic/v4n2/v4n2a02.pdf>>. Acesso em 20 de Maio de 2012.

MOURA, Ana S. **Atenção à saúde do adolescente.** Dissertação de Mestrado. Programa de Estudos Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Brasília, 2006.

MOYSÉS, M. A. A. **A Institucionalização Invisível – Crianças que não aprendem- na- escola.** Campinas, SP: FAPESP/ Mercado de Letras. 2001. Disponível em: <<http://www.abrapee.psc.br>>. Acesso em 14 de agosto 2011.

MOYSÉS, M. A. A. A medicalização da educação infantil e no ensino fundamental e as políticas de formação docente: a medicalização do não-aprender-na-escola e a invenção da infância anormal. **In: 31º Reunião Anual da Anped**, 2008. Disponível em: <http://www.anped.org.br/reunioes/31ra/sessoes_especiais.htm>. Acesso em: 14 agos. 2011.

NOGUEIRA, Maria.; MODEMA, Celina.; SCHALL, Virginia. Políticas Públicas voltadas para adolescentes nas Unidades Básicas de Saúde no Município de Belo Horizonte/MG: uma análise sob a perspectiva dos profissionais de saúde. **Rev. APS**, Juiz de Fora, 2010. Disponível em < http://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&lr=lang_pt&as_sdt=0&as_vis=1&q=Nogueira+modena+e+schall+2010> Acesso em : 21 de Maio de 2012.

O'DWYER, Gisele.; OLIVEIRA, Sergio.; SETA, Marismary. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2009.

OPAS (Organização Pan-americana de Saúde). **Saúde integral da Saúde do adolescente e do Jovem.** Disponível em: < www.opas.org.br/familias/temas > Acesso em 10 de outubro de 2011.

OSÓRIO, Luís C. **Adolescente hoje.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

OZELLA. Sérgio Adolescência: Uma perspectiva crítica. **In: Adolescência e psicologia: concepções, práticas e reflexões críticas** / Coordenação Maria de Lourdes Jeffery Contini; organização Sílvia Helena Koller. - Rio de Janeiro. Conselho Federal de Psicologia, 2002.

OZELLA, Sérgio. **Adolescências construídas: a visão da Psicologia sócio-histórica**. São Paulo: Cortez, 2003.

OZELLA, Sergio. Desmistificando a concepção de adolescência. **Cadernos de Pesquisa**, v. 38, n. 133, p. 97-125, jan./abr. 2008. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/cp/v38n133/a05v38n133.pdf>> Acesso em 18 de set de 2011.

PEDUZZI, M. **Trabalho de equipe de saúde na perspectiva de gerentes de serviços de saúde**: possibilidades da prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e da população. Tese (Livre-Docência) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2007.

PEREIRA, Érico.; TEIXEIRA, Clarissa.; GATTIBONI, Bruna.; BEVILACQUA, Lidiane.; CONFORTIN, Susana.; SILVA, Tatiana R. Percepção da imagem corporal e nível socioeconômico em adolescentes: revisão sistemática. **Rev Paul Pediatr**, 2011.

PINTO, José M. R. O acesso à educação superior no Brasil. **Educ. Soc.** Campinas, 2004. Disponível em: < <http://www.cedes.unicamp.br>> Acesso em: 10 de maio de 2012.

RAMOS, F. Bases para uma re-significação do trabalho da enfermagem junto ao adolescente. **In: Adolescer, compreender, atuar e acolher**. Brasília – ABEN- Ministério da Saúde, 2001.

REIS, Mauricio.; CRESPO, Anna. O Impacto da renda domiciliar sobre a saúde infantil no Brasil. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)**, 2009. Disponível em: < <http://www.ipea.gov.br>> Acesso em: 12 de maio de 2012.

RESTA, Darielli. **O adolescer e o cuidado com a saúde: a voz de jovens e familiares**. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Programa de Estudos Pós-Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2006.

RIBEIRO, Paulo. História da Saúde mental infantil: a criança brasileira da Colônia a Republica Velha. **Estudos em Psicologia**, Maringá, 2006.

ROQUAYROL, Maria Zélia. Contribuições da Epidemiologia. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza (et al). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Fiocruz, 2007.

SERPA, O. **Indivíduo, Organismo e Doença: a atualidade de O Normal e o Patológico de Georges Canguilhem**. Psicologia Clínica Pós-Graduação e Pesquisa (PUC/RJ). Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 121-135, 2003.

SILVA, Lucy.; NOCE, Mariana.; ANDRADE, Patrícia. Interesses em adolescentes que procuram orientação profissional. **PSIC - Revista de Psicologia: Vetor**, 2003.

SILVA, Maria et AL. O adolescente e a competência social: focando o número de amigos. **Revista Brasileira. Crescimento e desenvolvimento**. 2004. Disponível em : <[Rev. bras. crescimento desenvolv. hum](#)>. Acesso em: 13 de maio de 2012.

SEGRE, Marco.; FERRAZ, Flávio. O conceito de saúde. **Revista de saúde pública**. 1997.

SOARES, Dulce Helena Penna. **A escolha profissional: do jovem ao adulto**. São Paulo: Summus, 2002.

SOARES, Dulce.; VERIGUINE, Nádia.; BASSO, Claudia. **A percepção dos jovens a Geração Y sobre a conceito de trabalho. 2011.**

SOUZA, Celina. **Políticas Públicas: uma revisão da literatura**. Sociologias, Porto Alegre, ano 8, nº 16, jul/dez 2006, p. 20-45.

SOUZA, Daniela Abdala. **Significado de Saúde e Doença para moradores da área de abrangência do centro de saúde da lagoa da conceição Florianópolis/SC**. Trabalho apresentado à Universidade Federal de Santa Catarina, para conclusão do curso de Graduação em Medicina, Florianópolis, 2005.

STOLZ, Pablo.; VAZ, Marta. A compreensão dos separadores de resíduos sólidos em relação ao seu trabalho, saúde e ambiente. **Revista Baiana de Saúde Pública**, 2010. Disponível em: < <http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/view/108/105>> . Acesso em : 19 de maio de 2012.

TEIXEIRA, MCTV. **Representações sociais sobre a saúde-doença na velhice: um diagnóstico psicossocial na rede básica de saúde** [doutorado em filosofia da saúde]. Florianópolis: UFSC; 1999.

TELLES, Heloísa. **Infância e Saúde Mental: Teoria, clínica e saúde mental e recomendações Para Políticas Públicas**. São Paulo, 2006.

UNICEF. Situação da Adolescência Brasileira, UNICEF, 2006.

VASCONCELOS, Cipriano.; PASCHE, Dário. O sistema único de Saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza (et al). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Fiocruz, 2006.

VITALLE, Maria. O Setor de Medicina do Adolescente (Centro de Atendimento e Apoio ao Adolescente - CAAA) da Universidade Federal de São Paulo: uma experiência multiprofissional e interdisciplinar – o compromisso com a adolescência. **Adolescência e Saúde**, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: http://scholar.google.com.br/scholar?q=artigos++vitalle++2010&hl=pt-BR&as_sdt=0&as_vis=1 > Acesso em: 07 de Maio de 2012.

ZAGURY, Tânia. **O adolescente por ele mesmo: orientação para pais e educadores**. Rio de Janeiro: Record, 1996.

WASELFISZ, Julio Jacobo. **Mapa da Violência**. Os Jovens do Brasil. Instituto Sangari Ministério da Justiça Brasília- Brasília-DF, 2004. Disponível em : <
<http://www.coav.org.br/publicue/media/Mapa%20da%20Viol%C3%Aancia%20IV.pdf>> . Acesso em 22 de Setembro de 2011.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Carta de apresentação da pesquisa à instituição

Sr (ª)

Diretor (a) da Escola _____

Prezada (o) Senhor (a),

Como estudante e graduanda em Psicologia pela Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL, venho por meio deste solicitar sua autorização para desenvolver meu estudo denominado: NOÇÃO DE SAÚDE E DOENÇA PARA ADOLESCENTES junto aos adolescentes, alunos das turmas do nono ano, primeiro, segunda e terceiro séries do segundo grau, sob supervisão dos respectivos professores da classe.

Tenho como objetivo estudar o processo saúde-doença enquanto fenômeno biológico, social, político e cultural. Qual a noção de saúde e doença para adolescentes?

Entregarei aos participantes da pesquisa, um documento prestando esclarecimento quanto à pesquisa a ser realizada, solicitando o Consentimento Livre e Esclarecido, por escrito, tanto para os adolescentes participantes da pesquisa, como de seus representantes legais, que desejarem por livre e espontânea vontade participar deste estudo, respeitando os éticos envolvidos na pesquisa.

Comprometo-me em assegurar o sigilo profissional, quanto à privacidade dos alunos envolvidos, bem como os dados confidenciais abordados no estudo.

Assumo o compromisso ético de prestar esclarecimentos em relação aos dados decorrentes deste estudo.

Na certeza de contar com seu apoio, desde já agradeço pela oportunidade, ao mesmo tempo me coloco a disposição para maiores esclarecimentos.

Atenciosamente,

Carmem Eidelwein

Ciente: _____

Data: Palhoça _____ de _____ 2012.

Assinatura e Carimbo da Diretora da Escola _____

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, RG:

_____, declaro que estou ciente e concordo que meu filho (a) participará da pesquisa intitulada de “**NOÇÃO DE SAÚDE E DOENÇA PARA ADOLESCENTES**” A pesquisa será realizada pela aluna, Carmem Andréia Dutra Eidelwein, da 10ª fase do curso de Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL, orientada pela Professora, Carolina Bunn Bartilotti, do referido curso. Esta pesquisa tem como objetivo **Caracterizar a noção de saúde e doença para adolescentes**. Os benefícios e vantagens serão contribuir para o desenvolvimento do conhecimento científico sobre intervenções em Psicologia, acerca do processo saúde – doença na percepção de adolescentes, possibilitando reflexões junto a sociedade sobre as demandas à saúde do adolescente. Tal conhecimento poderá ser utilizado posteriormente como fonte de informação para elaboração de novas estratégias de prevenção e promoção de saúde junto à adolescentes e comunidade a qual pertence. A pesquisa acontecerá na escola em que o adolescente estuda, será aplicado um questionário sobre noção de saúde e doença. Nesse questionário terá questões sobre o que é saúde, o que é doença, como podemos aprimorar saúde e evitar doença. Que fatores contribuem para se ter saúde e para ter doença. No entanto, tenho ciência de que todos os dados a respeito de meu filho (a) serão sigilosos, apenas a pesquisadora e a orientadora terão acesso a estas informações. Os dados poderão ser utilizados para publicações em congressos, palestras e periódicos científicos, desde que seja resguardada a identidade de meu filho (a). A devolução dos dados será realizada por meio de um envio de um relatório resumido para as escolas, bem como disponível na página da Unisul, com as principais descobertas realizadas com a pesquisa.

Afirmo que recebi, de forma clara e objetiva, todas as explicações pertinentes ao trabalho. Por fim, estou ciente que posso retirar meu filho do estudo, se assim desejar, a qualquer momento, que a participação dele é voluntária e não terei nenhum tipo de remuneração financeira para tanto.

Palhoça, ____ de _____ de 2012.

Assinatura do participante

Carmem A. D. Eidelwein
Acadêmica
(48) 9907-9434

Assinatura do responsável

Profª Drª Carolina Bunn Bartilotti
pesquisadora Responsável
(48) 3279-1155



UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA

Olá, eu sou Carmem, aluna do Curso de Psicologia da Unisul. Estou convidando você para participar de uma pesquisa sobre o que é saúde e doença. O questionário abaixo visa verificar sua percepção em relação ao que saúde e doença. Registre sua colaboração para as questões leia e assinale as perguntas com atenção, para não deixar nenhuma questão em branco. Sua identidade será mantida em sigilo e os dados coletados serão utilizados somente para a pesquisa. Obrigada pela sua colaboração.

APÊNDICE C – Instrumento de Coleta de dados

Escola: _____ Sexo: _____ Série: _____ Idade: _____

Abaixo são listados ASPECTOS REFERENTES À SAÚDE Assinale o grau de importância que você atribui para cada item apresentado, MARCANDO UM (X) na opção em que você considera pouco importante, importante ou muito importante.		Pouco importante	Importante	Muito importante
1	Condições de higiene			
2	Ter amigos			
3	Uma alimentação adequada			
4	Prevenir doenças			
5	Atendimento médico periódico			
6	Praticar exercícios físicos			
7	Acompanhamento psicológico			
8	Regras nas tarefas diárias			
9	Estar feliz			
10	Acesso a moradia			
11	Morar em local limpo			
12	Liberdade			
13	Estar bem vestido			
14	Dormir bem			
15	Ter acesso a educação			
16	Ter condições financeiras			
17	Não estar doente			
18	Auto-estima			
19	Viver bem consigo mesmo			
20	Sentir-se útil – ajudar as pessoas			
21	Ter cuidado com a higiene bucal			
22	Trabalhar no que gosta			

<p>Abaixo são listados ASPECTOS REFERENTES À DOENÇA/ OU ESTAR DOENTE</p> <p>Assinale o grau de importância que você atribui para cada item apresentado, MARCANDO UM (X) na opção em que você considera pouco importante, importante ou muito importante.</p>		Pouco importante	Importante	Muito importante
1	Contrair uma doença (infecto- contagiosa)			
2	Ter dificuldade para dormir			
3	Ter dificuldade para fazer as atividades que gosta			
4	Morar em um lugar sujo			
5	Não ter uma alimentação adequada			
6	Estar sujo (Não tomar banho)			
7	Sentir-se triste			
8	Dificuldades em relacionar-se com as pessoas			
9	Quando o médico diz que você está doente			
10	Sentir-se fraco, sem força			
11	Ter alguma dor			
12	Não ter saúde			
13	Sentir-se isolado das pessoas e locais			
14	Não poder trabalhar			
15	Não poder freqüentar o shopping			

<p>Os itens listados abaixo descrevem características que PROMOVEM SAÚDE</p> <p>Assinale o grau de importância que você atribui para cada item apresentado, MARCANDO UM (X) na opção em que você considera pouco importante, importante ou muito importante.</p>		Pouco importante	Importante	Muito importante
1	Comer vegetais e frutas sempre que possível			
2	Ter um período de oito horas de sono			
3	Trabalhar no que gosta			
4	Ter tempo para família			
5	Momentos de Lazer /Passear com amigos			
6	Direito de poder escolher			
7	Evitar preocupações em excesso			
8	Ter sensualidade/beleza			
9	Ter bom relacionamento com as pessoas.			
10	Espiritualidade/fé			
11	Freqüentar os Serviços de saúde			
12	Estar em dia com todas as vacinas			
13	Fazer uso de remédios sempre com supervisão de um médico			
14	Condições ambientais favoráveis e Consciência ecológica			
15	Sentir-se valorizado/ reconhecido			
16	Possuir um plano de saúde			
17	Namorar			
18	Acesso a educação e cultura			

Os itens listados abaixo descrevem características que PROMOVEM DOENÇA
Assinale o grau de importância que você atribui para cada item apresentado, MARCANDO UM (X)
na opção em que você considera pouco importante, importante ou muito importante

1	Ingerir pouco líquido
2	Não tomar vacinas
3	Descuido com a higiene pessoal
4	Não ter saneamento básico
5	Freqüentar pouco o posto de saúde
6	Uso de cigarro
7	Uso em excesso de bebidas alcoólicas
8	Condições financeiras menos favorecidas
9	Cansaço
10	Estresse
11	Dormir pouco
12	Não ir no médico periodicamente
13	Fazer uso de medicação sem receituário
14	Não ter plano de saúde

<p align="center">Os itens listados abaixo descrevem características DOS SERVIÇOS DE SAÚDE</p> <p align="center">Assinale o grau de importância que você atribui para cada item apresentado, MARCANDO UM (X) na opção em que você considera pouco importante, importante ou muito importante</p>		Pouco importante	Importante	Muito importante
1	Mais profissionais especializados da Saúde			
2	Distribuição de insumos (preservativos)			
3	Mais disponibilização de horário para atendimento			
4	Acompanhamento de Psicólogo			
5	Sentir-se bem recebido no posto de saúde			
6	Programas educativos na mídia			
7	Realizar orientações em palestras			
8	Propor atividades diferentes			
9	Mais médicos			
10	Melhorar os locais de atendimento			
11	Especialista para adolescente			
12	Interação do posto de saúde e a escola			
13	Pronto atendimento			
14	Maior clareza sobre como é a adolescência			
15	Maior número de consultas			
16	Falar sobre outros temas: Violência- sexualidade- pais- gravidez- drogas			

Se você tiver mais alguma contribuição que não foi contemplada, por gentileza escreva aqui.

Muito obrigada!!!!

APÊNDICE

APÊNDICE D – Tabela de revisão de artigos

AUTOR	ANO PUBLICAÇÃO	TEMÁTICA
Araújo	2008	Conceito de Saúde para adolescentes, cuidado com a saúde do adolescente,
Boruchovich e Felix	1991	
Moura	2006	
Garbin et al	2009	
Souza	2005	
Souza	2006	
Resta	2006	
Ramos	2001	
Da Ros	2004	Conceito de Saúde e Doença. Promoção de saúde, políticas públicas
Ferreira	1998	
Conh	2006	
Teixeira	1999	
Couto; Duarte; Delgado	2008	Prevenção de saúde mental na infância - saúde no contexto brasileiro
Ribeiro	2006	
Arpini e Santos	2007	
Barnes	200	
Firrioli,	2007	
(Bricks	2003	Uso de medicamentos - Número crescente de diagnósticos infantis- culpabilização do sujeito – medicalização da vida
Carvalho et AL	2001	
Fiore	2005	
Guarido	2007	
Moysés	2008	
Marques	1999	
Collares	1996	
Diniz	2008	
Nakamura ET Al	2008	

Fonte: Elaborado pela autora, 2011.

ANEXO

ANEXO A – Declaração de Ciência e Concordância das Instituições Envolvidas



UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA
Av. José Acácio Moreira, 787 - Bairro Dehon - Cx. Postal 370
88704-900 - Tubarão - SC
Fone: (48) 621-3000

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

Local e data: _____

Com o objetivo de atender às exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP-UNISUL, os representantes legais das instituições envolvidas no projeto de pesquisa intitulado **"Noção de Saúde e doença para adolescentes"** declaram estarem cientes e de acordo com seu desenvolvimento nos termos propostos, lembrando aos pesquisadores que na execução do referido projeto de pesquisa, serão cumpridos os termos da Resolução 196/96 e 251/97 do Conselho Nacional de Saúde.

Ass. Pesquisador responsável (UNISUL)

Ass. do responsável pela Instituição (UNISUL)
(Coordenador de Curso)

Ass. do responsável da outra Instituição (de outra instituição)

Adaptado de: CEFID / UDESC