



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro Biomédico

Faculdade de Ciências Médicas

André Luiz dos Santos Ferreira

**O adolescente do sexo masculino nas unidades do SUS do município do Rio de Janeiro: estudo sobre a motivação da procura do serviço e percepção do atendimento prestado**

Rio de Janeiro

2017

André Luiz dos Santos Ferreira

**O adolescente do sexo masculino nas unidades do SUS do município do Rio de Janeiro:  
estudo sobre a motivação da procura do serviço e percepção do atendimento prestado**

Dissertação apresentada como requisito para  
obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-  
graduação em Ciências Médicas, da Universidade  
do Estado do Rio de Janeiro.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Stella Regina Taquette

Rio de Janeiro

2017

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/CBA

F384 Ferreira, André Luiz dos Santos.  
O adolescente do sexo masculino nas unidades do SUS do município do Rio de Janeiro: estudo sobre a motivação da procura do serviço e percepção do atendimento prestado / André Luiz dos Santos Ferreira – 2017.  
91 f.

Orientadora: Stella Regina Taquette.  
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Ciências Médicas. Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas.

1. Adolescentes – Saúde e higiene – Teses. 2. Masculinidade - Teses. 3. Políticas públicas – Teses. 4. Percepção social - Teses. 5. Saúde do Adolescente. I. Taquette, Stella Regina. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

CDU 613.96

Bibliotecária: Kalina Silva CRB7/4377

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

André Luiz dos Santos Ferreira

**O adolescente do sexo masculino nas unidades do SUS do município do Rio de Janeiro:  
estudo sobre a motivação da procura do serviço e percepção do atendimento prestado**

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 19 de dezembro de 2017.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Stella Regina Taquette  
Faculdade de Ciências Médicas – UERJ

Banca Examinadora:

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Denise Leite Maia Monteiro  
Faculdade de Ciências Médicas - UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Luciana Maria Borges da Matta Souza  
Faculdade de Ciências Médicas – UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Sônia Regina de Souza  
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2017

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho a minha mãe, Edna dos Santos Ferreira. Sem ela, seria impossível dar mais este passo na minha carreira.

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente a Deus, por ser o responsável por tudo na minha vida.

À minha mãe, por estar ao meu lado em todos os momentos da minha vida e por ser minha grande incentivadora.

À minha família e amigos, pelo apoio incondicional e por entenderem e me apoiarem em meus momentos de ausência.

À minha orientadora, Stella Taquette, pelos ensinamentos, confiança e oportunidade que me permitiram a execução deste trabalho.

Ao Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA), por ter me proporcionado muito mais que um local de trabalho, mas ter me presenteado com um local onde aprendi diariamente e tive a oportunidade de trabalhar com profissionais que me estimularam e ainda me estimulam a seguir caminhando na Hebiatria.

À Banca Examinadora, pela disponibilidade em avaliar esta dissertação e em compartilhar comigo seus conhecimentos.

A todos os profissionais do Hospital Universitário Pedro Ernesto, e principalmente aos do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA), por terem sido referência, pelo apoio e por serem fonte de conhecimento durante todo o percurso pelo qual estivemos juntos.

À minha querida amiga Aline Bispo, pela prontidão e disponibilidade em me auxiliar na revisão e formatação dessa dissertação.

We keep moving forward, opening new doors, and doing new things, because we're curious and curiosity keeps leading us down new paths.

*Walt Disney*

## RESUMO

FERREIRA, André Luiz dos Santos. **O adolescente do sexo masculino nas unidades do SUS do município do Rio de Janeiro**: estudo sobre a motivação da procura do serviço e percepção do atendimento prestado. 2017. 91 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

A adolescência é uma etapa da vida propícia para a promoção da saúde e prevenção de doenças, especialmente aquelas relativas à atividade sexual. A sexarca, em geral, ocorre na adolescência e a idade de início vem diminuindo, aumentando a probabilidade de gravidez não planejada e a susceptibilidade às DSTs. Esses dados demonstram a relevância e a necessidade da existência de serviços de saúde que atendam estas demandas. Observa-se que as políticas de saúde sexual e reprodutiva são mais voltadas para o sexo feminino e que adolescentes do sexo masculino, assim como a maioria dos homens, vão pouco aos serviços de saúde. Por esta razão, e devido à relevância dos dados epidemiológicos de doenças que atingem o sexo masculino, o Ministério da Saúde do Brasil lançou o Programa de Saúde do Homem. Entretanto, este Programa é direcionado à faixa etária de 25 a 59 anos, não contemplando adolescentes e idosos. Os homens percebem os espaços de saúde como um lugar privilegiadamente feminino. Os serviços ainda operam numa lógica materno-infantil, sendo incipientes as ações direcionadas aos homens, seja pela condição de corresponsáveis pelos eventos reprodutivos, seja por conta de suas especificidades de saúde. Este estudo objetiva conhecer e analisar a motivação para a procura do serviço e a percepção do homem adolescente sobre o atendimento oferecido nas unidades de saúde do SUS no município do Rio de Janeiro, e faz parte de um estudo maior denominado “Assistência sexual e reprodutiva para adolescentes nas unidades de saúde do SUS do município do Rio de Janeiro”. Os dados foram coletados através de entrevistas semi-estruturadas realizadas com adolescentes atendidos nas Unidades do SUS de diversos bairros. A análise dos dados teve por base a hermenêutica-dialética por meio das seguintes etapas: (1) leitura e releitura das transcrições; (2) organização temática dos relatos; (3) categorização; (4) identificação dos pontos mais relevantes, ideias e contradições, em diálogo com a literatura; (5) contextualização e interpretação para a apreensão de sentidos mais amplos. Os resultados revelaram que os adolescentes, em sua maioria, buscam atendimento devido a questões agudas, que muitas vezes poderiam ser prevenidas se houvesse um acompanhamento de saúde regular. O acesso às unidades foi classificado como satisfatório, porém, heterogêneo. As ações de educação em sexualidade não se mostraram como uma constante nos atendimentos. Quanto à percepção da qualidade do atendimento, os entrevistados relataram como aspectos desfavoráveis a falta de profissionais, a postura negativa dos mesmos, a insuficiência de insumos e estrutura deficiente como responsáveis pela avaliação negativa. O conjunto de resultados do estudo permite concluir que é necessária uma mudança na forma que o adolescente masculino está sendo enxergado pelos serviços de saúde. As especificidades da adolescência precisam ser levadas em conta, assim como as características inerentes ao gênero masculino e suas diversas formas de masculinidade. Melhorias no acesso, nas ações de educação em sexualidade e na qualidade do atendimento são imprescindíveis para mudar o alcance de melhores indicadores de saúde para homens adolescentes.

Palavras-chave: Saúde do adolescente. Masculinidade. Políticas públicas. Percepção.

## ABSTRACT

FERREIRA, André Luiz dos Santos. **The male adolescent in the SUS units of the city of Rio de Janeiro:** a study about the motivation of the demand for the service and perception of the service rendered. 2017. 91 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

Adolescence is a stage of life conducive to health promotion and prevention of diseases, especially those related to sexual activity. The first sexual intercourse usually occurs during adolescence and the start age is decreasing, increasing the probability of unplanned pregnancy and susceptibility to STIs. These data demonstrate the relevance and necessity of the existence of health services that meet these demands. It can be observed that sexual and reproductive health policies are more geared towards the female sex, and that male adolescents, as well as the majority of men, resist to go to health services. For this reason, and due to the relevance of epidemiological data on diseases that affect men, the Brazilian Ministry of Health has launched the Man's Health Program. However, this Program is directed to the age group of 25 to 59 years, not contemplating adolescents and the elderly. Men perceive health spaces as a privileged place for women. The services still operate in a maternal and child logic, with actions aimed at men being incipient, either by the condition of co-responsible for the reproductive events, or because of their specific health. This study aims at knowing and analyzing what motivates male adolescents to search for health service and their perception about the care offered at SUS health units in the city of Rio de Janeiro, and is part of a larger study called "Sexual and reproductive care adolescents in the SUS health units of the city of Rio de Janeiro ". Data were collected through semi-structured interviews conducted with adolescents who attended at SUS Units in various neighborhoods. The data analysis was based on dialectical hermeneutics through the following steps: (1) reading and re-reading the transcriptions; (2) thematic organization of the stories; (3) categorization; (4) identification of the most relevant points, ideas and contradictions, in dialogue with literature; (5) contextualization and interpretation for the apprehension of broader meanings. The results revealed that adolescents, for the most part, seek care due to acute issues, which could often be prevented if there was regular health monitoring. Access to the units was classified as satisfactory, but heterogeneous. The actions of sexuality education did not show up as a constant in the consultations. Regarding the perception of the quality of care, the respondents reported unfavorable aspects as a lack of professionals, their negative posture, lack of inputs and poor structure as responsible for the negative evaluation. The results set of the study allows to conclude that a change in the form that the masculine adolescent is being seen by the health services is necessary. The specificities of adolescence need to be taken into account, as well as the inherent characteristics of the masculine gender and its various forms of masculinity. Improvements in access, sexuality education and quality of care are essential to change the reach of better health indicators for adolescent men.

Keywords: Adolescent health. Masculinity. Public policies. Perception.

## LISTA DE ABRAVIATURAS E SIGLAS

|          |   |
|----------|---|
| ACS      | Agentes Comunitários de Saúde   |
| AIDS     | Síndrome da Imunodeficiência Adquirida                                    |
| ASAJ     | Área de Saúde do Adolescente e do Jovem                                   |
| COEP     | Comissão de Ética em Pesquisa   |
| DST      | Doenças Sexualmente Transmissíveis  |
| ECA      | Estatuto da Criança e do Adolescente                                      |
| ESF      | Estratégia Saúde da Família   |
| FCM/UERJ | Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro |
| HIV      | <i>Human Immunodeficiency Virus</i>                                       |
| IBGE     | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística                           |
| IPFP     | Federação Internacional para o Planejamento Familiar                      |
| Nº       | Número  |
| OMS      | Organização Mundial da Saúde  |
| ONU      | Organização das Nações Unidas   |
| PGCM     | Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas                             |
| PROSAD   | Programa de Saúde do Adolescente  |
| PSF      | Programa Saúde da Família   |
| SASAD    | Serviço de Assistência à Saúde de Adolescentes                            |
| SMSDC    | Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil                              |
| SUS      | Sistema Único de Saúde  |
| UCA      | Unidade Clínica de Adolescente  |
| UERJ     | Universidade do Estado do Rio de Janeiro                                  |
| WHO      | <i>World Health Organization</i>  |

## SUMÁRIO

|     |   |           |
|-----|---|-----------|
|     | <b>INTRODUÇÃO.....</b>  | <b>10</b> |
| 1   | <b>REVISÃO DA LITERATURA.....</b>   | <b>17</b> |
| 1.1 | <b>Adolescência.....</b>  | <b>17</b> |
| 1.2 | <b>Masculinidade e saúde.....</b>   | <b>18</b> |
| 1.3 | <b>Saúde sexual e reprodutiva e masculinidade.....</b>  | <b>19</b> |
| 1.4 | <b>Políticas públicas de atenção ao adolescente.....</b>  | <b>23</b> |
| 1.5 | <b>Políticas públicas de atenção à saúde do homem.....</b>  | <b>27</b> |
| 1.6 | <b>Indicadores de saúde do homem adolescente (dados de morbidade e mortalidade, DST/AIDS, violência, etc.).....</b> | <b>28</b> |
| 2   | <b>JUSTIFICATIVA.....</b>   | <b>30</b> |
| 3   | <b>OBJETIVOS .....</b>  | <b>32</b> |
| 3.1 | <b>Objetivo principal.....</b>  | <b>32</b> |
| 3.2 | <b>Objetivos secundários.....</b>   | <b>32</b> |
| 4   | <b>MATERIAL E MÉTODOS .....</b>   | <b>33</b> |
| 5   | <b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>  | <b>37</b> |
| 5.1 | <b>Perfil da amostra.....</b>   | <b>37</b> |
| 5.2 | <b>Análise qualitativa.....</b>   | <b>38</b> |
| 5.3 | <b>Motivação da procura.....</b>  | <b>39</b> |
| 5.4 | <b>Acesso.....</b>  | <b>42</b> |
| 5.5 | <b>Educação em sexualidade.....</b>   | <b>45</b> |
| 5.6 | <b>Qualidade do atendimento.....</b>  | <b>48</b> |
|     | <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>  | <b>54</b> |
|     | <b>REFERÊNCIAS .....</b>  | <b>57</b> |
|     | <b>APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista com o Adolescente Masculino.....</b>  | <b>68</b> |
|     | <b>APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido do Adolescente....</b>                                   | <b>70</b> |
|     | <b>APÊNDICE C - Termo de consentimento livre e esclarecido do Responsável....</b>                                   | <b>71</b> |
|     | <b>ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UERJ – COEP.....</b>   | <b>72</b> |
|     | <b>ANEXO B - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa SMSDC-RJ.....</b>   | <b>73</b> |
|     | <b>ANEXO C - Renovação de Protocolo de Pesquisa – CEP SMSDC-RJ.....</b>   | <b>74</b> |
|     | <b>ANEXO D - Comprovação de aceite do 1º artigo científico .....</b>  | <b>75</b> |
|     | <b>ANEXO E - Formato final do 2º artigo científico submetido.....</b>   | <b>76</b> |

## INTRODUÇÃO

O processo de crescimento e desenvolvimento do ser humano compreende a passagem por várias fases, cada uma com suas características e significados que agregarão experiências e vivências determinantes na formação do indivíduo adulto. Uma dessas etapas da vida, que por muitos é considerada como a mais difícil e uma das mais importantes, é a adolescência. Ao final deste período, de acordo com Françoso, Gejer e Reato (2001), espera-se que cada indivíduo tenha desenvolvido: corpo adulto, capacidade reprodutiva, responsabilidade social, independência, identidade adulta e sexual, além de maturidade emocional e escolha profissional. As expectativas geradas em cima desse período são as mais variadas, e por isso essa é tratada como uma fase repleta de paradigmas.

Define-se adolescência, também, como uma categoria sociocultural, historicamente construída a partir de critérios múltiplos que abrangem tanto a dimensão biopsicológica quanto a cronológica e social (FERREIRA et al., 2007).

A valorização de intervenções tão incisivas junto a este público vem da concordância com Drezett (2003), que afirma que é na adolescência que jovens consolidam seus valores sociais e pessoais, seus sentimentos e habilidades, fundamentais para o exercício da vida adulta e para sua inserção nos diferentes setores da sociedade. A população adolescente e jovem brasileira (de 10 a 24 anos) é numerosa e, apesar de ter reduzido nos últimos anos, ainda representa 26,9% do total, segundo o censo de 2010 do IBGE.

As necessidades de saúde dos adolescentes muitas vezes não estão ligadas diretamente a problemas na esfera orgânica, podendo ser influenciadas pelas más condições de vida, pelas situações de abandono, pelo envolvimento com prostituição ou até uso de drogas, e também por ocasiões em que o adolescente sofre algum tipo de violência. Assim, os serviços de saúde devem estar preparados para oferecer cuidados a esses jovens, baseando-se na integralidade, princípio universal do Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se, então, do reconhecimento das diferentes necessidades de sujeitos também diferentes para cumprir direitos iguais (TAQUETTE et al., 2005).

Na década de 1970, iniciou-se a história do que hoje é o Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA), quando se despertou a atenção de um grupo de profissionais e alunos da Faculdade de Medicina da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) para a necessidade de um atendimento diferenciado do adolescente internado e criou-se a Unidade Clínica de Adolescentes (UCA). Nos dias atuais, a antiga UCA, hoje renomeada NESA, é centro de

referência nacional e internacional no treinamento de profissionais para o atendimento de adolescentes (BOUZAS, 2005).

No momento atual, ainda enfrentamos dificuldades para inserir o adolescente na atenção primária à saúde. E esta dificuldade se faz muito maior quando nos referimos a adolescentes do sexo masculino e a sua relação com as instituições de saúde. As adolescentes geralmente procuram o ginecologista quando ocorre a menarca; já com os rapazes é diferente, pois não há consulta a qualquer profissional de saúde no início da puberdade. Eles passam do pediatra ao clínico geral, o que faz com que fiquem envergonhados quando o assunto é sexo (ROSISTOLATO, 2009).

Somado ao sentimento de vergonha, o ato de cuidar (de si ou de outra pessoa) é tradicionalmente considerado uma característica feminina. Enquanto as mulheres são vistas em nossa sociedade como cuidadoras e cuidadosas, os homens desde cedo são estimulados a perceber o risco como algo a ser enfrentado ou superado, e não evitado. Geralmente, eles se veem como invulneráveis às doenças. Essa postura faz com que rapazes e homens resistam a reconhecer um problema de saúde e a buscar auxílio. Frequentemente, eles se recusam a procurar o médico ou iniciar um tratamento, preferindo resolver seus problemas sozinhos ou com apoio de algum amigo “que tenha mais experiência”. Desse modo, acabam recorrendo a remédios caseiros ou à automedicação (INSTITUTO PROMUNDO, 2003).

Na adolescência, a crença na invulnerabilidade por parte dos homens é exacerbada, colocando-os em risco de agravos evitáveis, por meio da não adoção de práticas preventivas em relação à gravidez não desejada, ao risco de infecção pelo HIV/AIDS, ao uso abusivo de álcool e outras drogas e ao envolvimento com cenários de violência, que reafirmam sua posição social de virilidade. Os adolescentes homens são o principal grupo de risco de mortalidade por homicídio na população brasileira, com ênfase em negros e pardos, residentes em bairros pobres ou nas periferias das metrópoles, com baixa escolaridade e pouca qualificação profissional (BRASIL, 2008).

Com o passar dos séculos, a construção histórica de nossa sociedade fez com que “ser homem” não se restrinja somente ao sexo que se pertence, mas traz consigo a identidade masculina regida pelos papéis sociais e que se diferencia do gênero feminino. Segundo Korin (2001), em sociedades que concebem poder, sucesso e força como características masculinas, os homens buscam, no processo de socialização (pela mídia, entre pares, na família), o distanciamento de características relacionadas ao feminino: sensibilidade, cuidado, dependência, fragilidade. Desta forma, o simples fato de buscar assistência em um serviço de saúde põe em cheque sua masculinidade, já que o homem estará demonstrando que não é

invencível e que não é capaz de achar soluções para os seus problemas por si só. Ser homem está relacionado a invulnerabilidade, força e virilidade, e isso está associado a não valorização de seu autocuidado (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

Durante algum tempo, os termos *sexo* e *gênero* eram utilizados indiscriminadamente; na literatura mais recente, entretanto, o termo *sexo* reserva-se, preferencialmente, às características biológicas predeterminadas, relativamente invariáveis, do homem e da mulher, enquanto que *gênero* é utilizado para assinalar as características socialmente construídas que constituem a definição do masculino e do feminino em diferentes culturas (ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE, 1993).

Hartigan (1998) comenta que na América Latina e no Caribe é comum aceitar que gênero é sinônimo de mulher. Há de ser ressaltado, entretanto, que gênero deve ser entendido como a rede de traços de personalidade, atitudes, sentimentos, valores, condutas e atividade que, através de um processo de construção social, diferencia os homens das mulheres (Organização Mundial da Saúde, 1995). De acordo com Nascimento e Gomes (2008), existem marcas identitárias no homem que corroboram para o comportamento masculino hegemônico citado acima, pois são reconhecidas como pertencentes ao “ser homem”. Os autores identificaram as seguintes marcas identitárias do ser masculino: provedor, dominador, heterossexual e cuidador.

Na pesquisa supracitada, dados comprovaram que, para ser homem, na visão da maioria dos entrevistados, é preciso ser o provedor da família, ou seja, ele deve ser o responsável por prover o sustento para todos os seus. Outro traço é a dominação. Homem que é homem é aquele que domina a situação e tem total controle e poder sobre ela. Outro ponto é a heterossexualidade, que é uma marca muito impregnada na compreensão da maior parte da sociedade. Ser homossexual automaticamente retira o título de homem de uma pessoa. E, por último, temos a indicação de cuidador. Ser homem é prover cuidado para todos, tendo como objetivo não deixar que nada falte para aqueles sob os quais exerce dominação. Vale ressaltar que esse cuidado tem limites: demonstrações de carinho e afeto também adulteram a imagem do homem com “H” maiúsculo”.

Vários estudos já feitos, como os de Figueiredo (2005) e de Pinheiro et al. (2001), comprovaram a maior resistência do sexo masculino a procurar auxílio de saúde. De maneira geral, a entrada do homem no serviço de saúde se dá de três formas: problemas relacionados a sexualidade, reprodução e consequências da violência (Schraiber et al., 2005). Este fato é, no mínimo, curioso, considerando que estatisticamente há dados que comprovam que homens são mais vulneráveis a doenças, sobretudo a enfermidades crônicas e graves, e morrem mais

precocemente que as mulheres (NARDI et al., 2007; COURTENAY, 2000; IDB, 2006 LAURENTI et al., 2005; LUCK et al., 2000). Mesmo frente a esta realidade, os homens continuam sendo absorvidos pelos sistemas de saúde por serviços de níveis de atenção secundária ou terciária, e como consequência, têm uma maior gravidade na morbidade pelo agravamento de suas condições, pela demora de intervenção especializada, gerando, assim, um maior custo para o sistema de saúde.

A despeito da maior vulnerabilidade e das altas taxas de morbimortalidade, os homens não buscam, como fazem as mulheres, serviços de atenção primária (FIGUEIREDO, 2005; PINHEIRO et al., 2002). Essa diferença no comportamento de homens e mulheres nos leva a um questionamento sobre os motivos dessa baixa procura. O fato de não procurarem os serviços de atenção primária faz com que o sujeito não seja contemplado com iniciativas de proteção utilizadas como ferramentas para impulsionar a promoção à saúde, ficando eles, então, susceptíveis a procedimentos que não seriam necessários caso procurassem ajuda previamente.

Muitos agravos poderiam ser evitados caso os homens realizassem, com regularidade, as medidas de prevenção primária. A resistência masculina à atenção primária aumenta não somente a sobrecarga financeira da sociedade, mas também, e, sobretudo, o sofrimento físico e emocional do paciente e de sua família, na luta pela conservação da saúde e da qualidade de vida dessas pessoas. (BRASIL, 2008, p. 5)

No âmbito da atenção básica, percebe-se, ainda, a ausência de elementos organizacionais que envolvam os trabalhadores na atenção integral aos adolescentes, dificultando os encaminhamentos e a resolubilidade dos problemas dessa população (FERRARI; THOMSON; MELCHIOR, 2008).

Grande parte da não adesão às medidas de atenção integral por parte dos homens decorre das variáveis culturais. Os estereótipos de gênero, enraizados há séculos em nossa cultura patriarcal, potencializam práticas baseadas em crenças e valores do que é ser masculino. A doença é considerada como um sinal de fragilidade que os homens não reconhecem como inerentes a sua própria condição biológica. O homem se julga invulnerável, o que acaba por contribuir para que ele cuide menos de si mesmo e se exponha mais a situações de risco (KEIJZER, 2003; SCHRAIBER et al., 2005; SABO, 2002; BOZON, 2004). Somado a tudo isto, ainda existe o fato de que o indivíduo teme que algo sério possa ser descoberto em sua ida aos serviços de saúde e, com isso, toda sua imagem de invencível e autossuficiente pode ser colocada em voga.

Os homens percebem os espaços de saúde – em particular, o posto de saúde – como um espaço privilegiadamente feminino: os profissionais, em sua maioria, são mulheres, há um número expressivo de mulheres e crianças na sala de espera e os cartazes e materiais são

voltados para essa população. Os homens terminam por ocupar o sistema de saúde a partir das salas de emergência (NASCIMENTO et al. 2009).

Outra forma de ocupação dos espaços de saúde pelos homens é no momento em que acompanham suas mulheres, filhos ou outras pessoas em atendimentos nesses locais. Os serviços de saúde ainda operam numa lógica de materno-infantil – saúde da mulher e saúde da criança – sendo incipientes os serviços de saúde que desenvolvem ações direcionadas aos homens (jovens ou adultos), seja pela condição de corresponsáveis pelos eventos reprodutivos, seja por conta de especificidades de sua própria saúde em geral (INSTITUTO PROMUNDO, 2005).

As pesquisas qualitativas apontam várias razões para a baixa adesão dos homens aos serviços de saúde. Mas, de modo geral, podemos compilar suas causas em dois grupos principais de determinantes que se estruturam como barreiras entre o homem e os serviços e ações de saúde (GOMES, 2003; KEIJZER, 2003; SCHRAIBER et al, 2005) a saber, barreiras socioculturais e barreiras institucionais.

Vários segmentos da nossa sociedade têm sido contemplados com iniciativas governamentais para uma maior abrangência da assistência de saúde no Brasil. Mulheres, crianças e idosos são exemplos dos estratos sociais que foram abrangidos em programas específicos de atenção à saúde, porém só no ano de 2008 foi lançado pelo Ministério da Saúde do nosso país a “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem” (PNAISH).

A Política de Atenção Integral à Saúde do Homem deve considerar a heterogeneidade das possibilidades de ser homem. As masculinidades são construídas historicamente e socio-culturalmente, sendo a significação da masculinidade um processo em permanente construção e transformação. Essa consideração é fundamental para a promoção da saúde na atenção a essa população, que deve ser considerada por suas diferenças por idade, condição socioeconômica, étnico-racial, por local de moradia urbano ou rural, pela situação carcerária, pela deficiência física e/ou mental e pelas orientações sexuais e identidades de gênero não hegemônicas. É fundamental que ações em saúde resguardem as diferenças nas necessidades de saúde da população de homens no país, sem discriminação (BRASIL, 2008, p.6).

Ao pensarmos na integralidade da saúde do homem, não podemos excluir a adolescência, etapa da vida em que este público fica suscetível a inúmeros fatores de vulnerabilidade. Tal época tem como característica o fato de ser estratégica para a educação que contribuirá para a prevenção de agravos de saúde no futuro e também poderá ser incentivar reflexões que farão diferença na vivência deste homem em todas as esferas de sua vida.

Além da baixa procura dos serviços de saúde pelos adolescentes, verifica-se que a responsabilização social da mulher como cuidadora natural da saúde de toda a família é

reproduzida nos serviços de saúde, que em sua maioria não estão preparados para atender a população masculina. No entanto, para a atenção à saúde sexual e reprodutiva, na prevenção das infecções sexualmente transmitidas e da gravidez inesperada é necessária a participação ativa dos parceiros na divisão de responsabilidades sobre os comportamentos sexuais e suas consequências. Soma-se a isso à falta de preparo dos profissionais de saúde e dos serviços para o atendimento de adolescentes com práticas homossexuais. Em geral, parte-se do princípio de que todos são heterossexuais e não há espaço nas consultas para que adolescentes compartilhem seus problemas relacionados à prática homossexual. Portanto, estes raramente têm suas demandas específicas atendidas e se expõem a um maior risco por falta de medidas preventivas (TAQUETTE, 2005).

Pinheiro (2002), em pesquisa de revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde, verificou que o número total de atendimentos é grande, o que aparentemente sugere não haver barreiras ao acesso a esses serviços. Entretanto, as necessidades de saúde percebidas pelos usuários são mais numerosas do que a procura dos serviços, indicando que outras barreiras devem existir e que a oferta de serviços não é suficiente. Neste estudo, verificou-se que o uso preventivo dos serviços é mais frequente entre as mulheres.

Para se avaliar o acesso aos serviços de saúde não basta saber somente a respeito de sua oferta. O uso de serviços de saúde é uma expressão do acesso, mas não se explica apenas por ele. A utilização desses serviços, segundo Travassos e Martins (2004), é determinada por vários fatores. Entre eles, pode-se destacar a necessidade de saúde, ou seja, a morbidade, gravidade e urgência da doença; características dos usuários (idade, sexo, moradia, condição socioeconômica, escolaridade, religião, aspectos culturais e psíquicos); características dos prestadores de serviços (idade, sexo, tempo de graduação, especialidade, aspectos psíquicos, experiência profissional, tipo de prática) e características dos serviços (acesso geográfico, recursos disponíveis, disponibilidade de médicos e outros profissionais). Em outro estudo, Travassos et al. (2008) utilizam dados da Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios para avaliação do padrão das desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde, e reafirmam que o padrão do acesso no Brasil é fortemente influenciado pela condição social das pessoas e pelo local onde residem. Outros autores ressaltam que os serviços de saúde não são igualmente acessíveis para qualquer pessoa.

Diante de todas essas considerações, surgem os seguintes questionamentos: o que leva o adolescente do sexo masculino a buscar o serviço de saúde? Qual o perfil do adolescente que busca atendimento? Como é o atendimento prestado a esse adolescente? Como esse adolescente percebe o atendimento prestado?

Para melhor compreensão deste estudo, alguns temas foram aprofundados, sendo eles: Adolescência, Saúde Sexual e Reprodutiva na Adolescência, Políticas Públicas de Atenção à Saúde de Adolescentes, Políticas Públicas de Atenção à Saúde do Homem, “Ser Homem” e suas interlocuções com a saúde.

## 1 REVISÃO DA LITERATURA

### 1.1 Adolescência

Existem várias classificações e delimitações para a adolescência. Tal conceito pode ser bem diferente, dependendo do parâmetro utilizado para a classificação. A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem o fator etário como determinante; dessa forma, considera adolescente o indivíduo entre 10 e 19 anos. No âmbito nacional, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) define o adolescente no artigo 1º da Lei N.º 8.069, de 13 de julho de 1990, como sendo a pessoa entre 12 e 18 anos de idade. Para esta pesquisa, utilizaremos as definições da OMS como delimitadoras da faixa etária adolescente.

Segundo o paradigma biomédico, a adolescência é descrita de modo limitante, sendo considerada como a fase do desenvolvimento humano situada na segunda década entre a infância e a vida adulta, marcada pelas transformações biológicas da puberdade e relacionada à maturidade biopsicossocial. Tais transformações são apresentadas como cruciais na vida dos indivíduos, o que leva a identificar a adolescência como um período “crítico”; momento de definições da “identidade” – sexual, profissional e de valores – sujeito a “crises”, muitas vezes tratadas como patológicas, ou até mesmo demarcadas num quadro típico de adolescência, proposto por alguns autores como uma “síndrome da adolescência normal” (PERES; ROSENBERG, 1998).

O processo de adolecer possui componentes genéticos e biológicos, bem como, conhecimentos e valores construídos ao longo da experiência da vida, além de uma estrutura psicoemocional e potencial para o questionamento e a criação. As marcas sociais desse processo fundam-se no histórico familiar e de socialização, nas relações de igualdade/desigualdade vividas em torno das categorias de gênero, classes sociais e etnia, no partilhamento de preceitos de moralidade e hierarquizações, entre outros tantos elementos que dão contorno à subjetividade humana (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, 2001).

A utilização de fatores etários como os determinantes de início e fim da adolescência são muito falhos, visto que adolecer é um fenômeno influenciado diretamente por muitos fatores, como social, familiar, cultural, psicológico, religioso e outros mais. Por isso, cada indivíduo terá início, fim e duração dessa fase da vida delimitada pelas suas especificidades físicas e pela sua vivência e interação com o ambiente que o cerca. Segundo Minayo (1999), a

história, a tradição e a cultura contribuem para a expressão de valores que, independente das diferenças socioeconômicas, “cultivam uma identidade ou uma marca de juventude”.

Para alguns indivíduos é durante a adolescência que muitos comportamentos, pensamentos, hábitos e costumes são consolidados, radicados e, em alguns casos, conduzidos à fase adulta, quando serão mais difíceis de serem modificados. As consequências de toda essa bagagem que é levada podem ser danosas tanto para o sujeito adulto quanto para os que o cercam. Os comportamentos de risco à saúde adotados têm sido estreitamente associados às principais causas de morte nesse grupo, a saber: infecções transmissíveis, inclusive as sexuais, abortos, acidentes automobilísticos, violência por armas brancas e de fogo, bem como o desencadeamento de disfunções orgânicas, as quais predis põem o surgimento de doenças crônico-degenerativas (CDC, 2002).

Vários autores mencionam que “tornar-se homem” é um processo a ser percorrido. De acordo com Badinter (1996), o objetivo comum desses ritos é mudar o estatuto do menino para que ele renasça homem. Essa transição foi trabalhada por Van Gennep (1977) em seus estudos sobre ritos de passagem, nos quais introduziu o termo “liminaridade”, em referência ao lugar onde se está quando já se processou uma “separação” em relação a um lugar ocupado anteriormente, mas a “reintegração” a este novo lugar ainda não aconteceu.

Sesarino (2001) elucida que, para tornar-se homem, um menino passa por uma separação do mundo da infância e das relações ali estabelecidas, vive um tempo de liminaridade, quando já não pode ocupar mais o lugar da criança que foi, mas tampouco pode se reconhecer como adulto, para chegar ao tempo de reintegração ao novo lugar, no caso, o mundo dos homens. Esse período de liminaridade e de não pertencimento contribuem sobremaneira para a vulnerabilidade dos adolescentes que não vêm suas especificidades contempladas nos serviços de saúde.

## **1.2 Masculinidade e saúde**

O conceito de gênero surgiu a partir da necessidade de análise e de compreensão das transformações e desigualdades sociais que eram construídas a partir do significado das diferenças biológicas entre homens e mulheres. Esse desequilíbrio entre as relações cria, até hoje, uma hierarquia entre o universo simbólico do que é convencionado aos indivíduos dos sexos masculino e feminino. A perspectiva de gênero permite a compreensão de como as

relações sociais são hierárquicas e assimétricas, provocando uma distribuição desigual de poder, somando-se, assim, a outras categorias geradoras de desigualdades, tais como classe social, raça/etnia, idade e orientação sexual (INSTITUTO PROMUNDO, 2001).

A dessemelhança citada acima vai além das relações sexuais e atinge o campo da saúde. Gomes, Nascimento e Araújo (2007) trazem vários autores, como Courtenay (2000) e Laurenti (2005), que constatarem que, em geral, os homens sofrem de problemas de saúde mais graves e crônicos que as mulheres. Apesar dessa realidade, de acordo com Figueiredo (2005), observa-se que os indivíduos do sexo masculino buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres.

As características da identidade masculina relacionadas a seu processo de socialização são identificadas por Figueiredo (2005) como associadas à desvalorização do autocuidado e à preocupação incipiente com a saúde. Essa relação se estabeleceria na concepção masculina de invencibilidade e de invulnerabilidade, características estas incompatíveis com a demonstração de sinais de fraqueza, medo, ansiedade e insegurança, representada pela procura dos serviços de saúde (GOMENS; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

A organização das unidades de saúde também é trazida por Figueiredo (2005) como causa da dificuldade de acesso dos homens aos serviços. O tempo perdido na espera pelo atendimento, o fato de considerarem as unidades como espaço feminilizado, além da não disposição de serviços de programas ou atividades direcionadas especificamente para a população masculina.

O mesmo autor sugere que a compreensão da invisibilidade masculina nos serviços de saúde não deve ser pensada exclusivamente como uma falta de responsabilidade dos homens com a sua saúde, nem especificamente como falha na organização dos modelos assistenciais. Em contrapartida, o problema precisa ser analisado em um contexto que abarca três aspectos que interagem entre si, a saber: 1) os homens na qualidade de sujeito confrontados com as diferentes dimensões da vida; 2) a maneira como os serviços são organizados para atender os usuários considerando suas particularidades e 3) os vínculos estabelecidos entre os homens e os serviços e vice-versa (FIGUEIREDO, 2005).

### **1.3 Saúde sexual e reprodutiva e masculinidade**

Como nos apontam Lara e Abdo (2014), o conceito de saúde reprodutiva surgiu em 1994, na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), que ocorreu

no Cairo, como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social em todas as questões relacionadas com o sistema reprodutivo", e não somente a ausência de doença ou enfermidade. A saúde reprodutiva implica, assim, que as pessoas sejam capazes de ter uma vida sexual segura e satisfatória e que possuam a capacidade de se reproduzir e a liberdade para decidir se, quando e com que frequência devem fazê-lo.

Em relação à saúde sexual, a IPFP (Federação Internacional para o Planejamento Familiar) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) partilham da definição da ONU ao reforçar que a saúde sexual pressupõe uma "abordagem positiva à sexualidade humana", não se restringindo apenas à prevenção das infecções sexualmente transmissíveis (DGS, 2001).

Dentre as principais causas de morbidade em adolescentes, é possível identificar que grande parte delas está relacionada à prática sexual e à reprodução, o que nos reforça o entendimento da necessidade de uma abordagem eficaz no que tange à saúde sexual e reprodutiva desses indivíduos.

Segundo o Instituto Promundo (2001), os custos físicos e emocionais de determinadas atitudes nem sempre são evidentes e poucos são os espaços e as oportunidades que os jovens têm para expressar suas dúvidas e frustrações. Isto posto, um atendimento de saúde com foco na saúde sexual e reprodutiva poderá ser a oportunidade que o adolescente precisa para expor suas ansiedades e dúvidas.

No contexto que envolve os adolescentes do sexo masculino e suas relações com a saúde, a saúde sexual e reprodutiva ganha grande destaque. As questões de gênero, as especificidades etárias e, conseqüentemente, da fase que estes indivíduos estão vivendo, nos levam a uma reflexão em relação à abordagem desta temática com adolescentes do sexo masculino. Para tal, se faz necessário que utilizemos o gênero como perspectiva analítica.

De acordo o Instituto Promundo (2001), pesquisadores vêm mostrando como um certo modelo de masculinidade, dominante nas sociedades ocidentais, sobretudo as latino-americanas, exige distanciamento de tudo aquilo que é visto como feminino, impondo uma manifestação permanente da "hombridade" diante de outros homens. Esse comportamento por parte dos homens acaba influenciando diretamente o seu comportamento sexual e os seus relacionamentos, fazendo com que muito do que é convencionalmente seja reproduzido em sua vida em situações como maior vulnerabilidade a doenças sexualmente transmissíveis devido ao grande número de parcerias sexuais e dificuldades relacionadas à hierarquia de gênero no que envolve a negociação do uso de preservativo.

O termo *masculinidade* deve ser compreendido como construção social, que sofrerá variação constante de acordo com fatores culturais, de tempo, com a curso de vida de cada

indivíduo e com a relação deste com outros homens e com a sociedade. Sendo assim, podemos afirmar que existem vários modelos de masculinidades, porém, não pode ser desconsiderado o fato de que existe um modelo dominante que, segundo Connell (2002), assume hegemonicamente uma posição de autoridade cultural e de liderança em relação à ordem de gênero como um todo. Diferentes tipos de masculinidades podem ser produzidos num mesmo contexto social, geralmente em torno de uma masculinidade hegemônica, de um padrão idealizado de ser homem, que subordina outras formas de ser e de agir (CONNELL, 1995).

Dentre os modelos de masculinidade existentes, encontramos os homens que fazem sexo com outros homens. A prática homossexual não necessariamente é restrita a um homem que se denomina homossexual, no entanto, muitos homens mantêm relações sexuais com outros homens e mantêm condutas definidas como heterossexuais. Isso nos mostra que as relações e experiências sexuais são dinâmicas. Esse dinamismo, porém, interferirá diretamente na forma na qual o indivíduo se relacionará consigo mesmo e com os outros, podendo aumentar a vulnerabilidade a consequências indesejáveis provenientes desses comportamentos.

Durante a adolescência, lidar com orientações sexuais que não são hegemônicas pode ser algo muito difícil. A homofobia está presente na quase totalidade dos ambientes por onde esse adolescente passará, e por isso eles estão sujeitos a: isolamento social e emocional, evasão escolar, uso de álcool e drogas, transtornos alimentares, conflitos familiares, fuga de casa, prostituição, delinquência, violência, depressão e suicídio (NEINSTEIN; COHEN, 1996; COMMITTEE ON ADOLESCENCE, 1998; REMAFEDI, 1991). Devido aos preconceitos e a homofobia, muitos adolescentes homossexuais podem se relacionar sexualmente em situações secretas, anônimas, que os colocam expostos a situações de vulnerabilidade extrema, tendo assim, dificuldades em adotar medidas preventivas.

No que tange à saúde reprodutiva, os adolescentes, assim como os homens em geral, são pouco preparados para a função paterna, isso ocorrendo muitas vezes pela pouca participação ou até pela exclusão do período da gestação e do processo de criação dos filhos ao longo da história. Isso, associado a outros fatores, vem contribuindo ao longo dos anos para o isolamento, negação e outras reações defensivas nesses adolescentes (CORDELLINI, 2006). Assim sendo, a necessidade de um atendimento multidisciplinar a este adolescente é reforçada no sentido de que os indivíduos sejam capazes de superar os momentos difíceis dessa nova condição de vida e daí possam advir elementos positivos para o fortalecimento da autoestima desses jovens, para a reorganização de seus projetos de estudo e profissão, para a elaboração das perdas e reconhecimento dos ganhos e, no âmbito geral da vida psíquica, para a reestruturação de seus vínculos afetivos e exercício amoroso da paternidade (SARMENTO,

2014).

O envolvimento do pai nas ações de cuidado é um dos recursos mais importantes e, no entanto, mais mal aproveitados na promoção da saúde e do desenvolvimento das crianças e dos adolescentes. Os próprios serviços de saúde, muitas vezes denominados materno-infantis, contribuem para afastá-los, reforçando a concepção de que as referidas ações – de cuidado – são de responsabilidade exclusiva das mães. (BRANCO et al, 2015, p. 5).

Outro tema constante na vida dos homens adolescentes é o aborto, no qual as perspectivas de gênero estão muito presentes. Pesquisas como as de Nolasco (1995), Arilha, Umbehaum e Medrado (2001), Garcia (2001) e Lyra (2001), feitas nos anos 90 e influenciadas pelo movimento feminista, mostram que como a gravidez ocorre no corpo feminino, permite-se ao homem e, apenas a ele, a chance de evadir-se da responsabilidade da gravidez. Embora a participação masculina e a assunção de responsabilidades na contracepção e na reprodução sejam enfaticamente defendidas pelo movimento feminista, no sistema público de saúde a abordagem dessa participação ainda é frágil (PARCERO et al. 2017)

No entanto, alguns outros estudos revelam que quando as jovens comunicam aos parceiros a notícia da gravidez, eles acreditam em sua capacidade retórica de convencimento contra o aborto (ARILHA; UMBEHAUM; MEDRADO, 2001). Muitas vezes, os homens acabam tendo influência direta sobre o desfecho de uma gestação. Mesmo que, no final, as mulheres definam o fim da história de uma gravidez, os homens confiam em sua capacidade de redirecionar a ação das mulheres e muitas vezes se utilizam do poder adquirido pela perspectiva de gênero para impor a sua vontade como decisão final.

O atendimento em saúde sexual e reprodutiva deverá trabalhar o empoderamento dos envolvidos no âmbito ético e de direitos, considerando a sexualidade como fator importante da vida e desenvolvendo a capacidade de criar uma relação consciente e negociada com a cultura sexual e de gênero, em lugar de aceitá-la como natural; desenvolver uma relação consciente e negociada com os valores familiares e de grupo de pares e amigos; explorar (ou não) a sua sexualidade, independente da iniciativa do/a parceiro/a; ser capaz de ter o direito de dizer “não” e de tê-lo respeitado; ser capaz de negociar práticas sexuais e de prazer, desde que consensuais e aceitáveis pelo/a parceiro/a; ser capaz de negociar sexo mais seguro e protegido, conhecer e ter acesso às condições materiais para fazer escolhas reprodutivas e sexuais (PAIVA, 2000).

#### 1.4 Políticas públicas de atenção ao adolescente

Desde a década de 1990, o adolescente é foco de atenção nas políticas públicas do Brasil, com iniciativas envolvendo parcerias entre instituições da sociedade civil e as várias instâncias do Poder Executivo – federal, estadual, distrital e municipal. As iniciativas na área da saúde remontam a 1989, quando o Ministério da Saúde se voltou para o adolescente com a criação do Programa Saúde do Adolescente (PROSAD), visando o cumprimento do artigo 227 da Constituição Federal de 1988, como também dos artigos 7º e 11º do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que definem o direito à proteção, à vida e à saúde. Segundo Raposo (2009), a inserção da atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na agenda pública brasileira decorre da mudança de paradigma expressa na concepção ampliada de saúde como direito social e dever do Estado e na doutrina da proteção integral preconizada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

De acordo com Sposito e Carrano (2003), essa ação, além do desenvolver atividades relacionadas à promoção da saúde, expressa preocupação em contribuir com atividades nos âmbitos governamentais e não governamentais. Tal programa foi fundamentado em uma política de promoção de saúde, de identificação de grupos de risco, de detecção precoce dos agravos, de tratamento adequado e de reabilitação. Algumas diretrizes do PROSAD incluíam a promoção da saúde integral do adolescente, buscando reduzir a morbimortalidade e os desajustes individuais e sociais, estimular e apoiar a implantação e/ou implementação dos programas estaduais e municipais, na perspectiva de assegurar ao adolescente um atendimento adequado às suas características, além de promover e apoiar estudos e pesquisas multicêntricas relativas à adolescência (BRASIL, 1996).

Posteriormente, em 1993, o PROSAD passa a se chamar Serviço de Assistência à Saúde de Adolescentes (SASAD), sempre coordenado pela Saúde Materno Infantil. Em 1996, o SASAD inicia o processo de definição de critérios para oficializar os centros de referência que já existiam, ademais, a criação de novos centros com o objetivo de tornar mais rápidas as ações ministeriais. Os centros então passam a se chamar de CDA, Centro Docente Assistencial em Saúde do Adolescente, e trabalham em coparticipação com o SADAD na confecção e divulgação de normas técnicas, material educativo, informativo e instrucional, além de suscitar outras ações em áreas estratégicas (COSTA, 2011).

No ano de 1999, reconhecendo as necessidades e as vulnerabilidades do grupo jovem, foi criada a Área de Saúde do Adolescente e do Jovem (ASAJ), que passou a incluir pessoas

entre 10 e 24 anos de idade. De acordo com Sposito e Carrano (2003), essa nova área, então, tornou-se responsável pela articulação dos diversos projetos e programas do Ministério da Saúde que lidam com questões relativas à adolescência e à juventude, em decorrência da percepção da necessidade de uma política nacional integrada de atenção específica para essa faixa etária.

Em acompanhamento aos processos de descentralização da gestão municipal e de territorialização do SUS, a saúde do adolescente é percebida como atribuição da atenção básica. Sendo assim, o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) passaram a ser responsáveis pelo atendimento ao adolescente. Alguns pontos positivos desse redirecionamento são o aumento da faixa etária de atendimento, compreendendo assim os jovens de 20 a 24 anos e o fato de que, com o PSF e o PACS, a busca ativa tornou-se a forma principal de alcançar este público, pois, conforme Leão (2005) indicou, o PROSAD foi marcado por desencontros, como a cobertura focalizada e a demanda espontânea. Mendonça (2002) ressalta que a proximidade alcançada pela estratégia do Programa de Saúde da Família pode representar o favorecimento de um trabalho de articulação entre diferentes setores, melhorando assim, o desempenho das intervenções. No entanto, o PSF não contempla de maneira satisfatória as fases de adolescência, pois não vê este período da vida como etapa única e com especificidades etárias.

Neste contexto e simultaneamente a todas as discussões sobre a Saúde do Adolescente, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) surge e se consolida como o principal modelo de atenção à saúde a ser adotado no país, de modo que a coordenação da Rede de Atenção à Saúde em sua integralidade torna-se atribuição da Atenção Primária (APS). Sendo assim, a Saúde do Adolescente passa a ser percebida como de atribuição da APS, cabendo à ESF o desenvolvimento de ações de saúde e a organização da rede de seu território de modo a prevenir agravos, promover e realizar a assistência à saúde de adolescentes e jovens (BRASIL, 2013).

Desse modo, as diretrizes voltadas para a assistência à saúde do adolescente com todas as suas particularidades tornam-se atribuições da APS, sendo então potencializadas pelas suas diretrizes propostas pela Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012), como o acesso universal, a integralidade, a adscrição de território e de clientela e a participação de usuários.

Um estudo recente proposto por Vieira et al. (2014), que objetivou avaliar a participação de adolescentes e jovens nas ações de saúde propostas pela ESF, evidenciou que ainda há um longo caminho para a concretização de uma inclusão ampla desse grupo etário nas diversas potencialidades da APS. Ainda é possível observar um distanciamento dos jovens das unidades de saúde e a principal motivação para a busca ainda está centrada nas ações médico-

assistenciais. Nessa perspectiva, espera-se que com a expansão e a consolidação da ESF, tanto gestores, quanto profissionais e usuários realizem um movimento crescente para a ampliação na participação dos usuários adolescentes.

Segundo Brasil (2007), em 2005, foi lançado um documento denominado Marco Legal da Saúde de Adolescentes, visando favorecer a proteção dos direitos dos indivíduos dessa faixa etária e objetivando também fornecer elementos essenciais para o processo de tomada de decisões, para a elaboração de políticas públicas e para o atendimento nos serviços de saúde, de modo que os direitos dos adolescentes, principalmente, sejam amplamente divulgados e discutidos pela sociedade. Esse documento se reporta à saúde de trabalhadores jovens e à violência, como também, à saúde sexual e reprodutiva, à gravidez, ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) (AMARANTE; SOARES, 2009).

A partir do reconhecimento de adolescentes e jovens como uma parcela social significativa e devido às disputas em torno da atenção a essa faixa etária, em 2007 foi gerado um documento traçando diretrizes para uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens. Através deste documento, o Ministério da Saúde passa a incluir os jovens e adolescentes nas ações e rotinas dos serviços de saúde, e este não seria um programa de saúde exclusivo aos indivíduos dessa faixa etária, já que tem o compromisso de incorporar a atenção à saúde deste grupo populacional à estrutura e mecanismos de gestão, à rede de atenção do SUS e às ações e rotinas do Sistema Único de Saúde (SUS) em todos seus níveis (BRASIL, 2010).

Nessas diretrizes, três eixos são fundamentais para viabilizar a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens: a) acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; b) atenção integral à saúde sexual e saúde reprodutiva e c) atenção integral no uso abusivo de álcool e outras drogas por pessoas jovens (BRASIL, 2010).

Segundo Garcia e Pinho (2016), o crescimento e o desenvolvimento são eventos geneticamente predeterminados que estão intimamente relacionados às crianças e adolescentes, sendo fortemente influenciados por fatores ambientais (socioeconômicos, políticos) e específicos (nutricionais, hormonais e emocionais). Tendo em vista a multifatorialidade que pode intervir no crescimento e desenvolvimento do adolescente, para estabelecer e qualificar as linhas de cuidado integral ao crescimento e ao desenvolvimento de pessoas jovens é necessário um diagnóstico completo do estado de saúde destas pessoas, de todas as situações individuais, familiares, sociais e culturais que possam vulnerabilizá-las ou protegê-las. Incluir, ainda, nas linhas de cuidado, as ações de políticas sanitárias em desenvolvimento no SUS que, integradas,

dão resolubilidade à situação de saúde encontrada; organizam as referências, se necessário, em outros níveis de complexidade da atenção no SUS, de acordo com o que foi pactuado nas regiões de saúde (BRASIL, 2010).

Concordando com o texto das Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens (2010), sabe-se que a sexualidade e a reprodução inserem-se como dimensões fundamentais da saúde humana, como condição para a qualidade de vida, o bem-estar físico, psicológico, social, para a satisfação e o prazer. No entanto, as políticas e programas de saúde voltados para jovens nem sempre levam em consideração que a sexualidade é parte do desenvolvimento humano e os conceitos de amor, sentimentos, emoções, intimidade e desejo, com frequência, não se incluem nas intervenções de saúde sexual e de saúde reprodutiva (PORTUGAL, 2001).

As políticas e ações em saúde sexual e saúde reprodutiva, voltadas para adolescentes e jovens, devem considerar, dentre vários outros, fatores como: a separação dos papéis de gênero; o fato de que são minoritários os serviços de saúde que desenvolvem ações direcionadas a adolescentes e jovens do sexo masculino; em sua condição de corresponsáveis pelos eventos sexuais e reprodutivos, garantir os direitos reprodutivos a adolescentes e jovens de ambos os sexos e o estabelecimento de articulações intersetoriais e espaços institucionais para atuar na promoção da saúde, na prevenção e no tratamento de doenças sexualmente transmissíveis (BRASIL, 2010).

Em conformidade com a Confederação Nacional dos Municípios (CNM, 2011), inúmeras ações e programas do Ministério da Saúde (MS) já foram implantados no Brasil, através de políticas de saúde, em combate ao Uso Abusivo de Álcool e de Outras Drogas em Pessoas Jovens. Apesar disso, Silva (2014) infere que ainda há registros nacionais considerando o índice do consumo de álcool alto, com alta incidência de uso de drogas na população adolescente.

Posto isso, é importante o planejamento de políticas públicas preventivas e de atenção integral para adolescentes que: preconizem a mudança de modelos assistenciais de atenção integral que contemplem as reais necessidades de pessoas que consomem álcool e outras drogas; nas quais a participação juvenil seja incentivada em espaços de discussão e deliberação para subsidiar ações e estratégias de prevenção ao uso prejudicial de álcool e outras drogas; nas quais sejam promovidas campanhas educativas integradas com outras políticas públicas para sensibilizar e conscientizar a população sobre a temática, dentre outras soluções (BRASIL, 2010).

### 1.5 Políticas públicas de atenção à saúde do homem

Nos últimos anos a saúde do homem tem se tornado pauta de muitos estudos e discussões devido às altas taxas de morbimortalidade desse grupo, e também devido ao fato de sua diminuta procura pelos serviços de saúde, principalmente os de atenção primária. Gomes, Nascimento e Araújo (2007) nos mostram que alguns pesquisadores associam este distanciamento ao próprio processo de socialização do homem, em que o cuidado é visto como uma prática feminina, ou seja, uma questão de gênero. Os mesmos autores, nesta mesma pesquisa, buscaram encontrar os motivos que justificavam a menor procura por serviços de saúde pelos homens em comparação às mulheres. Para tal, foram entrevistados homens moradores da cidade do Rio de Janeiro com baixa ou nenhuma escolaridade e outros com ensino superior. Como resultados, também foram encontradas razões pautadas em estereótipos de gênero, dificuldades referentes ao horário de trabalho, além do medo de descobrir que algo não vai bem, a vergonha da exposição e a falta de unidades de saúde específicas para o cuidado com o homem.

Apesar dessa realidade, somente em agosto de 2008, por meio da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, foi criada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem – princípios e diretrizes – PNAISH (BRASIL, 2008).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, portanto, além de evidenciar os principais fatores de morbimortalidade na saúde do homem, explicita o reconhecimento de determinantes sociais que resultam em uma maior vulnerabilidade da população masculina aos agravos à saúde.

A PNAISH ressalta também a importância do reconhecimento das barreiras institucionais e socioculturais como premissa estratégica de medidas promotoras do acesso desses indivíduos aos serviços de atenção primária, a fim de resguardar a prevenção e a promoção como eixos necessários e fundamentais de intervenção (BRASIL, 2008). Segundo Starfield (1994), a atenção primária à saúde tem capacidade resolutive em 85% das necessidades de saúde, atuando através de serviços preventivos, curativos, reabilitadores e de promoção da saúde, integrando os cuidados quando existe mais de um problema, lidando com o contexto de vida e influenciando as respostas das pessoas a seus problemas de saúde.

O recorte etário utilizado para a elaboração das diretrizes aqui citadas contemplou homens com idades entre 25 e 59 anos. Apesar de alegar em seu texto que essa escolha não deve configurar uma restrição da população alvo e sim uma estratégia metodológica, homens

adolescentes e idosos não foram incluídos nessa iniciativa. Sendo assim, essas duas populações de homens continuam sendo atendidas de forma que não possuem as suas especificidades de sexo e gênero tratadas dentro de outros programas genéricos do governo.

### **1.6 Indicadores de saúde do homem adolescente (dados de morbidade e mortalidade, DST/AIDS, violência, etc.)**

Segundo o censo IBGE – 2010, na cidade do Rio de Janeiro a população adolescente é numerosa, com mais 2,5 milhões de habitantes de 10 a 19 anos. Vale ressaltar que se observa uma tendência de aumento na prevalência da infecção pelo HIV nos jovens. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2015), entre os homens, observa-se um aumento da taxa de detecção, principalmente entre aqueles entre 15 a 19 anos, 20 a 24 anos e 60 anos ou mais, nos últimos dez anos. Destaca-se o aumento em jovens de 15 a 24 anos, sendo que de 2005 a 2014 a taxa entre aqueles de 15 a 19 anos mais que triplicou (de 2,1 para 6,7 casos por 100 mil habitantes).

Como mostram os dados da Organização Mundial de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017), mais de 3000 adolescentes morrem diariamente no mundo, totalizando 1,2 milhões de mortes por ano, majoritariamente por causas preveníveis. A maioria dessas mortes pode ser prevenida com bons serviços de saúde, de educação e de apoio social. No entanto, em muitos casos, adolescentes que sofrem de desordens mentais, abuso de substâncias, ou não possuem boas condições nutricionais não obtêm acesso à prevenção crítica e a serviços de saúde – seja pela ausência desses serviços, seja por não saberem de sua existência.

De acordo com a entidade, as principais causas de mortes entre adolescentes brasileiros de 10 a 15 anos são, nesta ordem: violência interpessoal, acidentes de trânsito, afogamento, leucemia e infecções respiratórias. Já jovens na faixa de 15 a 19 anos morrem em decorrência de violência interpessoal, acidentes de trânsito, suicídio, afogamento e infecções respiratórias. Dividindo por sexo, a estimativa aponta que, no mundo todo, meninos de 10 a 19 anos morrem principalmente por acidentes de trânsito, violência interpessoal, afogamento, infecção do sistema respiratório e suicídio (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

Conforme com o Boletim Epidemiológico 2016 (BRASIL, 2016), em relação aos novos casos notificados de HIV em indivíduos com 13 anos de idade ou mais, apesar de apresentar

um declínio em relação ao ano anterior, em 2016, quando comparados aos heterossexuais, existe uma diferença de mais de 1000 casos em homossexuais. Esses números reforçam a fragilidade deste público, que ainda se encontra desprivilegiado de ações que contemplem suas especificidades.

Apesar de ser mais frequente entre as adolescentes do sexo feminino, a violência doméstica é algo marcante também para adolescentes do sexo masculino. De acordo com a publicação *Saúde Brasil 2014: Uma análise da situação de saúde e das causas externas* (BRASIL, 2014), para os adolescentes do sexo masculino, predominam os atendimentos decorrentes de negligência/abandono (51,1%), seguidos pela violência física (49,4%), violência psicológica/moral (23,4%) e violência sexual (4,5%).

Tendo em vista a invisibilidade dos adolescentes masculinos nos serviço de saúde, o alto índice de gravidez na adolescência, o aumento de casos de AIDS notificados em homens no geral de 15 a 19 anos e homens que fazem sexo com homens na faixa etária de 13 a 19 anos e a quase total ausência de políticas públicas que levem em conta a masculinidade, fica evidenciada a vulnerabilidade deste público aos agravos decorrentes da prática sexual e da masculinidade e a necessidade de estudos e trabalhos que abarquem esse segmento da sociedade, com suas características e especificidades.

## 2 JUSTIFICATIVA

Muitos são os estudos que comprovam que a forma de socialização dos homens influencia diretamente a sua condição de saúde. Algumas iniciativas, assim como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), já foram implantadas com objetivo de reconfigurar o lugar ocupado pelo homem nos serviços de saúde, levando em consideração algumas das especificidades de gênero. No entanto, adolescentes e idosos não foram contemplados nesta proposta e continuam carentes de políticas públicas que abranjam suas características etárias e de gênero.

Segundo Moreira et al. (2014), os homens acessam os serviços de saúde por meio da atenção terciária, quando já existe um quadro clínico de morbidade instalado, muitas vezes crônico, demandando altos custos sociais e econômicos. Muitas são as razões que justificam essa (não) procura dos indivíduos do sexo masculino pela atenção primária, e tal fato se torna ainda mais grave quando somadas a todos esses fatores as características da adolescência que contribuem para que a presença de homens adolescentes em serviços de atenção primária seja ainda menor.

Ao se pensar em saúde do homem, é preciso levar em consideração as construções socioculturais da masculinidade hegemônica e os sentidos atribuídos a diversos aspectos da vida do homem, devido à reprodução de pensamentos como o de

[...] força, poder sobre os mais fracos (sejam as mulheres ou outros homens), coragem, atividade (aqui entendida como o contrário de passividade, inclusive sexual), a potência, a resistência, a invulnerabilidade, entre outras qualidades consideradas positivas. (GOMES, 2008).

Esses aspectos geram comportamentos que fazem com que os homens, em sua maioria, não busquem atendimento à saúde preventivo com a justificativa de que o seu comparecimento a um posto de saúde, por exemplo, poderá colocar a sua invulnerabilidade à prova, além de demonstrar que não é autossuficiente para resolver os seus problemas por conta própria.

Além disso, os homens em geral, e mais fortemente os adolescentes, devido às características de sua faixa etária, não se identificam com as instituições de saúde. As políticas públicas e as ações executadas nos serviços não incluem os homens como prioridade. Em concordância com Costa e Silva (2010), o Sistema Único de Saúde ampliou o acesso da atenção básica por meio da Estratégia de Saúde da Família, que se tornou fundamental para a garantia do acesso a partir da atenção básica, assumindo a função de porta de entrada do SUS. No

entanto, a forma como o sistema de saúde no Brasil vem se organizando revela que a maior parte do atendimento de atenção básica privilegia grupos populacionais considerados mais vulneráveis, por meio de ações programáticas voltadas para a saúde da mulher, da criança e do idoso, pouco favorecendo a atenção à saúde do homem (SILVA et al. 2012).

Diante disso, este estudo tem como objeto a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes do sexo masculino e, mais especificamente, a atenção que é dada a este público nas unidades públicas de saúde do SUS do município do Rio de Janeiro.

Segundo Uchoa e Vidal (1994), muitos estudos revelam que os comportamentos de uma população diante de seus problemas de saúde, incluindo a utilização dos serviços médicos disponíveis, são construídos a partir da percepção de saúde dessa população, que é construída a partir de seu contexto sociocultural. A eficácia e eficiência de qualquer iniciativa em saúde são dependentes do conhecimento prévio das maneiras características de pensar e agir associadas à saúde do segmento populacional em questão e da habilidade do programa em integrar esse conhecimento (THE INTERNATIONAL NETWORK FOR CULTURAL EPIDEMIOLOGY AND COMMUNITY MENTAL HEALTH MONTREAL, 1993).

Isto posto, a compreensão da percepção dos serviços de saúde por adolescentes do sexo masculino se faz importante para nortear a elaboração de novas políticas para essa população, para o treinamento profissional e para a possibilidade de adequação do atendimento de modo a ir ao encontro das expectativas deste público e atender às demandas que eles apresentam. Além disso, a análise da qualificação desses serviços pelos adolescentes permitirá identificar se os objetivos traçados estão sendo alcançados.

Como afirmam Schraiber e Mendes-Gonçalves (2000), o reconhecimento das necessidades – percebidas principalmente na procura de cuidados pelos usuários – é um aspecto importante para a organização das ações de saúde.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo principal**

Analisar a motivação para a procura do serviço e a percepção do homem adolescente sobre o atendimento oferecido nas Unidades de Saúde do SUS no município do Rio de Janeiro.

#### **3.2 Objetivos secundários:**

- a) traçar o perfil dos homens adolescentes que utilizam os serviços de atenção básica a saúde do SUS no município do Rio de Janeiro;
- b) identificar os motivos que levam o adolescente a procurar assistência à saúde;
- c) identificar os limites e as potencialidades do atendimento em saúde através da ótica dos adolescentes masculinos.

## 4 MATERIAL E MÉTODOS

Para melhor atender os objetivos dessa pesquisa, optou-se pelo método qualitativo pois, segundo Minayo, "é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produto das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos..." (MINAYO, 2014).

A utilização deste método se justifica por considerar que as questões que perpassam o objeto de estudo são dinâmicas, não exatas e possuem como característica a subjetividade trazida à tona por cada indivíduo pesquisado. Sendo assim, a análise dos dados de maneira quantitativa não é a de escolha por entender que a pesquisa qualitativa é a mais adequada já que:

[...] visa compreender a lógica interna de grupos, instituições e atores quanto a: (a) valores culturais e representações sobre a sua história e temas específicos; (b) relações entre indivíduos, instituições e movimentos sociais; (c) processos históricos e de implementação de políticas públicas e sociais. (MINAYO, 2014, p. 23).

Este estudo faz parte de um projeto maior denominado *Assistência à Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes em Unidades de Saúde do S.U.S. no Município do Rio de Janeiro*, que teve como objetivo mapear as unidades do SUS que oferecem atendimento ambulatorial em saúde sexual e reprodutiva do município do Rio de Janeiro para adolescentes de 10 a 19 anos, verificar os diversos tipos de serviços disponíveis nestas unidades e avaliar a percepção dos/das usuários/as sobre a sua qualidade.

Para a execução do trabalho citado, realizou-se contato com a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDC-RJ) para obter as informações sobre a localização dos serviços e seus devidos coordenadores. Em um segundo momento, foi buscada a autorização para a visita às unidades de saúde e aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da SMSDC-RJ. Todas as unidades de saúde do SUS do município do Rio de Janeiro que oferecem atendimento à saúde sexual e reprodutiva para adolescentes foram visitadas (exceto uma, cujo coordenador não autorizou) por uma equipe de entrevistadores treinados exclusivamente para essa coleta de dados, que se deu através de entrevistas semi-estruturadas realizadas com os coordenadores das unidades e com os seus usuários.

Dentre as 229 unidades de saúde do SUS do município do Rio de Janeiro, 148 delas oferecem atendimento à Saúde Sexual e Reprodutiva a adolescentes. Portanto, 147 unidades foram visitadas pela equipe de pesquisa. Em cada unidade visitada, o entrevistador permaneceu

no mínimo 5 dias consecutivos, período no qual realizou entrevista com o coordenador e com pacientes adolescentes que lá buscaram atendimento. Tal estratégia permitiu ao observador verificar in loco as condições físicas das edificações, o fluxograma dos atendimentos, a dispensação de insumos e medicamentos, as atividades educativas de sala de espera, etc. Tais informações, juntamente com as entrevistas, foram analisadas em um etapa quantitativa e outra qualitativa.

A etapa quantitativa trata-se de um estudo epidemiológico espacial descritivo-analítico das unidades de saúde do SUS que prestam atendimento de nível ambulatorial para adolescentes de 10 a 19 anos e com foco na saúde sexual e reprodutiva desta população. Os dados foram coletados através de entrevistas com os coordenadores de saúde das unidades utilizando como instrumento de pesquisa um questionário estruturado. A partir da análise dos dados coletados nas entrevistas com os coordenadores, foi elaborado um mapa digital com a localização geográfica das unidades de atenção a adolescentes. Posteriormente, foram determinadas as regiões de cobertura dos tipos de atendimentos aos adolescentes e tais dados foram cruzados, tornando possíveis inferências do perfil socioeconômico dentro de cada região de cobertura (TAQUETTE et al., 2017).

Os adolescentes atendidos por essas unidades também foram entrevistados e contribuíram juntamente com a observação participante realizada pela equipe de pesquisa para a etapa qualitativa do projeto. Os dados foram analisados através do referencial teórico da hermenêutica-dialética e contando com profissionais de diversas áreas (enfermagem, medicina, serviço social, psicologia e ciências sociais) para se obter uma combinação e o cruzamento de múltiplos pontos de vista (MINAYO, 2006).

Como a presente pesquisa se refere ao atendimento do público de adolescentes do sexo masculino, foram utilizadas as entrevistas em profundidade realizadas com adolescentes do sexo masculino usuários dos serviços visitados. Utilizou-se um roteiro contendo 3 partes: (1) dados pessoais (idade, raça/cor, situação conjugal, escolaridade, trabalho, renda familiar e condições de moradia); (2) dados sexuais e reprodutivos (semenarca, sexarca, paternidade, DSTs, tratamentos anteriores, uso de preservativo, parcerias sexuais) e (3) dados sobre o acesso, atendimento e qualidade dos serviços em saúde sexual e reprodutiva recebidos (APÊNDICE A).

Os dados foram coletados no local com garantia de privacidade e confidencialidade. O critério de inclusão foi ser adolescente do sexo masculino, ter sido atendido na unidade e concordar em participar da pesquisa. Houve dificuldade em realizar as entrevistas com o público alvo, pois a maioria dos adolescentes encontrados nas unidades eram do sexo feminino.

Todos os entrevistadores foram previamente capacitados para a entrevista. Utilizou-se como parâmetro para determinação do tamanho da amostra o critério da saturação de conteúdo que, de acordo com Fontanella et al. (2008), é definido como a suspensão da inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados.

Todo o material coletado foi gravado e transcrito integralmente. A análise dos dados se deu por meio das seguintes etapas: (1) leitura e releitura das transcrições para impregnação de seus conteúdos e uma noção do todo; (2) organização dos relatos por temas; (3) categorização; (4) identificação dos pontos mais relevantes, ideias e contradições, em diálogo com a literatura, tentando compreender a lógica interna deste grupo e (5) contextualização e interpretação para a apreensão de sentidos mais amplos.

A opção pela hermenêutica-dialética se deve ao entendimento de que esta favorece uma melhor aproximação sobre a realidade a ser estudada, já que prevê a correlação entre falas, fatos, interpretações e posturas dos sujeitos com o contexto histórico e social em que vivem. De acordo com Minayo (2000, p. 62), este é o método que melhor explica a Determinação Social do Processo Saúde-Doença, e já que esta também é resultante do acesso aos serviços de saúde, leva a uma melhor aproximação do objeto de estudo apresentado. É importante ressaltar que nenhuma linha de pensamento sobre o social deve se apoiar na neutralidade ou possuir a apreensão completa e total da realidade. A escolha de cada método se dá por aproximação com o objeto de estudo. Ainda de acordo com a autora, o método:

Esforça-se para entender o processo histórico em seu dinamismo, provisoriedade e transformação. Busca apreender a prática social empírica dos indivíduos em sociedade (nos grupos e classes sociais), e realizar a crítica das ideologias, isto é, do imbricamento do sujeito e do objeto, ambos históricos e comprometidos com os interesses e as lutas sociais de seu tempo. (MINAYO, 2000, p. 65)

O Pensamento Dialético se opõe ao Positivismo Sociológico, na medida em que prevê as implicações político-sociais, o juízo de valor, a não neutralidade e a subjetividade. A corrente dialética advoga uma Ciência Social vinculada à posição de classe, aos valores morais e às posições políticas sob o risco de se distanciar e se perder da visão social da realidade.

O encontro entre entrevistador-entrevistado propiciado pela etapa de *Pesquisa de Campo* associado à etapa prévia do estudo de análise do perfil das famílias cadastradas na Unidade de Saúde favoreceu a apreensão do caráter histórico e social da realidade vivenciada pelos sujeitos. A abordagem Dialética permitiu a compreensão de que “cada grupo social tem seu repertório de formas de discurso na comunicação que é inteiramente determinada pelas relações de produção e pela estrutura sócio-política”. (MINAYO, 2000, p. 110).

Para a análise dos dados, serão utilizadas como referências as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde (BRASIL, 2010). O conteúdo deste documento, que tem como objetivo geral sensibilizar e mobilizar gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde para integrar ações, programas e políticas do SUS e nas outras políticas de Governo, estratégias interfederativas e intersetoriais que convirjam para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens, foi utilizado nesta pesquisa como base de análise sobre a percepção dos adolescentes do sexo masculino sobre os serviços de saúde. Desta forma, as categorias de análise que emergiram como fruto da associação dos documentos supracitados e das entrevistas realizadas foram: acesso, motivação da procura, educação em sexualidade e qualidade do atendimento.

O projeto de pesquisa foi conduzido dentro dos padrões exigidos pela Declaração de Helsinki e pela resolução 196 da CONEP e foi aprovado pelos Comitês de Ética em pesquisa da UERJ e da SMSDC-RJ (ANEXOS A e B). Os adolescentes convidados para as entrevistas foram informados a respeito das normas éticas, assim como os responsáveis e, estando de acordo, ambos (adolescente e responsável) assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICES B e C). É importante ressaltar que este projeto contou com financiamento da FAPERJ (Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro).

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 Perfil da amostra

Foram entrevistados adolescentes de todas as 10 áreas programáticas do município do Rio de Janeiro, num total de 48 rapazes com idades entre 12 e 19 anos. Os dados descritivos da amostra do estado estão expostos na Tabela 1.

A maioria dos entrevistados tinham entre 12 e 14 anos (40%) e quanto à raça/cor auto-referida, 81% se classificaram como não brancos. Em relação ao perfil escolar dos entrevistados, 39 (81%) adolescentes estão cursando os ensinos fundamental e médio, porém, dentre eles, dois (4%) participam de projetos de aceleração da aprendizagem. Dentre os sujeitos desta pesquisa, sete (17%) relataram não estar matriculados em nenhuma escola; neste grupo, dois deles informaram já ter concluído o Ensino Médio e 5 alegaram ter deixado os estudos por motivos como: dificuldade de conciliar os horários com o trabalho e expulsão da escola.

De acordo com o que é preconizado pelo Ministério da Educação (MEC) na Lei de Diretrizes e Bases da Educação (1996), o ensino fundamental, com duração de nove anos, deve ser iniciado aos seis anos de idade, enquanto o ensino médio, que é a etapa final da educação básica, tem duração de três anos e deve ser iniciado logo após o ensino fundamental. Com base nisso, 19 (40%) dos entrevistados apresentam atraso escolar de pelo menos um ano.

A respeito da orientação sexual dos entrevistados, todos, exceto um, se auto-declararam heterossexuais e referiram nunca terem tido nenhum tipo de relação homossexual. O adolescente que se identificou como homossexual preferiu utilizar um apelido feminino como identificação pois se identificava como do gênero feminino.

No que tange ao perfil sexual, 21 (44%) dos adolescentes entrevistados relataram já terem iniciado suas atividades sexuais e, em relação à situação conjugal, 5 (11%) deles informaram estar casados. O termo “casado” utilizado pelos adolescentes não necessariamente indica um casamento civil, mas significa que estão vivendo juntos com seus cônjuges (união estável). Quanto à paternidade, 1 (um) dos entrevistados revelou já ser pai e outro adolescente informou que sua companheira estava grávida no momento da entrevista.

Tabela 1 - Perfil da amostra de estudo com relação aos aspectos sociodemográficos, reprodutivos e familiares

| Variável                 |                                      | Adolescentes Entrevistados |            |
|--------------------------|--------------------------------------|----------------------------|------------|
|                          |                                      | n                          | %          |
| <b>Faixa Etária</b>      | De 12 a 14 anos                      | 19                         | 40         |
|                          | De 15 a 16 anos                      | 16                         | 33         |
|                          | De 17 a 19 anos                      | 13                         | 27         |
|                          | <b>Total</b>                         | <b>48</b>                  | <b>100</b> |
| <b>Raça/Cor</b>          | Branca                               | 6                          | 13         |
|                          | Não Branca                           | 40                         | 81         |
|                          | Não Informado                        | 2                          | 6          |
|                          | <b>Total</b>                         | <b>48</b>                  | <b>100</b> |
| <b>Escolaridade</b>      | Cursando o Ensino Fundamental        | 24                         | 50         |
|                          | Cursando o Ensino Médio              | 15                         | 31         |
|                          | Projeto de Aceleração de Aprendizado | 2                          | 4          |
|                          | Não estudam                          | 7                          | 15         |
|                          | <b>Total</b>                         | <b>48</b>                  | <b>100</b> |
| <b>Trabalho</b>          | Sim                                  | 12                         | 25         |
|                          | Não                                  | 36                         | 75         |
|                          | <b>Total</b>                         | <b>48</b>                  | <b>100</b> |
| <b>Sexarca</b>           | Não tiveram                          | 27                         | 56         |
|                          | Antes dos 14 anos                    | 9                          | 19         |
|                          | Dos 14 aos 17 anos                   | 9                          | 19         |
|                          | 18 ou mais                           | 0                          | 0          |
|                          | Não lembram a idade                  | 3                          | 6          |
| <b>Total</b>             | <b>48</b>                            | <b>100</b>                 |            |
| <b>Situação Conjugal</b> | União Estável                        | 5                          | 11         |
|                          | Solteiros                            | 43                         | 89         |
|                          | <b>Total</b>                         | <b>48</b>                  | <b>100</b> |
| <b>Filhos</b>            | Sim                                  | 2                          | 4          |
|                          | Não                                  | 46                         | 96         |
|                          | <b>Total</b>                         | <b>48</b>                  | <b>100</b> |

Fonte: O Autor, 2017.

## 5.2 Análise qualitativa

Na análise dos dados textuais, tendo como base as diretrizes de atendimento de adolescentes, emergiram 4 categorias: motivação da procura, acesso, educação em sexualidade e qualidade do atendimento. A seguir, cada uma delas será apresentada.

### 5.3 Motivação da procura

Em relação ao motivo que levou os adolescentes masculinos entrevistados a procurarem os serviços de saúde, obtivemos respostas bastante variadas, o que nos confirma a multifatorialidade que envolve este aspecto relatado em vários estudos como os de Moura et al. (2014) e de Knauth, Couto e Figueiredo (2012). Para facilitar o entendimento deste tópico, categorizamos as demandas dos adolescentes entrevistados em 4 categorias: consulta clínica, demandas de saúde sexual e reprodutiva, especialidades e solicitação de exames e busca por insumos.

A grande maioria dos entrevistados (36%) procurou atendimento por alguma questão aguda ou necessitava de atendimento imediato ou prioritário, portanto, buscavam consulta clínica. Esse resultado confirma a ponderação de Pinho e Garcia (2016), que afirma que a busca por atendimento é tardia e só é realizada após o agravamento da situação/doença, quando os sinais e sintomas já estão instalados e tornam-se expressivos. As falas citadas abaixo vêm em concordância com a literatura quando são associadas a fatores culturais influenciados à perspectiva de gênero no sentido de se considerarem invulneráveis e não buscarem os serviços de saúde preventivamente. Essa concepção é relatada até mesmo por profissionais da saúde entrevistados em pesquisa realizada por Knauth, Couto e Figueiredo (2012), com objetivo de analisar as concepções que enfermeiros, médicos, psicólogos e assistentes sociais possuem sobre as demandas de homens atendidos nos serviços onde o trabalho foi feito. Segundo os autores, tal comportamento dificulta, inclusive, o trabalho da equipe, uma vez que a população masculina busca o serviço em situações de doenças agudas e/ou de urgência. Os homens, muitas vezes, negam a existência de dor ou sofrimento, de vulnerabilidades, para reforçar a ideia de força do masculino, demarcando a diferenciação do feminino (MACHIN et al, 2011).

*“Eu vim porque o meu dedo estava inflamado”. (Adolescente 3, 17 anos)*

*“Eu tava com a pressão alta”. (Adolescente 7, 14 anos)*

*“Eu tava sentindo um desconforto no estômago. Tava doendo muito. E ontem eu tava com muita febre, daí eu vim aqui.” (Adolescente 24, 14 anos)*

De acordo com Schraiber et al. (2005), em geral, o cuidar de si e a valorização do corpo no sentido da saúde, também no que se refere ao cuidar dos outros, não são questões colocadas na socialização dos homens. No imaginário social, são das mulheres as características de cuidado, tanto para consigo quanto para com os outros. Vale ressaltar que, dentre os entrevistados, 15 (31%) adolescentes referiram estar acompanhados durante seus atendimentos,

no entanto, apenas 1 (2%) deles sendo acompanhado por seu pai ou por outra figura masculina, o que reforça que durante séculos a reprodução humana e o cuidado com os filhos foram reconhecidos como atividades relacionadas ao feminino, acabando por naturalizar essa relação (MACHIN et al, 2011).

*“(...) minha mãe que me trouxe.” (Adolescente 29, 13 anos)*

*Entrevistador: Foi você que veio procurar o serviço?*

*Adolescente: Não. Foi minha mãe mesmo. (Adolescente 13, 15 anos)*

Em algumas entrevistas também foi identificada a influência da mãe na tentativa de continuar o acompanhamento realizado com o adolescente durante a sua infância pelo setor de pediatria. Nesses casos, os adolescentes realizavam acompanhamento regular, porém, atingiram a idade limite de 12 anos e foram encaminhados para a continuidade do acompanhamento no serviço de adolescentes da instituição, quando este é oferecido, ou na clínica médica, que é o setor responsável pelo cuidado de adultos.

O período da adolescência pode ser muito crítico no que se refere ao atendimento de saúde, pois poucas são as instituições que contam com um setor específico para esta faixa etária. Muitos adolescentes, após alcançarem determinada idade, não conseguem manter o acompanhamento devido à ausência de projetos, programas e estratégias que contemplem essa faixa etária. Para o adolescente masculino, essa situação ainda é mais grave, pois muitos serviços de saúde reproduzem em sua rotina de atendimento a concepção de que o auto-cuidado é uma característica feminina e que os homens não buscam os serviços.

A busca por exames e insumos, assim como vacinas e preservativos, também foram apontados por alguns dos entrevistados (13%) como motivadores na procura por serviços de saúde. Vale ressaltar que o fato de irem ao serviço para serem vacinados ou receberem preservativos não representa nenhum tipo de vínculo do adolescente com a instituição. Na maioria das vezes, quando o adolescente vai a alguma instituição de saúde buscando algum desses serviços, o processo é bem mecânico e com pouca interação entre o sujeito e os profissionais. Dados coletados na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD/2008) (IBGE, 2008) nos mostram que a busca por vacinação é referida em maior parte pelo sexo feminino (24%) em relação ao sexo masculino (19%), o que nos demonstra uma disparidade, ainda que discreta, na busca de promoção de saúde.

No âmbito da saúde reprodutiva, um dos adolescentes entrevistados referiu que estava acompanhando a companheira no pré-natal. O mesmo adolescente revelou que antes da

gravidez do casal, nunca havia buscado nenhum serviço de saúde. Outros dois adolescentes revelaram que estavam buscando inserção no programa de planejamento familiar. Nesses casos, a procura de auxílio foi motivada pelas companheiras.

A situação desses três adolescentes vem ao encontro de uma pesquisa realizada por Moura et al. (2014), na qual gestores da Estratégia de Saúde da Família (ESF) foram entrevistados com objetivo de descrever a demanda dos homens adstritos às unidades avaliadas e as práticas desenvolvidas pelas equipes correspondentes. Neste trabalho, foi observado que as oportunidades de atrair os homens são pouco exploradas e que pouquíssimos pais participam das atividades de pré-natal, parto, puerpério e acompanhamento da criança e em oito das unidades pesquisadas, a participação paterna foi reconhecida como quase nenhuma e nenhuma.

*“(...) Vim porque a minha namorada veio (...) Por que é bom que tu recebe camisinha, recebe aconselhamento. Então acabei interessando e vim com ela (...)”.*  
(Adolescente 18, 18 anos)

Segundo Schreiber et al. (2010), quando na condição de não doentes, os adolescentes relacionam o uso da atenção primária a atestados de saúde. Algumas escolas e instituições de saúde, como “escolinhas de futebol” e academia, requerem documentação médica atestando que o jovem está apto a realizar as atividades propostas. Isso ocorre principalmente nos meses iniciais do ano. Os pedidos de encaminhamentos para odontologia e oftalmologia também são bem frequentes e fazem com que muitos adolescentes busquem os serviços de saúde, o que parece associar-se à disponibilidade exclusiva de tratamento nessas especialidades na rede primária (SCHREIBER et al., 2010).

Além dos motivos citados acima, 2 adolescentes (4%) relataram que foram ao serviço em busca de testagem para doenças sexualmente transmissíveis após terem se exposto a alguma situação considerada de risco para eles. Nas falas desses adolescentes, podemos perceber que ambos só procuram realizar os testes depois de algum episódio de medo e exposição. Nenhum adolescente referiu-se à vontade de testagem como atividade de rotina.

*“Uma vez eu saí com uns amigos aí... tinha um baile; eu conheci uma garota e sem preservativo, rolou, que “eu tava” na empolgação (...). Eu fiquei meio preocupado, que eu nunca tinha visto na vida, a gente não pegou nenhum contato um do outro assim; não senti sintoma nenhum, mas por precaução mesmo, eu procurei o posto, pedi pra fazer um exame de sangue aí... Sabe, porque doença aí a gente pega “à vera”, e nesse dia eu dei esse vacilo aí. Empolgação de sair na noite aí com a rapaziada e vim no posto pra fazer exame de sangue, mas graças a Deus não deu nada não, eu fiz 2 vezes. Até a menina que foi levar lá em casa lá, aí não deu nada não”.*  
(Adolescente 34, 17 anos)

Um estudo transversal retrospectivo realizado de 2002 a 2010 por Campos et al. (2014) analisou os formulários dos adolescentes que realizaram testes Anti-HIV nesse período, com cerca de 1.130 testagens, sendo 130 delas positivas; no entanto 30 formulários foram excluídos por estarem incompletos. Nesse estudo, os autores evidenciaram que a maior parte dos que realizaram a testagem foram adolescentes do sexo feminino, em torno de 65%, o que reitera a hipótese de que adolescentes do sexo masculino, em sua maior parte, não buscam os serviços de saúde com objetivo de promoção de saúde.

Os achados desse estudo se somam a outros, como o de Alves et al. (2017), ao apontar deficiências nos serviços que influenciam diretamente a procura do adolescente pelas unidades de saúde. Assim como identificado pelo autor, a falta de preparo dos profissionais para lidar diretamente com os jovens e para atender suas demandas de saúde, a ausência de atividades de educação em saúde, a deficiência na comunicação e na formação de vínculo, a dificuldade para ser atendido no serviço (filas) e a falta de recursos econômicos e infraestrutura se constituem barreiras que tornam os serviços de saúde menos atrativos. Loureiro (2014) explica que o escasso número de jovens que recorrem aos serviços de saúde para obter informação ou para falar sobre seus problemas e dúvidas pode ser explicado, em parte, pela preferência por fontes informais de informação e ajuda em desfavor dos profissionais. As farmácias são identificadas como um recurso de saúde de fácil acesso e que responde bem aos pequenos problemas do cotidiano (GRAÇA, 2016).

#### 5.4 Acesso

Como cidadãos, os adolescentes têm direito à saúde, e é dever do Estado garantir este acesso dentro dos preceitos do SUS. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), no artigo 7º, determina prioridade no atendimento a esse grupo, bem como na formulação e na execução de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência. De acordo com as Diretrizes Nacionais de Atenção à Saúde de Adolescentes e Jovens, melhorar o acesso aos serviços de saúde para alcançar os melhores resultados possíveis é necessário para a adoção de um olhar diferenciado para com a população adolescente e jovem (BRASIL, 2010).

A conceituação de acesso à saúde tem sido objeto de muito interesse e um tema bastante discutido por vários autores ao longo do tempo. Atualmente, segundo McIntyre e Mooney

(2007), as principais características do acesso à saúde são resumidas em quatro dimensões: disponibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento e informação. Para este estudo, focaremos nas dimensões da disponibilidade e aceitabilidade. Sanchez e Ciconelli (2012) afirmam que a dimensão do acesso definida como disponibilidade constitui-se na representação da existência ou não do serviço de saúde no local apropriado e no momento em que é necessário. E os mesmos autores caracterizam a aceitabilidade como a natureza dos serviços prestados e o modo como eles são percebidos pelos indivíduos e comunidades.

Apesar de algumas barreiras administrativas, a disponibilidade para marcação das consultas foi avaliada como positiva por muito usuários, porém, ainda assim se configura de forma não padronizada entre as unidades, podendo envolver a necessidade de senhas para agendamento, chegar cedo ao serviço, filas ou até mesmo a facilitação por terceiros.

Segundo os entrevistados, dependendo da gravidade do caso ou da disponibilidade de profissionais no serviço, o atendimento pode ser realizado no momento em que a demanda chega as instituições ou em um período de tempo que pode variar desde alguns dias até 1 mês, que foi o maior tempo de espera relatado.

*“Foi bem fácil, eu só, eu cheguei aqui falei com, com a responsável e ela marcou. Até eu até pensei que ia demorar mais, porque tinha mais gente ali no meio. Mas foi até rápido.”*  
(Adolescente 8, 19 anos)

*“Ah eu vim, peguei a senha, esperei uma hora mais ou menos pra ser atendido, foi isso.”*  
(Adolescente 34, 17 anos)

*“Eu não sei se porque minha tia é aqui do posto e acho que é mais fácil. Mas pra mim foi super tranquilo. Cheguei e falei, pô vim aqui fazer uma consulta, tava me sentindo mal da barriga (...)”* (Adolescente 46, 19 anos)

A necessidade da presença de um responsável para o agendamento de consultas foi relatada em 6 (12,5%) das entrevistas, assim como pontuado por Taquette et al. (2017), que observou em seu trabalho a necessidade de pais para a assistência de adolescentes no município do Rio de Janeiro em mais de 10% das unidades. Esse fato vai contra o art. 3º do Estatuto da Criança e do Adolescente, Brasil (1990), que descreve que "a criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata essa lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar os desenvolvimentos físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade". Portanto, constitui lesão ao direito maior de uma

vida saudável, qualquer exigência que possa afastar ou impedir o exercício pleno do adolescente de seu direito fundamental à saúde e à liberdade, como a obrigatoriedade da presença de um responsável para acompanhamento no serviço de saúde (Taquette, 2010).

*Entrevistador: Quando você veio pra consulta o seu responsável precisou vir marcar?*

*Adolescente: Precizou. (Adolescente 28, 12 anos)*

Deve-se salientar também que a obrigatoriedade de um responsável para a marcação de um atendimento, em alguns casos, pode ser determinante para que os homens adolescentes não procurem os serviços. Demandas de saúde sexual e reprodutiva, situações de violência, drogas, álcool, entre outras, podem ser questões sobre que os adolescentes optam por manter no âmbito privado e, por vários motivos, preferem não dialogar com os seus responsáveis. Apesar disso, obtivemos relatos de alguns serviços que ainda exigem a presença de responsável tanto para a marcação quando para a realização de consultas.

Estes fatores impeditivos vão contra o que é preconizado pelas Diretrizes Nacionais de Atenção à Saúde de Adolescentes e Jovens (BRASIL, 2010), que valoriza a melhora do acesso aos serviços de saúde para alcançar os melhores resultados possíveis. Tal fato é reiterado no mesmo documento ao reforçar que produzir saúde com adolescentes e jovens é considerar seus projetos de vida, é valorizar sua participação e o desenvolvimento de sua autonomia. Privar o adolescente da inserção no serviço de saúde contraria não só as diretrizes nacionais, mas também o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que afirma que a condição de “pessoa em situação peculiar de desenvolvimento” (Art. 6º) não retira de crianças e adolescentes o direito à inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral, abrangendo a identidade, autonomia, valores e ideias, o direito de opinião e expressão, de buscar refúgio, auxílio e orientação.

O papel dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) é um ponto que merece destaque nas unidades que contam com a Estratégia de Saúde da Família (ESF). A função de intermediadores entre os serviços e os adolescentes masculinos se mostrou de grande importância em várias entrevistas, tanto no que tange à facilidade para marcação de consultas quanto na identificação de demanda pelos ACS. Outros estudos, como o de Saito, Ruzane e Serra (2015), nos mostram evidências de outras estratégias de captação de adolescentes para os serviços. Da mesma forma, Menezes (2017), em uma pesquisa proveniente do mesmo estudo maior a partir do qual este trabalho se origina, também identificou a importância de agentes comunitários, médicos e enfermeiros no acesso de adolescentes do sexo feminino aos serviços

de saúde do município do Rio de Janeiro. Essas descobertas reiteram que, apesar de as políticas de saúde não estarem disseminadas de forma homogênea nas unidades, os agentes comunitários de saúde são um ponto positivo em comum da maioria dos serviços.

*Entrevistador: E como que é pra marcar consulta aqui?*

*Adolescente: Aqui? Pra marcar consulta... Na verdade eu nunca marquei, né.*

*Entrevistador: Geralmente é o agente que vai à sua casa?*

*Adolescente: Geralmente é o agente.*

*Entrevistadora: E já teve a situação de você vir marcar a consulta ou não?*

*Adolescente: Não. (Adolescente 47, 18 anos)*

A proximidade e a identificação que pode haver entre o adolescente e o Agente Comunitário de Saúde (ACS), que vem a ser um morador da própria comunidade, pode também ser prejudicial no estabelecimento de vínculos entre o adolescente e a Estratégia de Saúde da Família. Alguns dos entrevistados relataram receio de que as informações compartilhadas nos serviços pudessem ser levadas para a comunidade por meio dos ACS ou por qualquer outro profissional da unidade. Esse medo pode se constituir em uma barreira entre as instituições e os usuários. E assim como visto com as adolescentes, essa heterogeneidade nas relações estimula o adolescente a buscar consulta em locais mais distantes ou mesmo, havendo condição financeira, pagar por atendimento na rede privada (MENEZES, 2017).

## 5.5 Educação em sexualidade

Ao analisar documentos como políticas públicas, programas e projetos brasileiros que tratam sobre sexualidade e saúde reprodutiva, encontramos termos diversos para nomear as atividades de educação e orientação nessa área. Neste estudo, será utilizado o termo *educação em sexualidade*, pois contempla, além de discussões sobre saúde sexual, o debate e a reflexão acerca de direitos sexuais e das responsabilidades neles implicadas, bem como dos processos sociais mais abrangentes de estigmatização e discriminação, baseados em orientação sexual e identidade de gênero. (PROMUNDO, [2015]).

Apesar de vários documentos e políticas nacionais de saúde como o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o Programa Saúde do Adolescente: bases programáticas (1996), o Saúde Integral de Adolescentes e Jovens: orientações para a organização de serviços de saúde (2005) e as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde (2010) incluírem a saúde sexual e reprodutiva do

adolescente como um direito e como uma das ações básicas para este público, muitas vezes esse assunto nem mesmo é trazido à tona quando o adolescente comparece ao serviço de saúde.

Concordando com Barbosa (2014), levando-se em conta o fato da atenção primária ser considerada a porta de entrada dos serviços de saúde, as ações desenvolvidas vão além da assistência curativa e, englobam também ações preventivas e de educação em saúde. Segundo Zan (2001), todas as oportunidades da relação com o adolescente devem ser aproveitadas para a abordagem dos diferentes aspectos da sexualidade, como parte integrante do processo de desenvolvimento. No entanto, a maior parte dos nossos entrevistados afirmou que em momento algum durante seus atendimentos essa temática foi abordada, tampouco foi feita alguma ação no que tange à educação em sexualidade.

*Entrevistador: (...) na consulta com o médico, você conversa com ele bem?*

*Adolescente: Não.*

*Entrevistador: Não conversa? Por que não?*

*Adolescente: Quando eu vou lá é só pra vê o que eu tenho, só.*

*Entrevistador: Ele te dá alguma orientação sobre sexualidade?*

*Adolescente: Não. (Adolescente 7, 14 anos)*

*Entrevistador: Algum médico aqui da unidade chegou a te orientar sobre sexo, proteção? Como evitar as doenças, a gravidez?*

*Adolescente: Não.*

*Entrevistador: Alguém aqui no posto já te orientou sobre sexo?*

*Adolescente: Não. (Adolescente 20, 16 anos)*

Alguns temas foram eleitos como estruturantes para a atenção integral à saúde de jovens e adolescentes e de jovens nas Diretrizes Nacionais de Atenção à Saúde de Adolescentes e Jovens (BRASIL, 2010), como a equidade de gêneros e os direitos sexuais e reprodutivos. As iniciativas de educação em sexualidade são primordiais para a abordagem desses assuntos com os jovens tendo em vista as peculiaridades do gênero masculino, o que é enfatizado no mesmo documento, a submissão do jovem a uma “automutilação” por terem que reprimir partes de sua própria personalidade consideradas femininas, além de expor o adolescente do sexo masculino ao valor cultural da “honra masculina” que, além de tudo, aumenta os riscos de sofrerem ou praticarem violência. Apesar disso, ainda são minoritários os projetos de investigação e intervenção que incluem também os homens (BRASIL, 2010).

Pesquisas como as de Zocca et al. (2016) e Santos, Campos e Santos (2012) reiteram que nessa faixa etária, a principal fonte de informação no que tange à sexualidade são os amigos; em seguida, temos a mídia (internet, revistas, televisão e etc.). Esse quadro reforça a necessidade de se utilizar cada visita do adolescente ao serviço de saúde como oportunidade para que se abordem questões sobre tal tema. Muitos adolescentes vão às unidades de saúde

interessados em obter informações que, por muitas, vezes não são oferecidas.

*Entrevistador: Então, já que você não recebeu, você gostaria de ter recebido?*

*Adolescente: Aham.*

*Entrevistador: Sobre o que? Qual a sua dúvida?*

*Adolescente: Como usar a camisinha. (Adolescente 4, 14 anos)*

Em oposição ao interesse por conhecimento de adolescentes, como o entrevistado citado acima, alguns afirmaram que não gostariam de discutir sexualidade ou de participar de qualquer atividade de educação em sexualidade, pois já tinham conhecimento suficiente nessa área. Outros entrevistados responderam negativamente ao mesmo questionamento e não justificaram a resposta. Para estes, podemos atribuir alguns fatores desse comportamento que se assemelham ao percebidos por Altmann (2003) em sua pesquisa em uma escola sobre educação em sexualidade, referida pela autora como “orientação sexual”. Nessa pesquisa, segundo relatos de estudantes e professores, garotos são mais contidos em falar sobre sua sexualidade, além de, ocasionalmente sentirem vergonha por achar que o entrevistador tem mais conhecimento sobre o assunto e não querem admitir que sabem menos ou desconhecem a questão. Outra justificativa é que muitos têm vergonha de admitirem que são virgens e/ou por falta de interesse ou por acharem que já sabem de tudo.

*Entrevistador: Tem alguma orientação sobre sexualidade, DST e método contraceptivo que você gostaria de ter recebido e não recebeu?*

*Adolescente: Não. Não tenho nenhuma dúvida. (Adolescente 24, 14 anos)*

*Entrevistador: algum profissional da unidade conversa com você sobre relação sexual, sexo, sexualidade? Você sente falta disso?*

*Adolescente: Eu não muito. Eu acho que eu já tive bastante disso, não preciso mais. (Adolescente 6, 17 anos)*

Como uma das características fundamentais do processo de trabalho na atenção integral à saúde de jovens, as Diretrizes Nacionais de Atenção à Saúde de Adolescentes e Jovens destacam que a educação em saúde, voltada para este segmento etário, deve favorecer a autonomia, a liberdade e a dignidade humanas, estimulando a reflexão e o posicionamento frente a relações sociais que dificultam ou facilitam assumir comportamentos saudáveis, ao mesmo tempo em que estimula o desenvolvimento da curiosidade crítica como sinal de atenção que é integrante da vida (BRASIL, 2010).

Em meio aos 48 adolescentes entrevistados, apenas 13 (27%) declararam ter recebido algum tipo de orientação em sexualidade em seus atendimentos. As opiniões desses jovens foram as mais diversas, demonstrando uma heterogeneidade quanto ao conteúdo e a abordagem

utilizada para o desenvolvimento desta prática. Alguns adolescentes mostraram-se bem satisfeitos e relataram que o que lhes foi falado acrescentou muito aos seus conhecimentos sobre sexualidade, porém, outros alegaram que as informações que lhes foram passadas eram repetidas e que eles já tinham conhecimento de tudo que lhes foi dito. Notou-se também, na fala dos adolescentes, que as orientações são dadas de forma hierarquizada e autoritária, não dando ao adolescente a oportunidade de se sensibilizar e refletir quanto ao auto-cuidado.

*Entrevistador: Fala pra mim o que você achou do grupo, da atividade educativa com os adolescentes?*

*Adolescente: Eu achei bom porque eu aprendi muitas coisas e gostaria de aprender mais. (Adolescente 3, 14 anos)*

*Entrevistador: Como é que foi, como é que você avalia essa orientação?*

*Adolescente: Ah, ela me orientou bem, falou que, quando... que eu não podia, em nenhuma vez quando eu fizesse ato sexual deixar de usar camisinha.*

*Entrevistador: Você acha que depois dessa orientação sexual, acrescentou alguma coisa ao que você já sabia?*

*Adolescente: Não, não, não acrescentou nada não, eu já sabia. (Adolescente 2, 15 anos)*

Segundo as Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde de Adolescentes e Jovens (BRASIL, 2010), as atividades em grupos de Educação em Saúde têm primazia, nessa faixa etária, embora o atendimento individual seja importante e necessário. Nesse sentido, uma das ações do Ministério da Saúde, por meio da área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem, é a Caderneta de Saúde do Adolescente (CSA), que tem como um de seus objetivos subsidiar profissionais e até mesmo pais e responsáveis na abordagem de temas como sexualidade e desenvolvimento. No entanto, somente um adolescente dentre os entrevistados relatou ter recebido este material durante seu atendimento. Vale ressaltar que a utilização da CSA contribui também na integração das ações dos diversos profissionais e permite que o adolescente seja avaliado de forma contínua e uniforme em muitos aspectos (CASTRO; FERREIRA, 2014).

## 5.6 Qualidade do atendimento

Em acordo com a OMS (2012), os adolescentes são um grupo heterogêneo, e tal fato justifica o entendimento de que estes possuem preferências e expectativas diferentes entre si. No entanto, apesar das diferenças, adolescentes do mundo inteiro possuem duas características comuns em relação aos serviços de saúde: querem ser tratados com respeito e precisam estar

certos de que sua confidencialidade está protegida. É preciso que as necessidades do sujeito sejam percebidas em suas diversidades e, para que isso ocorra, é fundamental a comunhão possibilitada pelo vínculo (SILVEIRA; MELO; BARRETO, 2017).

Citado por Serrão (2014), a Organização Mundial de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012) publicou um guia que, do ponto de vista da qualidade de cuidado, define serviços de saúde que são chamados de “amigos do adolescente” (*Adolescent Friendly Health Services*), sendo estes mais próximos e adequados ao desenvolvimento e às necessidades de saúde dos jovens. Considerou, para tal, que as instituições deveriam ter como características essenciais a acessibilidade (capacidade de o adolescente obter atendimento), aceitabilidade (o adolescente estar disposto, motivado), equidade (para todos os adolescentes, e não só alguns grupos), adequabilidade (proporcionar os serviços certos) e eficácia (contribuir positivamente para a sua saúde).

Assim como o respeito à autonomia dos adolescentes, as Diretrizes Nacionais de Atenção à Saúde de Adolescentes e Jovens reforçam que os princípios da confidencialidade e da privacidade são indispensáveis para estabelecer uma relação de respeito e de confiança entre profissionais e usuários (BRASIL, 2010). Autores como Klosrerman et al. (2005) defendem que construir uma relação de confiança entre o profissional e o adolescente é um alicerce imprescindível à segurança e à garantia da confidencialidade. No entanto, ao serem questionados quanto à garantia de sigilo em seus atendimentos, a grande maioria dos entrevistados revelaram que tal direito não foi mencionado em momento algum pelos profissionais de saúde. O respeito e o estímulo à autonomia dos entrevistados também foi algo identificado como ausente nas falas de alguns adolescentes.

*Entrevistador: Aqui durante a consulta ele falou para você sobre a garantia de sigilo? Que é a garantia de que tudo que for dito no consultório não vai sair do consultório, não vai ser dito para ninguém?*

*Adolescente: Não.*

*Entrevistador: Você sabia que existe essa garantia de sigilo?*

*Adolescente: Também não. (Adolescente 10, 14 anos)*

direito de os adolescentes serem atendidos nas unidades de saúde desacompanhados de pais ou responsáveis não tem sido algo claro para muitos profissionais. Com objetivo de dirimir dúvidas sobre o assunto, a Coordenação Geral da Saúde de Adolescentes e Jovens (CGSAJ), em nota técnica (BRASIL, 2017b), cita a recomendação feita pelo Comitê de Direitos da criança (Recomendação Geral nº 4, de 6 de junho de 2003), feita exclusivamente sobre o direito à saúde dos adolescentes, na qual é destacado que, independentemente da anuência ou presença de pais

ou responsáveis, o direito ao acesso aos serviços e à preservação da autonomia, do sigilo e da privacidade do adolescente, inclusive nas questões de saúde sexual e reprodutiva deve ser garantido. Os adolescentes têm de ter privacidade durante a consulta e devem sentir confiança, seja no que se passa na consulta, seja nos registros feitos pelos profissionais, bem como nas atitudes inerentes a não divulgação da informação, mas sendo importante comunicar-lhes as condições e restrições à confidencialidade (GRAÇA, 2016).

Por muitas vezes, a questão trazida pelo adolescente não é de conhecimento dos seus pais ou responsáveis. Em outras situações, dúvidas e pensamentos dos jovens podem ser algo que eles mesmos não desejam compartilhar com outras pessoas do seu convívio, sendo assim, necessitam de um ambiente onde se sintam confortáveis e tenham garantia de privacidade e confidencialidade, de que o que for tratado no momento do atendimento não será revelado a outras pessoas. Por sua vez, os profissionais devem ter em mente que a revelação de determinados fatos para os responsáveis legais pode acarretar consequências danosas para a saúde do adolescente e perda da confiança na relação com a equipe; os Códigos de Ética de profissionais de saúde determinam o respeito à opinião do adolescente e à manutenção do sigilo profissional, desde que o assistido tenha capacidade de avaliar o problema e conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo (BRASIL, 2017a).

*Entrevistador: Quando você tem a consulta do médico, ele fala do sigilo da conversa?*

*Adolescente: Não.*

*Entrevistador: E quem entra na sala junto?*

*Adolescente: Minha mãe.*

*Entrevistador: Você se sente à vontade pra conversar com ele com a sua mãe do lado?*

*Adolescente: Não.*

*Entrevistador: E por que você não fala isso com ele?*

*Adolescente: Fico com vergonha na hora.*

*Entrevistador: Você acha que ficaria mais à vontade?*

*Adolescente: Aham. (Adolescente 4, 14 anos)*

A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (2006) alerta que o sentimento de desconfiança e temor é muito frequente entre os usuários jovens e, portanto, devem ser ainda mais acentuados os cuidados com o estabelecimento de vínculos de confiança, aceitação, empatia e sigilo. A garantia de que o adolescente poderá se expressar, livre de qualquer tipo de julgamento ou sem se preocupar com a divulgação do que for tratado no seu atendimento, é extremamente importante para o estabelecimento de uma relação com o profissional de saúde. A interação entre o profissional e o adolescente deve ser alicerçada, principalmente, na criação

de vínculos, estabelecendo relações de confiança pautadas na relação de troca e respeito, consolidada com o diálogo (HENRIQUES; ROCHA; MADEIRA, 2010).

Em pesquisa realizada por Queiroz et al. (2011) com profissionais atuantes na assistência à saúde do adolescente e focando na integralidade do atendimento a este público, a estrutura física inadequada e a carência de recursos materiais foram apontadas como fatores de desarticulação do atendimento ao adolescente e, conseqüentemente, de perda de oportunidades para formação de vínculo. Em concordância com o autor, os jovens dessa pesquisa também citaram a falta de remédios, de equipamentos e até de elementos da estrutura física do serviço como determinantes da baixa qualidade percebida em suas visitas aos serviços de saúde.

*“Vacina! Estrutura! tinha que ampliar, tinha que ser maior, tinha que ser dois negócios. Quando as pessoas vêm fica a maior fila, fora as vacinas que, quando as pessoas vêm procurar, não tem. Tinha que ter mais vacina. Não tinha que ser só uma mulher pra atender, tinha que ter várias pra atender, entendeu? Tem que ser mais ampliado, mais estruturado.” (Adolescente 9, 18 anos)*

Os longos períodos de espera são a causa mais relevante da insatisfação no atendimento relatada pelos adolescentes. Essa mesma informação foi identificada na pesquisa realizada por Graça (2016), a qual pretendia conhecer o grau de satisfação dos adolescentes com os serviços de saúde de Lisboa, em Portugal. De acordo com a autora, as filas e os enormes tempos de espera são reforçados pela associação ao vazio do tempo sem ocupação. Os adolescentes dessa pesquisa associaram o número insuficiente de profissionais e o descumprimento dos horários das agendas de atendimento como razões causadoras dessa insatisfação.

*“Ah os médicos... às vezes falta muitos médicos, quase não vem ninguém. Tem que melhorar isso”. (Adolescente 5, 14 anos)*

*“A doutora me atendeu bem. Só que demora um pouco pra atender. (...) É que às vezes marca pra uma hora, não chega e aí chega atrasado. É igual a moça que tava reclamando, que ela tinha chegado 8 horas da manhã e a doutora só chegou às 9 horas”. (Adolescente 2, 15 anos)*

A postura de alguns profissionais também foi algo relatado por adolescentes e classificado como ponto que deveria ser melhorado nas instituições. Para Freake, Barley e Kent (2007), é necessário que os serviços sejam atrativos e que exista um “ambiente relacional” onde os adolescentes se sintam capazes de expressar pensamentos, sentimentos ou comportamentos, mesmo aqueles que os colocam em risco, em concordância com Graça (2016), que afirma que as características e atitudes dos profissionais e a qualidade da relação que estabelecem com os

jovens são primordiais. As Diretrizes Nacionais de Atenção à Saúde de Adolescentes e Jovens reforçam a necessidade de um olhar diferenciado aos adolescentes através da sensibilidade para com as demandas e necessidades desse segmento populacional, em acordo com as diversidades individuais, sociais, étnicas e territoriais. Desse modo, pode-se estabelecer um vínculo de confiança e respeito, fundamental para a continuidade do acompanhamento e êxito do tratamento (BRASIL, 2010).

Também de acordo com tais diretrizes, deve-se fazer o melhor acolhimento possível em espaços humanizados, de responsabilização e de formação de vínculos como um recurso terapêutico (BRASIL, 2010). Em contrapartida, nas falas dos entrevistados o “mau humor” de alguns funcionários é algo recorrente e que causa insatisfação nos usuários. Tal fato é preocupante, sabendo-se que a experiência direta com os profissionais, quando positiva, parece aumentar a probabilidade de que os jovens voltem a procurar os serviços de saúde (FREAKE; BARLEY; KENT, 2007).

*“Eu acho que, às vezes, as pessoas são meio mal-humoradas, mas como eu pouco falo com essas pessoas assim, então, pra mim é indiferente”.*  
(Adolescente 34, 17 anos)

*Entrevistador: O que você acha da recepção, como é que os profissionais atendem aqui? Recepcionista?*

*Adolescente: Essa parte aí é muito ruim.*

*Entrevistador: Muito ruim? O que é muito ruim? Por que é?*

*Adolescente: Ah, os caras que ficam lá na frente lá, é atendendo as pessoas.*

*Entrevistador: O que você acha de ruim neles?*

*Adolescente: Mau humor* (Adolescente 37, 14 anos)

Alguns aspectos estruturais e de espaço físico também foram citados pelos entrevistados como geradores de insatisfação no atendimento. A preocupação com o risco de contaminação e com a disseminação de doenças também agregaram um conjunto de referências sobre o funcionamento deficiente dos serviços. Somados a estas, questões relacionadas ao maior conforto e bem-estar do adolescente também foram identificados por Graça (2016) em sua pesquisa na capital portuguesa, o que reforça que as questões relacionadas com o ambiente/espaço e com o funcionamento/organização dos serviços encontram-se globalmente associadas aos motivos de (in)satisfação do público estudado.

*“Pô, uma coisa que vi lá no Hospital do Andaraí que eu acharia muito legal se fizesse aqui, é tipo esses negocinho aqui de sabão, mas é de álcool gel. Assim, pra se higienizar”.* (Adolescente 35, 15 anos)

*“(...) tem uma ala de pneumologia junto assim. Não tem uma separação. Isso eu acho que tá errado. A separação seria mais por prevenção. Alguém poderia se contaminar por estar na mesma ala. O risco de contaminação é bem menor se tivesse separado”. (Adolescente 14, 16 anos)*

Quando se referiram à qualidade do atendimento prestado pelo profissional médico e enfermeiro, os adolescentes destacaram características como paciência, simpatia, educação, receptividade, não preocupação com a duração da consulta e até mesmo a empatia para qualificar positivamente suas experiências. Quanto às avaliações negativas, houve opiniões que citaram a falta de resolutividade, treinamento deficiente, consultas muito rápidas, falta de abertura para compartilhar suas dúvidas e ausência de recomendações no final do atendimento.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conjunto de resultados do estudo permite fazer algumas conclusões, tendo em vista as Diretrizes Nacionais de Atenção à Saúde de Jovens e Adolescentes (BRASIL, 2010). O acesso à saúde ainda é algo que necessita ser revisto a fim de alcançar resultados mais positivos. Essa pesquisa deixa claro que o adolescente do sexo masculino continua acessando as unidades de saúde, em sua maioria, devido a problemas agudos os quais, por muitas vezes, poderiam ser evitados se estivessem sendo acompanhados em seu crescimento e desenvolvimento. Em suma, os adolescentes não reconhecem a ESF como um campo de atividades diferentes das consultas voltadas a pessoas doentes, solicitação de exames e entrega de medicamentos (VIEIRA et al., 2011).

As entrevistas mencionam uma certa facilidade na marcação de consultas, o que foi interpretado como relacionada ao fato de que muitos usuários do sexo masculino procuram os serviços para pronto atendimento. Apesar do acesso não ter sido classificado como difícil, não se observa uma uniformidade nas rotinas de marcação de consultas. Tal fato dificulta o estabelecimento de uma relação de referência entre o jovem e as instituições, pois não garante uma certeza de se o atendimento será disponibilizado e, caso positivo, não há previsão de quando ocorrerá. Faz-se necessário, então, uma sistematização uniforme em relação ao acesso do adolescente aos serviços, permitindo que tenha uma maior facilidade de vinculação e referência às unidades.

Apesar de pouquíssimos relatos, alguns adolescentes acessaram os serviços através de suas inserções em grupos de atividades educativas realizados nos serviços de saúde. Este baixo número de jovens reitera outro quadro identificado nesta pesquisa, no qual verifica-se que as ações de educação em sexualidade não estão fazendo parte dos atendimentos realizados pelos profissionais. Frequentemente, os adolescentes entrevistados relataram que não tinham conhecimento das atividades de ação de orientação em saúde sexual e reprodutiva. Tendo em vista a pouca frequência do homem adolescente, é fundamental compreender que o contato do jovem com a unidade precisa ser aproveitado como oportunidade única para a promoção de saúde.

O comportamento dos adolescentes do sexo masculino ao receberem orientações em sexualidade foram os mais variados. Alguns jovens se mostraram ávidos por informações, outros, porém, disseram que as orientações não acrescentaram nada ao que já sabiam. Houve, também, adolescentes que se recusaram a falar sobre este assunto e entrevistados que, em suas

falas, reportaram discursos autoritários, e até mesmo preconceituosos, por parte dos profissionais. Este cenário reforça a importância do entendimento de que o adolescente é um ser único e que, por isso, são necessárias estratégias, planejamento e capacitação dos profissionais para o desenvolvimento de ações educativas preventivas que diminuam a vulnerabilidade dos jovens. Demanda-se, segundo as Diretrizes Nacionais de Atenção à Saúde de Adolescentes e Jovens, remeter à necessidade ações educativas em saúde voltadas para a população jovem abordando, com informações científicas e esclarecidas, os fatores protetivos e as questões estereotipadas, na visão machista da construção da masculinidade que reverberam na saúde dos homens (BRASIL, 2010).

A percepção dos adolescentes do sexo masculino sobre a qualidade do atendimento recebido foi referida, pela maioria dos entrevistados, como satisfatória. Entretanto, muitos pontos também foram levantados e classificados como negativos: o tempo de espera pelo atendimento, o número insuficiente de profissionais, a falta de medicamentos, além de questões de espaço físico e estrutura dos serviços.

Apesar da boa classificação sobre a qualidade do atendimento, muitos adolescentes afirmaram não terem sido informados quanto à garantia de sigilo e de confidencialidade relativos nas unidades. Sabe-se que este é um fator de extrema importância e que poderá ser determinante na formação de um vínculo entre o adolescente e o profissional que o assiste. O adolescente precisa sentir confiança no profissional e segurança para poder, livremente, expor suas dúvidas, pensamentos, medos e inquietações para desenvolverem autonomia e para participarem ativamente do processo de promoção e/ou recuperação de sua saúde. Da mesma forma, é direito do adolescente que ele seja atendido sem a necessidade de um responsável presente, porém, ainda assim, algumas instituições exigem a presença de um adulto para a marcação de consultas e para o atendimento.

A qualidade do atendimento prestado ao adolescente deve ser levada em consideração por todos os profissionais envolvidos nas unidades de saúde. Tal importância é reiterada pelas Diretrizes Nacionais de Atenção à Saúde de Adolescentes e Jovens, uma vez que têm como um de seus objetivos específicos sensibilizar gestores e profissionais do SUS para o compromisso com a melhoria sistemática na qualidade do atendimento nos serviços de saúde a adolescentes e jovens de ambos os sexos (BRASIL, 2010).

Os dados citados neste trabalho, revelam a necessidade de uma mudança na forma que o adolescente do sexo masculino está sendo visto pelos serviços de saúde. As especificidades da adolescência precisam ser levadas em conta, assim como as características do gênero masculino e as diversas formas de masculinidade deste público. Faz-se importante um conjunto

de mudanças para que alcancemos um nível superior de qualidade em nossos serviços de saúde. Tais mudanças não são somente estruturais, são muito mais profundas, pois precisam modificar a inserção do adolescente na sociedade assim como valorizar suas peculiaridades de gênero. Este estudo foi limitado à visão do usuário. Para uma melhora efetiva da atenção à saúde de adolescentes do sexo masculino nas unidades de saúde é imperativo conhecer também as percepções dos profissionais que lá atendem.

## REFERÊNCIAS

ALTMANN, H. Orientação sexual em uma escola: recortes de corpos e de gênero. **Cadernos pagu**, v. 21, p. 281–315, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cpa/n21/n21a12.pdf>. Acesso em: 24 out. 2017.

ALVES, M. J. H. et al. Fatores envolvidos na adesão de estudantes adolescentes à estratégia saúde da família. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 15, n. 2, p. 37-46, jun./dez. 2017. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1036>. Acesso em: 24 out. 2017.

ARILHA, M.; UNBEHAUM, S.G.; MEDRADO, B. (Org.). **Homens e masculinidade: outras palavras**. 2. ed. São Paulo: Editora 34, 2001.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. **Adolescer**: compreender, atuar, acolher. Brasília: ABEn, 2001.

AZEVEDO, Ana Lucia Martins de; COSTA, André Monteiro. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 14, n. 35, p. 797-810, dez. 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n35/en\\_3010.pdf](http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n35/en_3010.pdf). Acesso em: 31 out. 2017.

BARBOSA, C. J. L. Saúde do homem na atenção primária: mudanças necessárias no modelo de atenção. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 6, n. 3, p. 99–114, 2014. Disponível em: <https://www.uninter.com/revistasaude/index.php/sauDeDesenvolvimento/article/view/277>. Acesso em: 24 out. 2017.

BORGES, A. L. V.; FUJIMORI, E.; CIANCIARULLO, T. I. **Enfermagem e a saúde do adolescente na atenção básica**. Barueri-SP: Manole, 2009.

BOUZAS, I. Nossa História. **Adolesc Saúde**. v.1, n.1, p. 7. 2004. Disponível em: [http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe\\_artigo.asp?id=220](http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=220). Acesso em: 01 nov. 2017.

BOZON, M.; MENEZES, M. DE L. **Sociologia da sexualidade**. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

BRANCO, V. M. V. et. al. **Unidade de saúde parceira do pai**. 5. ed. Rio de Janeiro: Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro. 2015. Disponível em: <https://elosdasaude.wordpress.com/2011/01/18/unidade-de-saude-parceira-do-pai/>. Acesso em: 30 out. 2017.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**: Lei 8.069, de 13 de Julho de 1990. Brasília, DF: Ministério da Justiça, 1990.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde do homem (princípios e diretrizes)**. Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **A saúde de adolescentes e jovens: uma metodologia de auto-aprendizagem para equipes de atenção básica de saúde: módulo básico.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde.** Brasília, DF, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. 34 p. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/proteger\\_cuidar\\_adolescentes\\_atencao\\_basica.Pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/proteger_cuidar_adolescentes_atencao_basica.Pdf). Acesso em: 24 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Nota Técnica nº 04: o direito de Adolescentes serem atendidos nas UBS desacompanhados dos pais ou responsáveis e as ocasiões em que é necessária a presença de pais ou responsável.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Orientações básicas de atenção integral à saúde de adolescentes nas escolas e unidades básicas de saúde.** Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas.** Brasília, DF, 2014. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_brasil\\_2014\\_analise\\_situacao.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2014_analise_situacao.pdf). Acesso em: 05 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim epidemiológico - Aids e DST.** Brasília, DF, ano IV, n. 1., 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim epidemiológico - Aids e DST.** Brasília, DF, ano V, n. 1., 2016.

CAMPOS, C. G. A. P. et al. A vulnerabilidade ao HIV em adolescentes: estudo retrospectivo em um centro de testagem e aconselhamento. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 2, 2014. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/929>. Acesso em: 24 out. 2017.

CASTRO, R.M.S; FERREIRA, A.L.S. A Enfermagem na Atenção Primária à Saúde do Adolescente e do Jovem. In: BASTOS, F.G. et. al. **Eixos para a saúde de adolescentes e jovens**. Rio de Janeiro: Flizo, 2014. p. 79-96.

COMISSÃO DE SAÚDE DO ADOLESCENTE. **Adolescência e saúde**. São Paulo: - Secretaria do Estado da Saúde, 1994.

COMMITTEE ON ADOLESCENCE. Homosexuality and adolescence. **Pediatrics**, v.72, n 2, p. 249-250, 1998.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS (BRASIL). **Observatório do Crack: A visão dos municípios brasileiros sobre a questão do Crack**. Brasília, DF. 2011. Disponível em:  
[http://portal.cnm.org.br/sites/5700/5770/07112011\\_EstudoTecnicoColetivadoCrack\\_versao\\_Final.pdf](http://portal.cnm.org.br/sites/5700/5770/07112011_EstudoTecnicoColetivadoCrack_versao_Final.pdf). Acesso em: 24 out. 2017.

CONNELL, R. W. On hegemonic masculinity and violence: Response to Jefferson and Hall. **Theoretical Criminology**, v. 6, n. 1, p. 89–99, Feb. 2002. Disponível em:  
<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/136248060200600104?journalCode=tcr>. Acesso em: 24 out. 2017.

CONNELL, R. Políticas de masculinidade. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 156-206, jul./dez. 1995. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/1224>. Acesso em: 24 out. 2017.

CORDELLINI, J. V. F., Protocolo de atenção à saúde do adolescente. 2. ed. rev. e atual. Curitiba: Secretaria Municipal da Saúde, 2006. Disponível em:  
[http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/programas/arquivos/centro\\_educacao/saude\\_do\\_adolescente/adolescente\\_001.pdf](http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/programas/arquivos/centro_educacao/saude_do_adolescente/adolescente_001.pdf). Acesso em: 26 out. 2017

COSTA, R. F. **Processo de Cuidar do Adolescente em Unidades Básicas de Saúde**. 2011. 97f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde) - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2011

COURTENAY, W. H. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. **Social Science & Medicine (1982)**, v. 50, n. 10, p. 1385–1401, maio 2000. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10741575>. Acesso em: 24 out. 2017..

DREZETT, J. **Atención a sobrevivientes de violencia sexual: el rol de los servicios de salud**. [S.l.], 2006. Disponível em: <http://rgdoi.net/10.13140/2.1.3700.1925>. Acesso em: 24 out. 2017.

FERRARI, Rosângela Aparecida Pimenta; THOMSON, Zuleika; MELCHIOR, Regina. Adolescência: ações e percepção dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 12, n. 25, p. 387-400, jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v12n25/a13v1225.pdf>. Acesso em: 24 out. 2017.

FERREIRA, M. DE A. et al. Saberes de adolescentes: estilo de vida e cuidado à saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 16, n. 2, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a02v16n2>. Acesso em: 24 out. 2017.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 105-109, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a11v10n1.pdf>. Acesso em: 24 out. 2017.

FONTANELLA, B. J. B. et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 2, p. 389-394, fev. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n2/20.pdf>. Acesso em: 24 out. 2017.

FRANÇOSO, L. A.; GEJER, D.; REATO, L. F. N. **Sexualidade e saúde reprodutiva na adolescência**. São Paulo: Editora Atheneu, 2001.

FREAKE, H.; BARLEY, V.; KENT, G. Adolescents' views of helping professionals: a review of the literature. **Journal of Adolescence**, v. 30, n. 4, p. 639-653, Aug. 2007. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16867305>. Acesso em: 24 out. 2017.

GARCIA, S. M. Conhecer os homens a partir do gênero e para além do gênero. In: ARILHA, M.; UNBEHAUM, S. G.; MEDRADO, B. **Homens e masculinidade**: outras palavras. São Paulo: Ed. Ecos, 2001. p. 31-50.

GOMES, R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 825-829, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n3/17463.pdf>. Acesso em: 24 out. 2017.

GOMES, R. **Sexualidade masculina, gênero e saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. saúde pública**, v. 23, n. 3, p. 565-574, mar. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/15.pdf>. Acesso em: 24 out. 2017.

GOMES, Romeu; NASCIMENTO, Elaine Ferreira do. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 901-911, maio 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n5/03.pdf>. Acesso em: 24 out. 2017.

GÓMEZ GÓMEZ, E.; RÍOS, R. DE LOS (ed.). **Gênero, mujer y salud en las Américas**. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, 1993.

GRAÇA, M.G.V. **Perspectivas dos adolescentes sobre os profissionais e os serviços de saúde**: preferências, barreiras e satisfação. Tese (Doutorado em Psicologia) - Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal, 2016.

HARTIGAN, P. Women and health for Beijing agenda. **Meeting of the Canadian Society for International Health**. Canadá, 1998.

HENRIQUES, B. D.; ROCHA, R. L.; MADEIRA, A. M. F. Saúde do adolescente: o significado do atendimento para os profissionais da atenção primária do município de Viçosa. **Rev Med Minas Gerais**, vol. 20, n. 3, p. 300-309. Minas Gerais. 2010. Disponível em: [www.rmmg.org/exportar-pdf/357/v20n3a05.pdf](http://www.rmmg.org/exportar-pdf/357/v20n3a05.pdf). Acesso em: 24 Out. 2017.

INECOM. **The International network for cultural epidemiology and community mental health**. Montreal: WHO, 1993 (Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health). (Mimeografado)

INSTITUTO PROMUNDO. **Projeto de jovem para jovem**: engajando homens jovens na prevenção de violência e na saúde sexual e reprodutiva. Rio de Janeiro: Instituto Promundo, 2003.

INSTITUTO PROMUNDO. **Série Trabalhando com homens jovens**. São Paulo: Instituto Promundo, 2001.

INSTITUTO PROMUNDO. **Homens Jovens e Saúde**: promoção de saúde e qualificação dos serviços para a população masculina jovem. Rio de Janeiro: Instituto Promundo, 2005. Relatório não publicado.

INSTITUTO PROMUNDO. **Adolescentes, Jovens e Educação em Sexualidade**. Rio de Janeiro: Promundo, [2015]. Disponível em: <https://promundoglobal.org/wp-content/uploads/2015/01/guia-adolescentes-jovens-e-educacao-em-sexualidade.pdf>. Acesso em: 26 out. 2017.

KEIJZER B. Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. In: CÁCERES C.F. et al. (Ed.). **La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina**. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2003. Disponível em: [http://agendadelasmujeres.com.ar/pdf/est\\_masc\\_01.pdf](http://agendadelasmujeres.com.ar/pdf/est_masc_01.pdf). Acesso em: 25 out. 2017.

KLOSTERMANN, B. K. et al. Earning trust and losing it: adolescents' views on trusting physicians. **The Journal of Family Practice**, v. 54, n. 8, p. 679–687, Aug. 2005. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16061053>. Acesso em: 24 out. 2017.

KNAUTH, D. R.; COUTO, M. T.; DOS SANTOS FIGUEIREDO, W. A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 10, p. 2617-2626, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n10/11.pdf>. Acesso em: 24 out. 2017.

KORIN D. Novas perspectivas de gênero em saúde. **Adolescência Latino-Americana**, v.2, n. 2, p. 1-16. 2001.

LARA, L. A. DA S.; ABDO, C. H. N. Saúde sexual e reprodutiva no contexto da graduação do curso de medicina. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 36, n. 3, p. 99–101, mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v36n3/0100-7203-rbgo-36-03-00099.pdf>. Acesso em: 24 out. 2017.

LAURENTI, R.; PRADO DE MELLO JORGE, M. H.; DAVIDSON GOTLIEB, S. L. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 35-46, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a04v10n1.pdf>. Acesso em: 24 out. 2017.

LEÃO, L.M. **Saúde do adolescente: atenção integral no plano da utopia**. 2005. 120 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – FIOCRUZ, Recife, 2005.

LUCK, M.; BAMFORD, M.; WILLIAMSON, P. **Men's health: perspectives, diversity, and paradox**. Oxford: Blackwell, 2000.

LYRA, J. L. C. Paternidade adolescente: da investigação à intervenção. In: ARILHA, M.; UNBEHAUM, S. G.; MEDRADO, B. **Homens e Masculinidade**: outras palavras. São Paulo: Ed. Ecos, 2001, p. 185-214.

MACHADO, M. F.; RIBEIRO, M. A. T. Os discursos de homens jovens sobre o acesso aos serviços de saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, n. 41, p. 343-356, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/2012nahead/aop2912>. Acesso em: 24 out. 2017.

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

MCINTYRE, D.; MOONEY, G. H. (ed.). **The economics of health equity**. Cambridge: Cambridge University Press, 2007.

MENDONÇA, M. H. M.. O desafio da política de atendimento à infância e à adolescência na construção de políticas públicas equitativas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, p. S113-S120, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v18s0/13798.pdf>. Acesso em: 24 out. 2017.

MENEZES, D. C. S. **Adolescência e acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva no município do Rio de Janeiro** Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Programa de Pós Graduação em Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

MINAYO, M. C. DE S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo : Rio de Janeiro: HUCITEC ; ABRASCO, 1992.

MINAYO, M. C. DE S. et al. (ed.). **Fala, galera: juventude, violência e cidadania no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Garamond, 1999.

MINAYO, M. C. DE S.; ASSIS, S. G. DE; SOUZA, E. R. DE (Ed.). **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2005.

MOREIRA, R. L. S. F.; FONTES, W. D. DE; BARBOZA, T. M. Dificuldades de inserção do homem na atenção básica a saúde: a fala dos enfermeiros. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 615-621, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n4/1414-8145-ean-18-04-0615.pdf>. Acesso em: 24 out. 2017.

MOURA, E. C. DE et al. Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 429–438, fev. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n2/1413-8123-csc-19-02-00429.pdf>. Acesso em: 24 out. 2017.

NARDI, A. C.; GLINA, S.; FAVORITO, L. A. Epidemiological study of penile cancer in Brazil. **International Braz J Urol: Official Journal of the Brazilian Society of Urology**, v. 33, Suppl 1, p. 1–7, Apr. 2007. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23634482>. Acesso em: 24 out. 2017.

NASCIMENTO, E. F. DO; GOMES, R. Marcas identitárias masculinas e a saúde de homens jovens. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 7, p. 1556–1564, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n7/10.pdf>. Acesso em: 24 out. 2017.

NASCIMENTO, M; SEGUNDO, M; BARKER, G. **Homens, Masculinidades e Políticas Públicas: aportes para a equidade de gênero**. São Paulo: Instituto Promundo. 2009. Disponível em: <https://promundo.org.br/wp-content/uploads/sites/2/2015/01/Homens-masculinidades-e-politicas-publicas-aportes-para-equidade-de-genero.pdf>. Acesso em: 13 Nov. 2017.

NEINSTEIN L. S.; COHEN E. Homosexuality. In: NEINSTEIN, L. S. **Adolescent health care: a practical guide**. USA: Williams & Williams, 1996. p. 640-655

NOLASCO, S. A. **O Mito da masculinidade**. Ed. Rocco, Rio de Janeiro. 1995.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. 10. rev. São Paulo: Centro Brasileiro de Classificação de Doenças, 1995.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **Genero, mujer y salud en las Américas**. Washington, DC, 1993. (OPS – Publicación Científica 541).

PAIVA, V. **Fazendo arte com a camisinha: sexualidades jovens em tempos de aids**. São Paulo, SP: Summus Editorial, 2000.

PALMA, I.M.; QUILODRÁN, C.L. Respostas à gravidez entre adolescentes chilenas de estratos populares. In: COSTA, A.O.; AMADO, T. **Alternativas escassas: saúde, sexualidade e reprodução na América Latina**. São Paulo: PRODIR/FCC, 1994.

PARCERO, S. M. J. et al. Características do relacionamento entre a mulher e seu parceiro na ocorrência de gravidez não planejada. **Rev. Baiana enferm.** v. 31, n. 2, p. 1-11, 2017. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/17332/14621>. Acesso em: 30 out. 2017.

PEIXOTO VIEIRA, R. et al. Assistência à saúde e demanda dos serviços na estratégia saúde da família: a visão dos adolescentes. **Cogitare Enfermagem**, v. 16, n. 4, p. 714-720, out./dez. 2011. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/25443>. Acesso em: 24 out. 2017.

PERES, F.; ROSENBERG, C. P. Desvelando a concepção de adolescência/adolescente presente no discurso da saúde pública. **Saúde e Sociedade**, v. 7, n. 1, p. 53–86, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v7n1/04.pdf>. Acesso em: 24 out. 2017.

PINHEIRO, R. S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 687–707, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n4/14599.pdf>. Acesso em: 24 out. 2017.

PINHO, J. R. O.; GARCIA, P. T. (org.). **Saúde do adolescente e a saúde da família**. São Luís: EDUFMA, 2016. Disponível em: [http://www.unasus.ufma.br/site/files/livros\\_isbn/isbn\\_sf06.pdf](http://www.unasus.ufma.br/site/files/livros_isbn/isbn_sf06.pdf). Acesso em: 27 out. 2017.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes. **Saúde reprodutiva: planejamento familiar**. Lisboa, 2001.

QUEIROZ, M. V. O. et al. Cuidado ao adolescente na atenção primária: discurso dos profissionais sobre o enfoque da integralidade. **Northeast Network Nursing Journal**, v. 12, p. 1034-1044, 2012. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4446> Acesso em: 24 out. 2017.

REDDY, D. M.; FLEMING, R.; SWAIN, C. Effect of mandatory parental notification on adolescent girls' use of sexual health care services. **JAMA**, v. 288, n. 6, p. 710–714, Aug. 2002. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12169074>. Acesso em: 24 out. 2017.

REMAFEDI, G. Male homosexuality: the adolescent's perspective. **Pediatrics**, v. 79, n. 3, p. 326–330, mar. 1987. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3822631>. Acesso em: 24 out. 2017.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf>. Acesso em: 24 out. 2017.

ROSISTOLATO, R. P. R. Gênero e cotidiano escolar: dilemas e perspectivas da intervenção escolar na socialização afetivo-sexual dos adolescentes. **Revista Estudos Feministas**, v. 17, n. 1, p. 11-30, jan./abr. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v17n1/a02v17n1.pdf>. Acesso em: 24 out. 2017.

SABO, D. O estudo crítico das masculinidades. In: ADELMAN, M.; SILVESTRIN, C. B. (org.). **Coletânea gênero plural**. Curitiba: Editora UFPR, 2002. p. 33-46.

SAITO, M.I., RUZANY M.H., SERRA, A.S.L. Laboratório de inovações: experiências exitosas em saúde de adolescentes e jovens. **Rev. Adolesc Saúde**, v.12, n. 1, p. 8-13. 2015. Disponível em: [http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe\\_artigo.asp?id=485](http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=485). Acesso em: 24 out. 2017.

SANCHEZ, Raquel Maia; CICONELLI, Rozana Mesquita. Conceitos de acesso à saúde. **Rev Panam Salud Publica**, Washington , v. 31, n. 3, p. 260-268, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v31n3/12.pdf>. Acesso em: 24 out. 2017.

SANTOS, A. D.; CAMPOS, M. P. DE A.; SANTOS, A. M. D. Sexualidade na adolescência: entre o desejo e o medo. **Scientia Plena**. v. 8, n. 9, p. 1-9, 2012. Disponível em: <https://www.scientiaplena.org.br/sp/article/view/853/574>. Acesso em: 24 out. 2017.

SARMENTO, R.C. Paternidade na Adolescência. In: SAITO, M.I.; SILVA, L. E. V.; LEAL, M. M. **Adolescência: prevenção e riscos**. 3 ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2014. p. 487-498.

SCHRAIBER, L. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. (Org.). **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 29-47.

SCHRAIBER, Lília Blima et al . Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 26, n. 5, p. 961-970, maio 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n5/18.pdf>. Acesso em: 24 out. 2017.

SCHRAIBER, Lília Blima; GOMES, Romeu; COUTO, Márcia Thereza. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 10, n. 1, p. 7-17, mar. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a02v10n1.pdf>. Acesso em: 24 out. 2017.

SERRÃO, M. I. P. **O enfermeiro como promotor da qualidade do atendimento ao adolescente em serviços de saúde**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria) - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa. 2014. Disponível em: <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/25371>. Acesso em: 24 out. 2017.

SEARINO, S. V. R. **Atenção à saúde do adolescente na prevenção ao uso das substâncias psicoativas**. Dissertação (Curso de Pós Graduação em História) - Departamento de História, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2001.

SILVA, P. A. S. et al . A saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma unidade básica de saúde. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 3, p. 561-568, set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n3/19.pdf>. Acesso em: 31 out. 2017.

SILVA, T. L. **Construção do masculino na Curitiba das décadas de 1940 e 1950 tornar-se homem**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014

- SILVEIRA, C. L. G.; BARRETO, A. J. R. Atenção à saúde do homem na atenção primária em saúde: revisão integrativa. **Revista de enfermagem UFPE on line**, v. 11, n. 3, p. 1528–1535, 2017. Disponível em: [http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/9698/pdf\\_2827](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/9698/pdf_2827). Acesso em: 24 out. 2017.
- SOUSA, A. R. DE et al. Homens nos serviços de atenção básica à saúde: repercussões da construção social das masculinidades. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 30, n. 3, p. 1–10, set. 2016. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/16054>. Acesso em: 24 out. 2017.
- SPOSITO, M. P.; CARRANO, P. C. R. Juventude e políticas públicas no Brasil. **Rev. Bras. Educ.[online]**, n. 24, p. 16–39, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/n24/n24a03.pdf>. Acesso em: 24 out. 2017.
- TAQUETTE, S. R. et al. Conflitos éticos no atendimento à saúde de adolescentes. **Cad. saúde pública**, v. 21, n. 6, p. 1717–1725, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n6/09.pdf>. Acesso em: 24 out. 2017.
- TAQUETTE, S. R. Conduta ética no atendimento à saúde de adolescentes. **Adolescência e Saúde**, v. 7, n. 1, p. 6–11, 2010. Disponível em: [http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe\\_artigo.asp?id=174](http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=174). Acesso em: 24 out. 2017.
- TAQUETTE, S. R. et al. A epidemia de AIDS em adolescentes de 13 a 19 anos, no município do Rio de Janeiro: descrição espaço-temporal. **Rev Soc Bras Med Trop**, v. 44, n. 4, p. 467–470, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v44n4/13.pdf>. Acesso em: 24 out. 2017.
- TAQUETTE, S. R. et al. Saúde sexual e reprodutiva para a população adolescente, Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1923–1932, jun. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n6/1413-8123-csc-22-06-1923.pdf>. Acesso em: 24 out. 2017.
- TRAVASSOS, C.; DE OLIVEIRA, E. X.; VIACAVAL, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciência & saúde coletiva**, v. 11, n. 4, p. 975–986, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n4/32334.pdf>. Acesso em: 24 out. 2017.
- TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S190–S198, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/14.pdf>. Acesso em: 24 out. 2017.
- UCHÔA, E.; VIDAL, J. M. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. **Cad Saúde Pública**, v. 10, n. 4, p. 497–504, 1994. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v10n4/v10n4a10.pdf>. Acesso em: 24 out. 2017.
- VAN GENNEP, A. **Os ritos de passagem**. Petrópolis, Vozes, 1977.

VIEIRA, R. P. et al. Participação de adolescentes na estratégia saúde da família a partir da estrutura teórico-metodológica de uma participação habilitadora. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 2, p. 309–316, abr. 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n2/pt\\_0104-1169-rlae-22-02-00309.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n2/pt_0104-1169-rlae-22-02-00309.pdf). Acesso em: 24 out. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!)**: guidance to support country implementation. Geneva: 2017. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255415/1/9789241512343-eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 06 nov. 2017.

ZAN, R. P. Educação sexual. In: GEJER, D.; FRANÇOSO, L. A.; REATO, L. F. N. R. **Sexualidade e saúde reprodutiva na adolescência**. São Paulo: Atheneu, 2001. p.11-20.

ZOCCA, A. R. et al. Percepções de adolescentes sobre sexualidade e educação sexual. **Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação**, v. 10, n. 6, 2016. Disponível em: <http://seer.fclar.unesp.br/iberoamericana/article/view/8331>. Acesso em: 24 out. 2017.

**APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista com o Adolescente Masculino**

**Nome da Unidade:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **CNES**\_\_\_  
**Duração da entrevista:** \_\_\_\_\_  
**Tipo de Unidade:** \_\_\_\_\_ ( ) Municipal ( ) Estadual ( ) Federal.  
**End:** \_\_\_\_\_ **Bairro:** \_\_\_\_\_ **RA:** \_\_\_ **AP:** \_\_\_\_\_

**I – Dados pessoais****Apelido:**

- a) Nome: \_\_\_\_\_ c) Idade: \_\_\_\_\_  
d) Bairro: \_\_\_\_\_ e) RA: \_\_\_\_\_ f) AP: \_\_\_\_\_  
g) Situação conjugal: \_\_\_ solteiro \_\_\_ união estável \_\_\_ separado \_\_\_ viúvo \_\_\_  
h) Raça/cor: \_\_\_ branca \_\_\_ parda \_\_\_ preta \_\_\_ amarela \_\_\_ indígena.  
i) Estuda: \_\_\_ sim \_\_\_ não j) Série: \_\_\_\_\_ (concluída)  
k) Trabalha: \_\_\_ sim \_\_\_ não. l) Ocupação: \_\_\_\_\_

**II – Dados sexuais e reprodutivos**

- a) Semenarca: \_\_\_\_\_ b) Sexarca: \_\_\_\_\_  
c) N. parcerias sexuais: \_\_\_ homens \_\_\_ mulheres. d) Idade da parceria atual: \_\_\_\_\_  
e) Uso de preservativo masculino e feminino (na primeira relação, habitualmente e na última):  
f) Orientação sexual recebida? \_\_\_ sim \_\_\_ não.  
g) Quem, qual e quando?  
h) Doenças sexualmente transmissíveis? \_\_\_ sim \_\_\_ não.  
i) Qual, quando, tratamento recebido:  
j) Contracepção de Emergência:

**III – Para os Meninos na clínica.**

(avaliar se recebeu orientação em saúde sexual e reprodutiva, qual e se houve espaço para dúvidas e perguntas)

- a) Qual profissional (categoria) que lhe atendeu?  
b) Quanto tempo durou a consulta?

- c) Durante o atendimento recebeu alguma orientação sobre sexualidade, DST e métodos contraceptivos? Como você avalia esta orientação? (se acrescentou ou não, em relação ao conhecimento que já tinha antes)
- d) Caso não tenha recebido esse tipo de orientação, você gostaria de ter recebido? Que tipo de orientação?
- e) Você gostaria de saber mais do que já sabe sobre estes temas (sexo, DST, gravidez, contracepção), tem dúvidas sobre estes assuntos que gostaria de ter perguntado ao profissional que lhe atendeu?
- f) Você participou de alguma atividade educativa?
- g) Você conversa com alguém sobre estes assuntos, com quem?

#### **VI – Dados sobre o acesso e qualidade dos serviços**

- a) Qual o motivo de procura do serviço de saúde:
- b) Fale-me sobre a marcação da consulta. Foi necessária a presença de um responsável para a marcação? E para a consulta?
- c) Fale-me sobre a recepção do serviço:
- d) Fale-me do atendimento recebido pelo médico:
- e) Fale-me do atendimento recebido pela enfermeira:
- f) Fale-me se houve garantia de sigilo:
- g) Fale-me sobre a distribuição de insumos, medicamentos, exames, vacinas:
- h) Fale-me das atividades educativas:
- i) Fale-me da unidade de saúde:
- j) O que está ótimo e não deve mudar? (pontos positivos)
- k) O que deve melhorar? (pontos negativos)

**APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Adolescente**

**Pesquisa: “Assistência à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes em unidades de saúde do S.U.S. no município do Rio de Janeiro”**

**Pesquisador:** Enfermeiro André Luiz dos Santos Ferreira Tel: 2334-2365

**Instituições responsáveis pela pesquisa:**

– Centro Biomédico da UERJ (Universidade do Estado do Rio de Janeiro) – End: Rua Prof. Manoel de Abreu, 444, 2º andar – Vila Isabel – Comitê de Ética da UERJ: Rua São Francisco Xavier 524, 3º andar, sala 3018 – Maracanã – Tel: 2234-2180.

– Secretaria Municipal de Saúde – SMS-RJ – Gerência de Saúde do Adolescente - End: Rua Afonso Cavalcante, 455, sala 715 – Comitê de Ética da SMSDC-RJ – 3971-1590.

Você está sendo convidada/o a participar, voluntariamente, de uma entrevista para uma pesquisa. Antes de dar seu consentimento leia atentamente as informações descritas a seguir. A pesquisa tem como principal objetivo conhecer a qualidade dos serviços de saúde sexual e reprodutiva para adolescentes.

- 1- Caso você não queira participar do estudo, não haverá nenhum risco ou desconforto;
- 2- As informações que jovens como você podem fornecer são fundamentais para proporcionar melhorias nesses serviços e poder atender às necessidades de saúde de adolescentes;
- 3- Caso você participe do nosso estudo, não haverá qualquer problema institucional legal, ou qualquer tipo de risco, uma vez que esta pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética da UERJ, da Secretaria Municipal de Saúde e do IFF;
- 4- A sua participação neste estudo é voluntária e você pode interrompê-la a qualquer momento sem nenhum prejuízo para sua pessoa;
- 5- Você pode e deve fazer todas as perguntas que julgar necessárias antes de concordar em participar da entrevista, assim como a qualquer momento durante a mesma;
- 6- Não será oferecido nenhum tipo de pagamento pela sua participação neste estudo;
- 7- Sua identificação será mantida como informação confidencial. Os resultados do estudo serão publicados sem seja revelada a sua identidade ou a de qualquer outro participante.

Eu, \_\_\_\_\_, como abaixo assinado, concordo em participar voluntariamente desta pesquisa. Declaro que li e entendi todas as informações referentes a este estudo.

**Rio de Janeiro, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_**

**Adolescente:** \_\_\_\_\_

**Pesquisador:** \_\_\_\_\_

**APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Responsável**

**Pesquisa: “Assistência à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes em unidades de saúde do S.U.S. no município do Rio de Janeiro”**

**Pesquisador:** Enfermeiro André Luiz dos Santos Ferreira Tel: 2334-2365

**Instituições responsáveis pela pesquisa:**

– Centro Biomédico da UERJ (Universidade do Estado do Rio de Janeiro) – End: Rua Prof. Manoel de Abreu, 444, 2º andar – Vila Isabel – Comitê de Ética da UERJ: Rua São Francisco Xavier 524, 3º andar, sala 3018 – Maracanã – Tel: 2234-2180.

– Secretaria Municipal de Saúde – SMS-RJ – Gerência de Saúde do Adolescente - End: Rua Afonso Cavalcante, 455, sala 715 – Comitê de Ética da SMSDC-RJ – 3971-1590.

Sua/seu filha/o está sendo convidada/o a participar, voluntariamente, de uma entrevista para uma pesquisa. Antes de dar seu consentimento leia atentamente as informações descritas a seguir. A pesquisa tem como principal objetivo conhecer a qualidade dos serviços de saúde sexual e reprodutiva para adolescentes.

1. Caso o/a senhor/a não consinta que sua/seu filha/o participe do estudo, não haverá nenhum risco ou desconforto para ela/e;
2. As informações que jovens como sua/seu filha/o podem fornecer são fundamentais para proporcionar melhorias nesses serviços e poder atender às necessidades de saúde das adolescentes;
3. Caso sua/seu filha/o participe do nosso estudo, não haverá qualquer problema institucional legal, ou qualquer tipo de risco, uma vez que esta pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética da UERJ, da SMS-RJ e do IFF;
4. A participação de sua/seu filha/o neste estudo é voluntária e o/a senhor/a ou ela podem interrompê-la a qualquer momento sem nenhum prejuízo para qualquer um de vocês;
5. O/A senhor/a pode e deve fazer todas as perguntas que julgar necessárias antes de consentir que sua/seu filha/o participe da entrevista, assim como a qualquer momento durante a mesma;
6. Não será oferecido nenhum tipo de pagamento pela participação de sua/seu filha/o neste estudo;
7. A identificação de sua/seu filha/o será mantida como informação confidencial. Os resultados do estudo serão publicados sem seja revelada a sua identidade ou a de qualquer outro participante.

Eu, \_\_\_\_\_, como abaixo assinado, consinto voluntariamente que minha/meu filha/o participe desta pesquisa. Declaro que li e entendi todas as informações referentes a este estudo.

**Rio de Janeiro,** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Responsável:** \_\_\_\_\_

**Pesquisador:** \_\_\_\_\_

## ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UERJ – COEP



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Sr2**  
**Comissão de Ética em Pesquisa – COEP**

Rua São Francisco Xavier, 524, bloco E, 3º. andar, sala 3018 - Maracanã.  
 CEP 20550-900 – Rio de Janeiro, RJ.  
 E - mail: [etica@uerj.br](mailto:etica@uerj.br) - Telefone: (21) 2334 2180

**PARECER COEP 052/2010**

A Comissão de Ética em Pesquisa – COEP, em sua 7ª Reunião Ordinária em 16 de agosto de 2010, analisou o protocolo de pesquisa nº. **030.3.2010**, segundo as normas éticas vigentes no país para pesquisa envolvendo sujeitos humanos e emite seu parecer.

**Projeto de pesquisa : “Assistência à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes em unidades de saúde do SUS no município do Rio do Janeiro”**

**Pesquisador Responsável:** Stella Taquette.

**Instituição Responsável** –Centro Biomédico/ UERJ

**Área do Conhecimento:** 4.00 – Ciências da Saúde – 4.06 Saúde Coletiva

**Palavras-chave:** DST/AIDS, atenção primária à saúde, saúde sexual e reprodutiva, assistência pré-natal

**Sumário:** Trata-se de uma pesquisa financiada pela FAPERJ, ganhadora do edital 04/2010 “Apoio ao estudo de temas prioritários para o governo do Estado do Rio de Janeiro -2010”, A pesquisa tem o apoio das Secretarias de Saúde Municipal e Estadual e do Ministério da Saúde, além das sociedades de Pediatria, de Ginecologia da infância e adolescência, da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, do Fórum estadual de mulheres negras e do Conselho estadual dos direitos das mulheres do Rio de Janeiro. O cenário do estudo serão todas as unidades do município que pertencem ao SUS (cerca de 180). Algumas destas unidades são administradas pela Secretaria Municipal de Saúde e outras pela Secretaria Estadual de Saúde

**Objetivo:** Tem por objetivo mapear os serviços de saúde os serviços de saúde do SUS no município do Rio de Janeiro que dispõe de atendimento ambulatorial em saúde sexual e reprodutiva para adolescentes de 10 a 19 anos e avaliar a percepção das/dos usuários sobre sua qualidade. Será realizado em duas etapas, uma quantitativa e outra qualitativa. Na quantitativa será feito um levantamento das unidades e dos tipos de serviços em saúde sexual e reprodutiva que oferecem.

**Considerações Finais:** A COEP considerou que o projeto de pesquisa apresentado é consistente tanto do ponto de vista teórico quanto metodológico. Também apresenta clareza, objetividade e concisão. Não foi identificada qualquer impropriedade em relação a aspectos éticos. O cronograma está adequado à proposta.

Ante o exposto, a COEP deliberou pela **aprovação** do projeto.

Faz-se necessário apresentar Relatório Anual - **previsto para julho de 2011**, para cumprir o disposto no item *VII. 13.d da RES. 196/96/CNS*. Além disso, a COEP deverá ser informada de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.

**Situação: Projeto Aprovado**

Rio de Janeiro, 17 de agosto de 2010.

**Prof. Dra. Célia Caldas**

Coordenadora da Comissão de Ética em Pesquisa/UERJ  
 Mat 32.359-2

## ANEXO B - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa SMSDC-RJ



## Comitê de Ética em Pesquisa

Parecer nº 140A/2010

Rio de Janeiro, 28 de junho de 2010.

Sr(a) Pesquisador(a),

Informamos a V.Sa. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil - CEP SMSDC-RJ, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo discriminado:

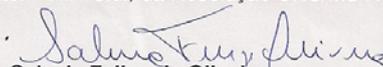
|   |   |
|---|---|
| <p><b>Coordenadora:</b><br/>Salesia Felipe de Oliveira</p> <p><b>Vice-Coodenadora:</b><br/>Suzana Alves da Silva</p> <p><b>Membros:</b><br/>Andréa Ferreira Haddad<br/>Carlos Alberto Pereira de Oliveira<br/>César Augusto Gomes Soares<br/>Cristina Maria Venettilho de Souza<br/>Fabio Tuche<br/>José M. Salame<br/>Nara da Rocha Saraiva<br/>Pedro Paulo Magalhães Chrispim<br/>Rodrigo de Carvalho Moreira<br/>Sônia Ruth V. de Miranda Chaves</p> <p><b>Secretárias Executivas:</b><br/>Carla Costa Vianna<br/>Renata Guedes Ferreira</p> | <p><b>PROTOCOLO DE PESQUISA Nº 89/10</b><br/><b>CAAE: 0104.0.314.000-10</b></p> <p><b>TÍTULO:</b> Assistência à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes em unidades de saúde do SUS no município do Rio de Janeiro.</p> <p><b>PESQUISADOR RESPONSÁVEL:</b> Stella R. Taquette.</p> <p><b>UNIDADE (S) ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA:</b> Gerência de Saúde do Adolescente.</p> <p><b>DATA DA APRECIÇÃO:</b> 28/06/2010.</p> <p><b>PARECER:</b> APROVADO.</p> |
|---|---|

Atentamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata (*item V.13, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

O CEP/SMSDC-RJ deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (*item V.4, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas a este CEP/SMSDC-RJ, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Acrescentamos que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (*item IV.1.f, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (*item IV.2.d, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII. 13.d., da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

  
**Salesia Felipe de Oliveira**  
**Coordenadora**  
**Comitê de Ética em Pesquisa**

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil  
Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 715 – Cidade Nova – Rio de Janeiro  
CEP: 20211-901 Tel.: 3971-1590  
E-mail: [cepsms@rio.rj.gov.br](mailto:cepsms@rio.rj.gov.br) - Site: [www.saude.rio.rj.gov.br/cep](http://www.saude.rio.rj.gov.br/cep)

FWA nº: 00010761  
IRB nº: 00005577

## ANEXO C - Renovação de Protocolo de Pesquisa – CEP SMSDC-RJ



## Comitê de Ética em Pesquisa

Parecer nº 218A/2011

Rio de Janeiro, 18 de julho de 2011.

Sr(a) Pesquisador(a),

Informamos a V.Sa. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil - CEP SMSDC-RJ, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo discriminado:

**Coordenadora:**  
Salesia Felipe de Oliveira

**Vice-Coordenadores:**  
Fabio Tuche  
Pedro Paulo Magalhães Chispim

**Membros:**  
Andréa Estevam de Amorim  
Andréa Ferreira Haddad  
Carla Moura Cazelli  
Carlos Alberto Pereira de Oliveira  
José M. Salame  
Martine Gerbauld  
Nara da Rocha Saraiva  
Rodrigo de Carvalho Moreira  
Sônia Ruth V. de Miranda Chaves

**Secretária Executiva:**  
Carla Costa Vianna  
Renata Guedes Ferreira

**RENOVAÇÃO DE  
PROTOCOLO DE PESQUISA Nº 89/10  
CAAE nº: 0104.0.314.000-10**

**TÍTULO:** Assistência à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes em unidades de saúde do SUS no município do Rio de Janeiro.

**PESQUISADOR RESPONSÁVEL:** Stella R. Taquette.

**UNIDADE (S) ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA:**  
Gerência de Saúde do Adolescente.

**DATA DA APRECIÇÃO:** 28/06/2010.

**DATA DA PRIMEIRA RENOVÇÃO:** 18/07/2011

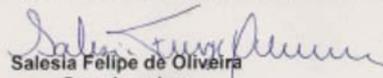
**PARECER:** APROVADO.

Atentamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata (*item V.13, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

O CEP/SMSDC-RJ deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (*item V.4, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas a este CEP/SMSDC-RJ, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Acrescentamos que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (*item IV.1.f, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (*item IV.2.d, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII. 13.d, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

  
Salesia Felipe de Oliveira  
Coordenadora  
Comitê de Ética em Pesquisa

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil  
Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 710 – Cidade Nova – Rio de Janeiro  
CEP: 20211-901 Tel.: 3971-1463  
E-mail: [cepSMS@rio.rj.gov.br](mailto:cepSMS@rio.rj.gov.br) - Site: [www.saude.rio.rj.gov.br/cep](http://www.saude.rio.rj.gov.br/cep)

FWA nº. 00010761  
IRB nº. 00005577

## ANEXO D - Comprovação de Submissão do 1º Artigo Científico



[Início](#) [Autor](#) [Consultor](#) [Editor](#) [Mensagens](#) [Sair](#)

## CSP\_2061/17

|                           |   |
|---------------------------|---|
| Arquivos                  | <a href="#">Versão 1</a> [ <a href="#">Resumo</a> ]   |
| Seção                     | Artigo  |
| Data de submissão         | 25 de Novembro de 2017  |
| Título                    | O adolescente do sexo masculino nas unidades do SUS do município do Rio de Janeiro: estudo sobre a motivação da procura e percepção do atendimento.   |
| Título corrido            | A motivação da procura e percepção do SUS por adolescentes masculinos.  |
| Área de Concentração      | Políticas Públicas de Saúde   |
| Palavras-chave            | Saúde do Adolescente, Masculinidade, Políticas Públicas, Percepção  |
| Fonte de Financiamento    | FAPERJ (Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro).   |
| Conflito de Interesse     | Nenhum  |
| Condições éticas e legais | No caso de artigos que envolvem pesquisas com seres humanos, foram cumpridos os princípios contidos na <a href="#">Declaração de Helsinki</a> , além de atendida a legislação específica do país no qual a pesquisa foi realizada. No caso de pesquisa envolvendo animais da fauna silvestre e/ou cobaias foram atendidas as legislações pertinentes. |
| Registro Ensaio Clínico   | Nenhum  |
| Sugestão de consultores   | Nenhum  |
| Autores                   | <a href="#">André Luiz dos Santos Ferreira</a> (Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ) <andreferreira.nesa@gmail.com><br><a href="#">Stella Regina Taquette</a> (Universidade do Estado do Rio de Janeiro, UERJ) <stella.taquette@gmail.com>  |
| STATUS                    | <i>Com Secretaria Editorial</i>   |

ANEXO E - Formato final do 2º artigo científico submetido

## **O adolescente do sexo masculino nas unidades do SUS do município do Rio de Janeiro: estudo sobre a motivação da procura e percepção do atendimento**

*André Luiz dos Santos Ferreira*

*Stella Regina Taquette*

### **RESUMO**

O homem adolescente, assim como o adulto procura menos os serviços de saúde de atenção primária do que as mulheres, e as políticas públicas de saúde no campo sexual e reprodutivo as privilegiam. Além disso, o Programa de Saúde do Homem lançado pelo Ministério da Saúde não inclui adolescentes, o que contribui para o não atendimento das demandas de saúde específicas desse estrato populacional. Este estudo objetiva conhecer e analisar a motivação para a procura do serviço de saúde pelo homem adolescente e a percepção que ele tem sobre o atendimento oferecido, tendo como base o que é preconizado nas diretrizes nacionais de atendimento ao adolescente. Os dados foram coletados por meio de 48 entrevistas semiestruturadas realizadas com adolescentes atendidos nas unidades do SUS de todas as áreas programáticas do município do Rio de Janeiro. Os resultados revelaram que os homens adolescentes em sua maioria buscam a unidade de saúde por demandas agudas, e nesta oportunidade nada é oferecido além do atendimento da queixa que o levou ao serviço. Quanto à percepção da qualidade do atendimento, os entrevistados relataram falta de profissionais, acolhimento inadequado, falta de insumos e de atividades de educação em saúde. Concluímos que as diretrizes nacionais de atendimento ao adolescente, no que diz respeito ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e à atenção integral em saúde sexual e reprodutiva, não estão sendo consideradas na atenção às demandas dos poucos homens adolescentes que buscam atendimento nas unidades públicas de saúde do SUS.

Palavras-chave: Homem Adolescente. Saúde do Homem. Saúde. Atendimento. Masculinidade.

### **INTRODUÇÃO**

Na adolescência, a crença na invulnerabilidade por parte dos homens é exacerbada, colocando-os em risco de agravos evitáveis, por meio da não adoção de práticas preventivas em relação à gravidez não desejada, ao risco de infecção pelo HIV/AIDS, ao uso abusivo de álcool

e outras drogas e ao envolvimento com cenários de violência, que reafirmam sua posição social viril. Os adolescentes homens são o principal grupo de risco para mortalidade por homicídio na população brasileira, com ênfase em indivíduos negros e pardos, que residem em bairros pobres ou nas periferias das metrópoles, com baixa escolaridade e pouca qualificação profissional<sup>1</sup>.

Vários estudos já realizados comprovaram a maior resistência do sexo masculino na procura por auxílio de saúde<sup>2,3</sup>. De uma maneira geral, a entrada do homem no serviço de saúde se dá de três formas: problemas relacionados à sexualidade, à reprodução e consequências de violência<sup>4</sup>. Este fato é no mínimo curioso quando, estatisticamente, temos dados que comprovam que os homens são os mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades crônicas e graves, e morrem mais precocemente que as mulheres<sup>5,6,7,8</sup>. Mesmo com esta realidade, os homens continuam sendo absorvidos pelos sistemas de saúde nos níveis de atenção secundária ou terciária e, como consequência, têm maior gravidade na morbidade pelo agravamento de suas condições, pela demora de intervenção especializada, gerando, assim, maior custo para o sistema de saúde.

A despeito da maior vulnerabilidade e das altas taxas de morbimortalidade, os homens não buscam, como fazem as mulheres, os serviços de atenção primária<sup>2,3</sup>. Essa diferença no comportamento de homens e mulheres nos leva a um questionamento sobre os motivos dessa baixa procura. O fato de não procurarem os serviços de atenção primária faz com que o sujeito não seja contemplado com as iniciativas de proteção utilizadas como ferramentas para estimular a promoção à saúde, ficando eles, então, suscetíveis a procedimentos que não seriam necessários caso procurassem ajuda previamente.

No âmbito da atenção básica, percebe-se, ainda, a ausência de elementos organizacionais, envolvendo os trabalhadores na atenção integral aos adolescentes, dificultando os encaminhamentos e a resolubilidade dos problemas dessa população<sup>9</sup>.

Os homens percebem os espaços de saúde – particularmente o posto de saúde – como um espaço privilegiadamente feminino: os profissionais em sua maioria são mulheres, há um número expressivo de mulheres e crianças na sala de espera e os cartazes e materiais são voltados para essa população. Os homens terminam por ocupar o sistema de saúde por meio das salas de emergência<sup>10</sup>.

Pesquisas de natureza qualitativa apontam várias razões para a baixa adesão dos homens aos serviços de saúde. Mas, de um modo geral, podemos agrupar suas causas em dois grupos principais de determinantes, que se estruturam como barreiras entre o homem e os serviços e ações de saúde, a saber, barreiras socioculturais e barreiras institucionais<sup>11, 12, 4</sup>.

Vários segmentos da nossa sociedade têm sido contemplados com iniciativas

governamentais para uma abrangência maior da assistência de saúde no Brasil. Mulheres, crianças e idosos são exemplos dos estratos sociais que foram abrangidos em programas específicos de atenção à saúde. Porém, só no ano de 2008 foi lançado pelo Ministério da Saúde do nosso país a “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem”, (PNAISH)<sup>1</sup>. Ressalta-se que os homens adolescentes não foram incluídos nas ações da política, que tem como público alvo homens de 25 a 60 anos.

Diante de todas essas considerações, surgem os seguintes questionamentos: o que leva o adolescente do sexo masculino a buscar o serviço de saúde? Qual o perfil do adolescente que busca atendimento? Como é o atendimento prestado a esse adolescente? Como esse adolescente percebe o atendimento prestado?

Esta pesquisa objetiva analisar a motivação para a procura do serviço e a percepção do homem adolescente sobre o atendimento oferecido nas unidades de saúde do SUS no município do Rio de Janeiro, identificando os limites e potencialidades do atendimento em saúde através da ótica dos adolescentes masculinos.

## **METODOLOGIA**

Para melhor atender os objetivos desta pesquisa, optou-se pelo método qualitativo pois, segundo Minayo, "é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produto das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos..."<sup>13</sup>. Optou-se pela hermenêutica-dialética como método de análise devido ao entendimento de que este favorece uma melhor aproximação sobre a realidade a ser estudada, já que prevê a correlação entre falas, fatos, interpretações e posturas dos sujeitos com o contexto histórico e social em que vivem. De acordo com Minayo esse é o método que melhor explica a Determinação Social do Processo Saúde-Doença e, já que esta também é resultante do acesso aos serviços de saúde, leva a uma melhor aproximação do objeto de estudo apresentado<sup>13</sup>.

Este estudo faz parte de um projeto maior denominado: “Assistência à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes em unidades de saúde do S.U.S. no município do Rio de Janeiro”, que teve como objetivo mapear as unidades do SUS que oferecem atendimento ambulatorial em saúde sexual e reprodutiva do município do Rio de Janeiro para adolescentes de 10 a 19 anos, verificar os diversos tipos de serviços disponíveis nessas unidades e avaliar a percepção dos/das usuários/as sobre sua qualidade.

Para a execução do trabalho citado, realizou-se contato com a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDC-RJ) para obter as informações sobre a localização dos serviços e seus devidos coordenadores. Em um segundo momento, foi buscada a autorização para a visitação às unidades de saúde e a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da SMSDC-RJ. Todas as unidades de saúde do SUS do município do Rio de Janeiro que oferecem atendimento à saúde sexual e reprodutiva a adolescentes foram visitadas (exceto uma, cujo coordenador não autorizou) por uma equipe de entrevistadores treinados exclusivamente para essa coleta de dados.

O público-alvo deste trabalho foi composto pelos homens adolescentes atendidos nestas unidades e a técnica escolhida foi a entrevista semi-estruturada. Os dados foram coletados em local com garantia de privacidade e confidencialidade e o critério de inclusão foi ser adolescente do sexo masculino, ter sido atendido na unidade e concordar em participar da pesquisa. Utilizou-se um roteiro contendo questões gerais sobre dados sociodemográficos e específicas a respeito do atendimento solicitado, oferecido e prestado. Houve dificuldade em realizar as entrevistas com o público alvo, devido à escassez de adolescentes do sexo masculino encontrados nas unidades. O critério amostral foi a abrangência geográfica, de forma que todas as áreas programáticas do município do Rio de Janeiro fossem contempladas e a saturação de conteúdos das entrevistas fossem atingidas. Não havia nenhuma relação prévia entre o entrevistado e o entrevistador.

Todo o material coletado foi gravado e transcrito integralmente. A análise dos dados se deu por meio das seguintes etapas: (1) leitura e releitura das transcrições para impregnação de seus conteúdos e uma noção do todo; (2) organização dos relatos por temas; (3) categorização; (4) identificação dos pontos mais relevantes, ideias e contradições, em diálogo com a literatura, tentando compreender a lógica interna desse grupo e (5) contextualização e interpretação para a apreensão de sentidos mais amplos. A interpretação dos dados teve como base os subsequentes eixos das Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e atenção integral à saúde sexual e saúde reprodutiva<sup>14</sup>.

O projeto de pesquisa foi conduzido dentro dos padrões exigidos pela Declaração de Helsinki e pela resolução 196 da CONEP. Foi aprovado pelos Comitês de Ética em pesquisa da UERJ e da SMSDC-RJ (ANEXOS A e B). Os adolescentes convidados para as entrevistas foram informados a respeito das normas éticas, assim como os responsáveis e, estando de acordo, ambos (adolescente e responsável) assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICES B e C). É importante ressaltar que este projeto contou com

financiamento da FAPERJ (Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro).

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Foram entrevistados adolescentes de todas as 10 áreas programáticas do município do Rio de Janeiro, num total de 48 rapazes com idades entre 12 e 19 anos. Os dados descritivos da amostra do estado estão expostos na Tabela 1.

A maioria dos entrevistados tinham entre 12 e 14 anos (40%) e, quanto à raça/cor auto referida, 81% se classificaram como não brancos. Em relação ao perfil escolar dos entrevistados, 39 (81%) adolescentes estão cursando os ensinos fundamental e médio, porém, dentre eles, dois (4%) participam de projetos de aceleração da aprendizagem. Dentre os sujeitos desta pesquisa, sete (17%) também relataram não estar matriculados em nenhuma escola e, neste grupo, dois deles informaram já ter concluído o Ensino Médio e 5 alegaram ter deixado os estudos por motivos como: dificuldade de conciliar os horários com o trabalho e expulsão da escola.

No que tange ao perfil sexual, 21 (44%) dos adolescentes entrevistados relataram já ter iniciado suas atividades sexuais, e em relação à situação conjugal, 5 (11%) deles informaram estar casados. O termo “casado” utilizado pelos adolescentes não necessariamente indica um casamento civil, mas significa que estão vivendo juntos com seus cônjuges (união estável). Quanto à paternidade, 1 (um) dos entrevistados revelou já ser pai e outro adolescente informou que sua companheira estava grávida no momento da entrevista.

A análise dos dados textuais advindos dos relatos de nossos interlocutores, tendo como base os eixos das Diretrizes Nacionais para o Atendimento à Saúde de Adolescentes, deu origem a quatro categorias: motivação da procura, acesso, educação em sexualidade e qualidade do atendimento<sup>14</sup>.

### Motivação da Procura

Em relação ao motivo que levou os adolescentes masculinos entrevistados a procurarem os serviços de saúde, obtivemos respostas bastante variadas, o que nos confirma a multifatorialidade que envolve esse aspecto relatado em vários estudos<sup>15,16</sup>.

A maioria dos entrevistados (36%) procurou atendimento por alguma questão aguda ou que necessitava de atendimento imediato ou prioritário, portanto, buscava consulta clínica. Este

resultado confirma a ponderação de Pinho e Garcia<sup>17</sup>, que afirma que a busca por atendimento é tardia e só é realizada após o agravamento da situação/doença, quando os sinais e sintomas já estão instalados e tornam-se expressivos. As falas citadas abaixo vêm em concordância com a literatura, quando são associadas a fatores culturais influenciados pela perspectiva de gênero, no sentido de se considerarem invulneráveis e não buscarem os serviços de saúde preventivamente.

*“Eu vim porque o meu dedo estava inflamado”. (Adolescente 3, 17 anos)*

*“Eu tava com a pressão alta”. (Adolescente 7, 14 anos)*

*“Eu tava sentindo um desconforto no estômago. Tá doendo muito. E ontem eu tava com muita febre, daí eu vim aqui”. (Adolescente 24, 14 anos)*

A busca por exames e insumos, assim como vacinas e preservativos, também foram apontados por alguns dos entrevistados (13%) como motivadores da procura por serviços de saúde. Vale ressaltar que o fato de irem ao serviço para serem vacinados ou receberem preservativos não representa nenhum tipo de vínculo do adolescente com a instituição. Na maioria das vezes, quando o adolescente vai a alguma instituição de saúde buscando algum desses serviços, o processo é impessoal e com pouca interação entre o sujeito e os profissionais.

No âmbito da saúde reprodutiva, um dos adolescentes entrevistados mencionou que estava acompanhando a companheira no pré-natal. O mesmo adolescente revelou que, antes da gravidez do casal, nunca havia buscado nenhum serviço de saúde. Outros dois adolescentes revelaram que estavam buscando inserção no programa de planejamento familiar. Nesses casos, a procura por auxílio foi motivada pelas companheiras.

A situação desses três adolescentes vem ao encontro de uma pesquisa realizada por Moura et al.<sup>15</sup>, na qual gestores da Estratégia de Saúde da Família (ESF) foram entrevistados com objetivo de descrever a demanda dos homens adstritos às unidades avaliadas e as práticas desenvolvidas pelas equipes correspondentes. Nesse trabalho, foi observado que as oportunidades de atrair os homens são pouco exploradas e que pouquíssimos pais participam das atividades de pré-natal, parto, puerpério e acompanhamento da criança e, em oito das unidades pesquisadas, a participação paterna foi reconhecida como quase nenhuma e nenhuma.

*“(...)Vim porque a minha namorada veio (...). Por que é bom que tu recebe camisinha, recebe aconselhamento. Então acabei interessando e vim com ela (...)”.* (Adolescente 18, 18 anos)

Dentre os entrevistados, 2 (4%) relataram que foram ao serviço em busca de testagem para doenças sexualmente transmissíveis após terem se exposto a alguma situação considerada de risco para eles. Nas falas desses adolescentes, podemos perceber que ambos só procuram realizar os testes depois de algum episódio de medo e exposição. Nenhum adolescente citou a vontade de testagem como atividade de rotina.

*“Uma vez eu saí com uns amigos aí... tinha um baile; eu conheci uma garota e sem preservativo, rolou, que “eu tava” na empolgação (...). Eu fiquei meio preocupado, que eu nunca tinha visto na vida, a gente não pegou nenhum contato um do outro assim; não senti sintoma nenhum, mas por precaução mesmo, eu procurei o posto, pedi pra fazer um exame de sangue aí... Sabe, porque doença aí a gente pega “à vera”, e nesse dia eu dei esse vacilo aí. Empolgação de sair na noite aí com a rapaziada e vim no posto pra fazer exame de sangue, mas graças a Deus não deu nada não, eu fiz 2 vezes. Até a menina que foi levar lá em casa lá, aí não deu nada não”.* (Adolescente 34, 17 anos)

Os achados deste estudo se somam a outros, como o de Alves et al.<sup>18</sup>, ao apontar deficiências nos serviços que influenciam diretamente a procura do adolescente pelas unidades de saúde. Assim como identificado pelo autor, a falta de preparo dos profissionais para lidar diretamente com os jovens e para atender suas demandas de saúde, a ausência de atividades de educação em saúde, a deficiência na comunicação e formação de vínculo, a dificuldade para ser atendido no serviço (filas) e a falta de recursos econômicos e infraestrutura constituem barreiras que tornam os serviços de saúde menos atrativos.

#### Acesso

Como cidadãos, os adolescentes têm direito à saúde, e é dever do Estado garantir esse acesso dentro dos preceitos do SUS. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)<sup>19</sup>, no artigo 7º, determina prioridade no atendimento a esse grupo, bem como na formulação e na execução

das políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência. De acordo com as Diretrizes Nacionais de Atenção à Saúde de Adolescentes e Jovens<sup>14</sup>, melhorar o acesso aos serviços de saúde para alcançar os melhores resultados possíveis é necessário para a adoção de um olhar diferenciado para com a população adolescente e jovem.

Apesar de algumas barreiras administrativas, a disponibilidade para marcação das consultas foi avaliada como positiva por muito usuários, porém, esta ainda assim se configura de forma não padronizada entre as unidades, podendo envolver a necessidade de senhas para agendamento, chegar cedo ao serviço, filas, ou até mesmo a facilitação por terceiros.

Segundo os entrevistados, dependendo da gravidade do caso ou da disponibilidade de profissionais no serviço o atendimento pode ser realizado no momento em que a demanda chega às instituições ou em um período de tempo que pode variar desde alguns dias até um mês, que foi o maior tempo de espera relatado.

*“Foi bem fácil, eu só, eu cheguei aqui falei com, com a responsável e ela marcou. Até, eu até pensei que ia demorar mais, porque tinha mais gente ali no meio. Mas foi até rápido”.* (Adolescente 8, 19 anos)

A necessidade da presença de um responsável para o agendamento de consultas foi relatada em 6 (12,5%) das entrevistas, assim como pontuado por Taquette et al.<sup>20</sup>, que observou em seu trabalho a necessidade dos pais para a assistência de adolescentes no município do Rio de Janeiro em mais de 10% das unidades.

*Entrevistador: Quando você veio pra consulta, o seu responsável precisou vir marcar?*

*Adolescente: Preciou.* (Adolescente 28, 12 anos)

Deve-se salientar que a obrigatoriedade de um responsável para a marcação de um atendimento, em alguns casos, pode ser determinante para que os homens adolescentes não procurem os serviços. Demandas de saúde sexual e reprodutiva, situações de violência, drogas, bebidas alcoólicas, entre outras, podem ser questões as quais os adolescentes optem por manter no âmbito privado e, por vários motivos, preferem não dialogar com os seus responsáveis. Apesar disso, obtivemos relatos de alguns serviços que ainda exigem a presença do responsável tanto para a marcação quanto para a realização de consultas.

Esses fatores impeditivos vão contra o que é preconizado pelas Diretrizes Nacionais de Atenção à Saúde de Adolescentes e Jovens<sup>14</sup>, que valoriza a melhora do acesso aos serviços de saúde para alcançar os melhores resultados possíveis. Tal fato é reiterado no mesmo documento, ao reforçar que promover a saúde com adolescentes e jovens é considerar seus projetos de vida, é valorizar sua participação e o desenvolvimento de sua autonomia.

### Educação em Sexualidade

Apesar de vários documentos e políticas nacionais de saúde como o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)<sup>19</sup>, o Programa Saúde do Adolescente: bases programáticas<sup>21</sup>, o Saúde Integral de Adolescentes e Jovens: orientações para a organização de serviços de saúde<sup>22</sup> e as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde<sup>14</sup> incluírem a saúde sexual e reprodutiva do adolescente como um direito e como uma das ações básicas para este público, muitas vezes esse assunto nem mesmo é trazido à tona quando o adolescente comparece ao serviço de saúde.

Concordando com Barbosa<sup>23</sup>, levando-se em conta o fato da atenção primária ser considerada a porta de entrada dos serviços de saúde, as ações desenvolvidas vão além da assistência curativa e englobam também ações preventivas e de educação em saúde. Segundo Zan<sup>24</sup>, todas as oportunidades da relação com o adolescente devem ser aproveitadas para a abordagem dos diferentes aspectos da sexualidade, como parte integrante do processo de desenvolvimento. No entanto, a maior parte dos nossos entrevistados afirmou que em momento algum durante seus atendimentos essa temática foi abordada, tampouco foi feito algum tipo ação no que tange à educação em sexualidade.

*Entrevistador: Algum médico aqui da Unidade chegou a te orientar sobre sexo, proteção? Como evitar as doenças, a gravidez?*  
*Adolescente: Não. (Adolescente 20, 16 anos)*

Alguns temas foram eleitos como estruturantes para a atenção integral à saúde de adolescentes e de jovens nas Diretrizes Nacionais de Atenção à Saúde de Adolescentes e Jovens<sup>14</sup>, entre eles a equidade de gêneros e os direitos sexuais e reprodutivos. As iniciativas de educação em sexualidade são primordiais para a abordagem desses assuntos com os jovens, tendo em vista as peculiaridades do gênero masculino, que é enfatizado no mesmo documento a submeter o jovem a uma “automutilação”, por terem que reprimir as partes de sua própria

personalidade consideradas femininas, além de expor o adolescente do sexo masculino ao valor cultural da “honra masculina”, que além de tudo aumenta os riscos de sofrerem ou praticarem violência. Apesar disto, ainda são minoritários os projetos de investigação e intervenção que incluem também os homens<sup>14</sup>.

Pesquisas como as de Zocca et al.<sup>25</sup> e A. D. Santos, Campos e A. M. D. Santos<sup>26</sup> reiteram que nessa faixa etária, a principal fonte de informação no que tange à sexualidade são os amigos; em seguida temos a mídia (internet, revistas, televisão, etc.). Esse quadro reforça a necessidade de se usar cada visita do adolescente ao serviço de saúde como oportunidade para serem abordadas questões sobre tal tema. Muitos adolescentes vão às unidades de saúde interessados em obter informações, que por muitas vezes não são oferecidas.

*Entrevistador: Então, já que você não recebeu, você gostaria de ter recebido?*

*Adolescente: Aham.*

*Entrevistador: Sobre o quê? Qual a sua dúvida?*

*Adolescente: Como usar a camisinha. (Adolescente 4, 14 anos)*

Como uma das características do processo de trabalho fundamentais na atenção integral à saúde de jovens, as Diretrizes Nacionais de Atenção à Saúde de Adolescentes e Jovens<sup>14</sup> destaca que a educação em saúde, voltada para esse segmento etário, deve favorecer a autonomia, a liberdade e a dignidade humanas, estimulando a reflexão e o posicionamento frente a relações sociais que dificultam ou facilitam assumir comportamentos saudáveis, ao mesmo tempo em que estimula o desenvolvimento da curiosidade crítica como sinal de atenção que é integrante da vida.

Em meio aos 48 adolescentes entrevistados, apenas 13 (27%) mencionaram ter recebido algum tipo de orientação em sexualidade em seus atendimentos. As opiniões desses jovens foram as mais diversas, demonstrando uma heterogeneidade quanto ao conteúdo e à abordagem utilizada para o desenvolvimento dessa prática. Notou-se também, na fala dos adolescentes, que as orientações são dadas de forma hierarquizada e autoritária, não dando ao adolescente a oportunidade de se sensibilizar e refletir quanto ao autocuidado.

Segundo as Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde de Adolescentes e Jovens<sup>14</sup>, as atividades grupais de Educação em Saúde têm primazia nessa faixa etária, embora o atendimento individual seja importante e necessário. Nesse sentido, uma das ações do Ministério da Saúde, por meio da área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem, é a

Caderneta de Saúde do Adolescente (CSA), que tem como um de seus objetivos subsidiar profissionais e até mesmo pais e responsáveis na abordagem de temas como sexualidade e desenvolvimento. No entanto, somente um adolescente dentre os entrevistados relatou ter recebido esse material durante seu atendimento. Vale ressaltar que a utilização da CSA contribui também na integração das ações dos diversos profissionais e permite que o adolescente seja avaliado de forma contínua e uniforme em muitos aspectos<sup>27</sup>.

### Qualidade do Atendimento

Os adolescentes compõem um grupo heterogêneo e tal fato justifica o entendimento de que estes guardam preferências e expectativas diferentes entre si. No entanto, apesar das diferenças, adolescentes do mundo inteiro possuem duas características comuns em relação aos serviços de saúde: querem ser tratados com respeito e precisam estar certos que sua confidencialidade está protegida. É preciso que as necessidades do sujeito sejam percebidas em suas diversidades e, para que isso ocorra é fundamental a comunhão possibilitada pelo vínculo<sup>28</sup>.

Assim como o respeito à autonomia dos adolescentes, as Diretrizes Nacionais de Atenção à Saúde de Adolescentes e Jovens<sup>14</sup> reforçam que os princípios da confidencialidade e da privacidade são indispensáveis para estabelecer uma relação de respeito e de confiança entre profissionais e usuários. Autores defendem que construir uma relação de confiança entre o profissional e o adolescente é um alicerce imprescindível à segurança, na garantia da confidencialidade<sup>29</sup>. No entanto, ao serem questionados quanto à garantia de sigilo em seus atendimentos, a grande maioria dos entrevistados declarou que tal direito não foi mencionado em momento algum pelos profissionais de saúde. O respeito e o estímulo à autonomia dos entrevistados também foi algo identificado como ausente nas falas de alguns adolescentes.

*Entrevistador: Aqui, durante a consulta, ele falou para você sobre a garantia de sigilo? Que é a garantia de que tudo que for dito no consultório não vai sair do consultório, não vai ser dito para ninguém?*

*Adolescente: Não.*

*Entrevistador: Você sabia que existe essa garantia de sigilo?*

*Adolescente: Também não. (Adolescente 10, 14 anos)*

Os longos períodos de espera são a causa mais relevante da insatisfação sobre o

atendimento relatada pelos adolescentes. Esse mesmo aspecto foi identificado em pesquisa realizada por Graça<sup>30</sup>, na qual se pretendia conhecer o grau de satisfação dos adolescentes com os serviços de saúde de Lisboa, em Portugal. De acordo com a autora, as filas e os enormes tempos de espera são reforçados pela associação ao vazio do tempo sem ocupação. Os adolescentes dessa pesquisa associaram o número insuficiente de profissionais e o descumprimento dos horários das agendas de atendimento como razões causadoras dessa insatisfação.

*“A doutora me atendeu bem. Só que demora um pouco pra atender. (...) É que às vezes marca pra uma hora, não chega e aí chega atrasado. É igual a moça que tava reclamando, que ela tinha chegado 8 horas da manhã e a doutora só chegou às 9 horas”.* (Adolescente 2, 15 anos)

Em acordo com Graça<sup>30</sup>, são primordiais as características e atitudes dos profissionais e a qualidade da relação que estabelecem com os jovens. Também de acordo com as Diretrizes Nacionais de Atenção à Saúde de Adolescentes e Jovens, deve-se fazer o melhor acolhimento possível em espaços humanizados, de responsabilização e de formação de vínculos como um recurso terapêutico<sup>14</sup>.

Em contrapartida, nas falas dos entrevistados, o “mau humor” de alguns funcionários é algo recorrente e que causa insatisfação nos usuários. Tal fato é preocupante, sabendo-se que a experiência direta com os profissionais, quando positiva, parece aumentar a probabilidade de os jovens voltarem a procurar os serviços de saúde<sup>31</sup>.

*“Eu acho que, às vezes, as pessoas são meio mal-humoradas, mas como eu pouco falo com essas pessoas assim, então, para mim é indiferente”.* (Adolescente 34, 17 anos)

Alguns aspectos estruturais e de espaço físico também foram citados pelos entrevistados como geradores de insatisfação no atendimento. A preocupação com o risco de contaminação e com a disseminação de doenças também agregaram um conjunto de referências sobre o funcionamento deficiente dos serviços. Somados a estas, questões relacionadas ao maior conforto e bem-estar do adolescente também foram identificados por Graça<sup>30</sup> em sua pesquisa na capital portuguesa, o que reforça que as questões relacionadas ao ambiente/espaço e ao

funcionamento/organização dos serviços encontram-se globalmente associadas aos motivos de (in)satisfação do público estudado.

*“Pô, uma coisa que vi lá no Hospital do Andaraí que eu acharia muito legal se fizesse aqui, é tipo esses negocinho aqui de sabão, mas é de álcool gel. Assim, pra se higienizar.”* (Adolescente 35, 15 anos)

Quando se referiram à qualidade do atendimento prestado pelo profissional médico e enfermeiro, os adolescentes destacaram características como paciência, simpatia, educação, receptividade, não preocupação com a duração da consulta e até mesmo empatia para qualificar positivamente suas experiências. Quanto às avaliações negativas, houve relatos sobre a falta de resolutividade, treinamento deficiente, consultas muito rápidas, falta de abertura para compartilhar suas dúvidas e ausência de recomendações ao final do atendimento.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O conjunto de resultados do estudo permite fazer algumas conclusões, tendo em vista as Diretrizes Nacionais de Atenção à Saúde de Adolescentes e Jovens<sup>14</sup>. O acesso à saúde ainda é algo que necessita ser revisto, afim de alcançar resultados mais positivos. Esta pesquisa deixa claro que o adolescente do sexo masculino continua acessando as unidades de saúde, em sua maioria, devido a problemas agudos, e nesta oportunidade não são acompanhados em seu crescimento e desenvolvimento, o que poderia evitar determinadas demandas de saúde. Em suma, os adolescentes não reconhecem a ESF como um campo de atividades diferente das consultas voltadas a pessoas doentes, solicitação de exames e entrega de medicamentos<sup>32</sup>.

A percepção dos adolescentes do sexo masculino sobre a qualidade do atendimento recebido foi, para maioria dos entrevistados, satisfatória. Entretanto, muitos pontos também foram levantados e classificados como negativos: o tempo de espera pelo atendimento, o número insuficiente de profissionais, a falta de medicamentos, além de questões de espaço físico e estrutura dos serviços.

A qualidade do atendimento prestado ao adolescente deve ser levada em consideração por todos os profissionais envolvidos nas unidades de saúde. Tal importância é reiterada pelas Diretrizes Nacionais de Atenção à Saúde de Adolescentes e Jovens, uma vez que elas têm como

um de seus objetivos específicos sensibilizar gestores e profissionais do SUS para o compromisso com a melhoria sistemática na qualidade do atendimento nos serviços de saúde a adolescentes e jovens de ambos os sexos<sup>14</sup>.

Os dados citados neste trabalho revelam a necessidade de uma mudança na forma em que o adolescente do sexo masculino está sendo visto pelos serviços de saúde. As especificidades da adolescência precisam ser levadas em conta, assim como as características do gênero masculino e as diversas formas de masculinidade deste público. Faz-se importante um conjunto de mudanças para que seja alcançado um nível superior de qualidade em nossos serviços de saúde. Tais mudanças não são somente estruturais, são muito mais profundas, pois precisam modificar a inserção do adolescente na sociedade, assim como valorizar suas peculiaridades de gênero. Este estudo foi limitado à visão do usuário. Para uma melhora efetiva da atenção à saúde de adolescentes do sexo masculino nas unidades de saúde, é imperativo conhecer também as percepções dos profissionais que lá atendem.

### **REFERÊNCIAS**

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Brasília: Ministério da Saúde. 2008.
2. Figueiredo W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005;10(1).
3. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito A dos S. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2002;7(4):687-707.
4. Blima Schraiber L, Gomes R, Couto MT. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005;10(1).
5. Nardi AC, Glina S, Favorito LA. Epidemiological study of penile cancer in Brazil. *Int Braz J Urol*. Abril de 2007;33 Suppl 1:1-7.
6. Courtenay WH. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Soc Sci Med*. Maio de 2000;50(10):1385-401.
7. Laurenti R, Prado de Mello Jorge MH, Davidson Gotlieb SL. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005;10(1).
8. Luck M, Bamford M, Williamson P. Men's health: perspectives, diversity, and paradox. Oxford ; Malden, Mass: Blackwell. 2000. 268 p.
9. Ferrari PRA, Thomson Z, Melchior R. Adolescência: ações e percepção dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. 2008;12(25).

10. Nascimento M, Segundo M, Barker G. *Homens, masculinidades e políticas públicas: aportes para equidade de gênero*. Rio de Janeiro: Promundo, UNFPA. 2009.
11. Gomes R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. 2003.
12. Keijzer B. Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina Lima, Perú: Foro Internacional en Ciencias Sociales y Salud. 2003;137-152.
13. Minayo MC de S. O desafio do conhecimento. São Paulo: Rio de Janeiro: HUCITEC; ABRASCO. 1992. 269 p. (Saúde em debate).
14. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde. Brasília: MS. 2010.
15. Moura EC, Santos W, Neves ACM, Gomes R, Schwarz E. Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*. Fevereiro de 2014.
16. Knauth DR, Couto MT, dos Santos Figueiredo W. A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012;17(10).
17. Pinho JRO, Garcia PTG (Org). Saúde do adolescente e a saúde da família. São Luís; Edufma. 2016.
18. Alves MJH, Albuquerque GA, Silva AS, Belém JM, Nunes JFC, Leite MF, et al. Fatores envolvidos na adesão de estudantes adolescentes à estratégia saúde da família. *SANARE-Revista de Políticas Públicas*. 2017;15(2).
19. Brasil. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências [legislação na Internet]. Brasília. 1990.
20. Taquette SR, Monteiro DLM, Rodrigues NCP, Rozenberg R, Menezes DCS, Rodrigues A de O, et al. Saúde sexual e reprodutiva para a população adolescente, Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. Junho de 2017
21. Ministério da Saúde (BR), Programa de Saúde do Adolescente. Bases programáticas. Brasília (DF): O Ministério. 1989.
22. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde Integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde / Brasília – Ministério da Saúde. 2005. 44p. il.- ( Série A. Normas e Manuais Técnicos).
23. Barbosa CJL. Saúde do homem na atenção primária: mudanças necessárias no modelo de atenção. *Revista Saúde e Desenvolvimento*. 2014;6(3):99-114.

24. Zan RP. Educação Sexual. In: Gejer D. Sexualidade e saúde reprodutiva na adolescência. São Paulo: Atheneu. 2001.
25. Zocca AR, Muzzeti LR, Nogueira NS, Ribeiro PRM. Percepções de adolescentes sobre sexualidade e educação sexual. Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação. 2016;10(6).
26. Santos AD dos, Campos MP de A, Santos AMD dos. Sexualidade na adolescência: entre o desejo e o medo. 2012.
27. Castro RMS, Ferreira, ALS A Enfermagem na Atenção Primária à Saúde do Adolescente e do Jovem. In: Bastos, F.G. et. al. Eixos para a saúde de adolescentes e jovens. Rio de Janeiro: Flizo. 2014. p. 79-96
28. Silveira CLG, Melo VFC, Barreto AJR. Atenção à saúde do homem na atenção primária em saúde: revisão integrativa. Revista de enfermagem UFPE on line – ISSN: 1981-8963. 2017. v. 11, n. 3, p. 1528-1535,
29. Klostermann, B. K., Slap, G. B., Nebrig, D. M., Tivorsak, T. L. & Britto, M. T. (2005). Earning trust and losing it: Adolescents' views on trusting physicians. The Journal of Family Practice, [s/d]. 54 (8), 679-687.
30. Graça M da GV da. Perspectivas dos adolescentes sobre os profissionais e os serviços de saúde: preferências, barreiras e satisfação. 2016.
31. Freake H, Barley V, Kent G. Adolescents' views of helping professionals: a review of the literature. J Adolesc. Agosto de 2007;30(4):639-53.
32. Vieira RP, Machado MFAS, Bezerra IMP, Machado CA. Assistência à saúde e demanda dos serviços na estratégia saúde da família: a visão dos adolescentes. Cogitare Enfermagem. 2011;16(4).