Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ

Instituto de Medicina Social - IMS

Denise Leite Ocampos

O ensino sobre a saúde de adolescentes em uma escola pública de medicina do Distrito Federal

Rio de Janeiro

2018

Denise Leite Ocampos

O ensino sobre a saúde de adolescentes em uma escola pública de medicina do Distrito Federal

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção de título de mestre ao Programa de Mestrado Profissional em Administração em Saúde, da Pós-Graduação em Saúde Coletiva, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientadora: Prof.ª Dra. Luciana Maria Borges da Matta Souza

Rio de Janeiro

2018

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

O15 Ocampos, Denise Leite
O ensino sobre a saúde de adolescentes em uma escola pública de medicina do Distrito Federal / Denise Leite Ocampos – 2018.
128 f.

Orientadora: Luciana Maria Borges da Matta Souza

Dissertação (mestrado profissional) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Adolescente – Teses. 2. Saúde do adolescente – Teses. 3. Atenção à saúde – Teses. 4. Educação médica – Teses. 5. Currículo – Teses. 6. Distrito Federal (Brasil) – Teses. 7. Pesquisa qualitativa – Teses. I.Souza, Luciana Maria Borges da Matta. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 37:61(817.4)

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

_____ _____

Assinatura Data

Denise Leite Ocampos

O ensino sobre a saúde de adolescentes em uma escola pública de medicina do Distrito Federal

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção de título de mestre ao Programa de Mestrado Profissional em Administração em Saúde, da Pós-Graduação em Saúde Coletiva, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 04 de abril de 2018.

Orientadora: Prof.ª Dra. Luciana Maria Borges da Matta Souza

Banca examinadora:

_____

Prof.ª Dra. Luciana Maria Borges da Matta Souza (Orientadora)
Departamento de Pediatria/Hospital Universitário Pedro Ernesto - UERJ

_____

Prof.ª Dra. Adriana Cavalcanti Aguiar
Instituto de Medicina Social - UERJ

_____

Prof.ª Dra. Maria Cristina Caetano Kuschnir
Faculdade de Ciências Médicas - UERJ

Rio de Janeiro

2018

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu esposo, Denesmar, e aos meus filhos, Antônia e Francisco, que souberam compreender minha ausência nos momentos de estudo e elaboração desta pesquisa, e aos meus pais, João e Neuza, que nunca deixaram de acreditar em meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

Aos meus queridos Denesmar, Antônia (minha adolescente), Francisco, João e Neuza, respectivamente marido, filhos e pais, pelo imenso carinho e amor em todos os dias da minha vida.

A todos de minha grande família (irmãos, cunhados, sobrinhos, tios e primos) que, de uma forma direta ou indireta, contribuíram para a realização desta caminhada, sendo fonte de força e inspiração para jamais desistir de alcançar meus objetivos.

Às queridas amigas e companheiras do mestrado: Cinthya, Elisângela e Suzana, pelo apoio e motivação em muitos momentos de angústia e desgaste emocional.

À querida amiga e irmã Maria Aparecida Penso pela extrema generosidade em me auxiliar no estudo e pelo apoio nos momentos de fadiga e aflição.

À amiga e irmã do coração Giani Cezimbra, pela amizade, pois esteve compartilhando comigo minhas dificuldades no processo, mas também somando as alegrias.

À amiga Silvia Lordello por tantos aprendizados no tema Adolescência e por ser inspiração como profissional.

À querida Mônica Mulatinho, quem me apresentou a Hebiatria e me fez apaixonar por essa especialidade.

Às queridas amigas e aos queridos amigos: Bethânia, Bruno, Dayanne, Karol, Leonardo, Marina, Michelle, Pollyana, Roberta, Vanessa e tantas outras e outros, por sempre me incentivarem a prosperar e pela verdadeira amizade.

À querida Cristina Arruda, pela ajuda profissional nos momentos de angústia, ansiedade e desgaste emocional.

Às amigas de trabalho: Beatriz, Celina, Dôra e Helen, pela compreensão nos momentos de ausência e pelo incentivo em prosseguir com essa pesquisa.

Aos acadêmicos de medicina da ESCS, meus eternos discentes: Bianca Aguiar e Lucas Macedo, por me auxiliarem na análise documental. Gratidão imensa pelo desempenho de suas atividades com muita prontidão, compromisso e responsabilidade.

Aos colegas do Núcleo de Estudos da Saúde de Adolescentes – NESA/UERJ, Adolescentro/SES-DF e Coordenação Geral de Saúde de Adolescentes e Jovens do Ministério da Saúde – CGSAJ/MS, por minha qualificação e aprimoramento na atenção à saúde de adolescentes.

Aos colegas da atenção primária à saúde do DF que trabalham com adolescentes, pela oportunidade de aprender e pensar em estratégias para buscar uma atenção humanizada e qualificada aos nossos adolescentes.

Ao Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ) pela possibilidade de fazer parte deste mestrado.

À ESCS, SES/DF e Ministério da Saúde, pela parceria com a UERJ na organização do Curso de Especialização Ensino na Saúde, pré-requisito para o ingresso neste programa de mestrado.

Aos colegas docentes da ESCS que me concederam prontamente um horário para a realização das entrevistas e aos funcionários do NI/CCM/ESCS Marcelo e Zé Carlos, por me enviarem os documentos para análise documental e ao colega Wilton da Gerência de Avaliação pelo auxílio com os materiais.

Às queridas professoras Adriana Aguiar e Cristina Kushnir, que aceitaram participar da minha banca e com as quais aprendi muito na qualificação.

E não posso deixar de agradecer a professora e minha orientadora Luciana Borges, pelos conhecimentos e disposição diante de minhas limitações e por conduzir o desenvolvimento deste trabalho com muita sabedoria e paciência.

Enfim, a todas e todos os meus mais sinceros agradecimentos, especialmente às adolescentes e aos adolescentes que fizeram e fazem parte da minha trajetória de vida, com os quais aprendo mais do que os livros possam ensinar.

Amanhã seremos outros se agora formos um;
Amanhã nada seremos se voarmos feito anum;
Amanhã seremos outros se formos nós sem demora;
Amanhã seremos fortes se não perdermos o norte;
Amanhã seremos nós se desatarmos os nós que nos dão a História.

Ray Lima, educador popular

RESUMO

OCAMPOS, D. L. O ensino sobre a saúde de adolescentes em uma escola pública de medicina do Distrito Federal. 2018. 128f. Dissertação (Mestrado em Administração na Saúde) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

As políticas públicas relacionadas à atenção à saúde de adolescentes são muito recentes, assim como o conceito de adolescência, considerado um processo de vida. Apesar das leis e diretrizes que orientam a atenção à saúde, a atuação profissional relacionada à saúde de adolescentes está ainda subjugada à saúde da criança e relacionada às dimensões físicas, biológicas e patológicas, não assegurando aos profissionais a aquisição de competências e habilidades que permitam uma atuação integral junto a esse grupo. Desse modo, para se abordar as principais necessidades em saúde dos adolescentes, os profissionais precisam de uma formação voltada para essa finalidade. O profissional de saúde, principalmente o médico, que não possui competência para esse tipo de abordagem, faz somente uma assistência para as questões biológicas e não da uma atenção voltada para as reais particularidades dessa população. Observa-se um avanço nas diretrizes curriculares do curso de medicina quanto à integralidade do cuidado, porém, vários cursos de medicina no Brasil ainda abordam a saúde de adolescentes de forma fragmentada. Esta pesquisa descreve, portanto, como é realizada a inclusão do tema *Atenção à Saúde de Adolescentes* no currículo de uma escola pública de medicina do Distrito Federal, a ESCS. A pesquisa é qualitativa, de caráter exploratório e tem como sujeitos os coordenadores do curso de medicina. Os instrumentos de coleta de dados foram aplicados em diferentes momentos e ambientes, para realização da análise documental e das entrevistas semiestruturadas. A interpretação dos resultados foi feita por meio da técnica de análise de conteúdo. Como resultados, a análise documental mostrou que o tema é abordado na 1ª, 2ª e 4ª séries nos módulos temáticos 102, 201, 206 e 401; na 2ª série no programa habilidades e atitudes sobre a saúde da criança; na 2ª série, no programa IESC e na 5ª série, do internato, no rodízio da pediatria. Na análise das entrevistas foram obtidas as seguintes categorias: conhecimento das especificidades da linha de cuidado da saúde de adolescentes; o ensino-aprendizagem sobre saúde de adolescentes: formação do entrevistado; a saúde de adolescentes no currículo da ESCS e propostas de aprofundamento do currículo médico. A maioria dos entrevistados teve uma formação tradicional, com inclusão do tema adolescência junto da pediatria ou da ginecologia, de forma teórica, superficial e mais relacionada a aspectos fisiológicos. Como sugestão, os entrevistados propõem a inclusão do tema do primeiro ao sexto ano, no formato espiral, em todos os programas educacionais, com integração entre eles. Os objetivos desta pesquisa foram alcançados na tentativa de subsidiar possíveis estratégias de inserção dessa temática nos programas educacionais das instituições superiores, auxiliando na busca de melhoria do processo de aprendizagem dos estudantes, docentes e preceptores sobre o tema e, consequentemente, possibilitando uma atenção mais humanizada e qualificada para faixa etária adolescente nos serviços.

Palavras-chave: Adolescente. Atenção à saúde. Educação médica. Currículo. Medicina do adolescente.

ABSTRACT

OCAMPOS, D. L. Teaching about the adolescents' health in a public medical school in the Federal District. 128f. 2018. Dissertation. Master of Health Administration. Institute of Social Medicine, Rio de Janeiro State University, Rio de Janeiro, 2018.

Public policies related to adolescent health care are very recent, just as the concept of adolescence, considered a process of life. In spite of the laws and guidelines that guide the attention to health care, the professional performance related to the health of adolescents is still subjected to the health of the child and related to the physical, biological and pathological dimensions, not assuring to the professionals the acquisition of competences and abilities that allow an integral performance with this group. Therefore, in order to address the main health needs of adolescents, the professionals need an education training aimed at this purpose. The health professional, mainly the doctor, who has no competence for this type of approach, only provides an assistance to the biological issues and does not pay attention to the real particularities of this population. It is observed an advance in the curricular guidelines of the medicine course regarding the integrality of the care, although many medicine courses in Brazil still approach the adolescents' health in a fragmented way. This research, therefore, describes how the inclusion of the theme *Attention to Adolescents' Health* is made in the curriculum of a public medical school of the Federal District in Brazil, the ESCS. This is a qualitative research, with an exploratory nature and its subjects are the coordinators of the medicine course. The data collection instruments were applied in different moments and environments, in order to perform the documentary analysis and the semi-structured interview. The interpretation of the results was made by the content analysis technique. The documentary analysis showed that the theme is approached in the first, second and fourth years in thematic modules 102, 201, 206 and 401; in the second year, in the skills and attitudes about the child's health program; in the second year, on IESC program and in the boarding school; in the fifth year, in the pediatrics rotation. In the analysis of the interviews were obtained the following categories: knowledge of the specificities of the health care line of adolescents; the teaching-learning about adolescents' health: interviewee training; the health of adolescents in the ESCS curriculum, proposals to the deepening of the medical curriculum. Most of the interviewees had a traditional training, where the adolescence theme was included to the pediatrician or gynecology theme, in a superficial and theoretical way, more related to the physiological aspects. As a suggestion, the interviewees propose to include the theme from the first to the sixth year, in a spiral format, in all educational programs, with an integration between them. The aims of this research were reached in an attempt to subsidize possible strategies of including this theme in the educational programs of universities, helping to improve the learning process of students, teachers and preceptors on this subject and, consequently, enabling a more humanized and qualified attention for adolescents age group in the services.

Keywords: Adolescents. Attention to health. Medical education. Curriculum. Medicine for adolescents.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABP	Aprendizagem Baseada em Problemas
APS	Atenção Primária à Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CEM	Código de Ética Médica
CFM	Conselho Federal de Medicina
CREMERJ	Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro
CREMESP	Conselho Regional de Medicina de São Paulo
CONANDA	Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DF	Distrito Federal
DT	Dinâmica Tutorial
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EMESCAM	Escola de Medicina da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
ENADE	Exame Nacional de Desempenho de Estudantes
ESCS	Escola Superior de Ciências da Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAMEMA	Faculdade de Medicina de Marília
FCBIA	Fundação Centro Brasileiro para a Infância e Adolescência
FEPECS	Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
FMABC	Faculdade de Medicina do ABC
FUNABEM	Fundação do Bem-Estar do Menor
HA	Habilidades e Atitudes
HIV/AIDS	Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
HUB	Hospital Universitário de Brasília
HUPE	Hospital Universitário Pedro Ernesto
IES	Instituições de Ensino Superior
IESC	Interação Ensino-Serviços e Comunidade
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MS	Ministério da Saúde

MFC	Medicina de Família e Comunidade
MGC	Medicina Geral e Comunitária
MT	Módulo Temático
NESA	Núcleo de Estudos da Saúde de Adolescentes
NI/CCM/ESCS	Núcleo de Informática, da Coordenação do Curso de Medicina da Escola Superior de Ciências da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PNBEM	Política Nacional de Bem-Estar do Menor
PNAISAJ	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens
PPC	Projeto Pedagógico do Curso
PRAIA	Programa de Atenção Integral à Saúde do Adolescente do Distrito Federal
PROSAD	Programa de Saúde do Adolescente
PSE	Programa Saúde na Escola
SAMU	Atendimento Móvel de Urgência
SAS/MS	Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde
SES/DF	Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UERJ	Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UFAM	Universidade Federal do Amazonas
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFT	Universidade Federal de Tocantins
UnB	Universidade de Brasília
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	13
1	**ADOLESCÊNCIA, SUAS ESPECIFICIDADES E AS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DOS CURSOS DE MEDICINA**	18
1.1	**A adolescência e suas especificidades**	18
1.2	**A formação profissional do médico: busca pelo olhar integral**	21
1.3	**A formação profissional para a atenção à saúde de adolescentes**	23
2	**ATENÇÃO À SAÚDE DE ADOLESCENTES NO BRASIL: BREVE HISTÓRICO**	26
3	**ATENÇÃO À SAÚDE DE ADOLESCENTES NOS CURSOS DE MEDICINA DO BRASIL**	35
3.1	**As Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de medicina**	35
3.2	**Os projetos pedagógicos de cursos de medicina**	37
3.3	**Estudos sobre educação médica e saúde de adolescentes**	41
4	**O CURSO DE MEDICINA DA ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE BRASÍLIA – DISTRITO FEDERAL**	44
5	**OBJETIVOS**	50
6	**METODOLOGIA**	51
6.1	**Abordagem metodológica**	51
6.2	**Cenário da pesquisa**	52
6.3	**Participantes**	52
6.3.1	Critérios de inclusão	52
6.3.2	Critérios de exclusão	52
6.4	**Instrumentos**	52
6.4.1	Análise documental	52
6.4.2	Entrevista semiestruturada	54
6.5	**Procedimentos**	54
6.6	**Análise dos dados**	55

6.7 **Riscos**..... 56
6.8 **Benefícios**..... 57
6.9 **Desfecho primário**..... 57
6.10 **Desfecho secundário**..... 58
6.11 **Cuidados éticos**..... 58
7 **RESULTADOS E DISCUSSÃO**..... 59
7.1 **Análise documental**..... 59
7.2 **Perfil sociodemográfico dos sujeitos da pesquisa**..... 67
7.3 **Análise das entrevistas**..... 68
7.3.1 Categoria A: Conhecimento das especificidades da linha de cuidado da saúde de adolescentes..... 69
7.3.2 Categoria B: O ensino-aprendizagem sobre saúde de adolescentes: a formação do entrevistado..... 98
7.3.3 Categoria C: A saúde de adolescentes no currículo da ESCS..... 101
7.3.4 Categoria D: Propostas de aprofundamento do tema no currículo médico..... 107
CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 111
REFERÊNCIAS..... 116
APÊNDICE A - Roteiro de Análise Documental..... 127
APÊNDICE B – Roteiro da Entrevista Semiestruturada..... 128
APÊNDICE C - Quadro 1: Documentos Analisados..... 130
APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... 134
APÊNDICE E – Quadro 2: Perfil Sociodemográfico dos Sujeitos..... 135

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Eu sou natural de Ponta Porã (Mato Grosso do Sul), filha de um servidor público estadual e de uma servidora do lar, os quais possuem ensino médio e ensino fundamental completos, respectivamente. Sou a mais nova e "temporona", de quatro filhos, nascida após 16 anos do filho mais novo.

Tive uma infância privilegiada, com muitos amigos, em uma época com mais segurança, quando as brincadeiras eram nos quintais e ruas do bairro em que morávamos. Minha adolescência foi "normal", como dizem os (as) adolescentes. Passei pelos anseios, descobertas e desafios que esse processo de vida nos proporciona.

Eu sempre quis fazer medicina, sendo uma das brincadeiras favoritas desde os 5 anos de idade. Fui em busca desse sonho e, aos 17 anos, ingressei no curso de Medicina da Escola de Medicina da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, no Espírito Santo (EMESCAM - ES).

Ao iniciar o curso, os estudantes de medicina têm muitas expectativas em relação ao mercado de trabalho e comigo não foi diferente. Eu achava que faria uma especialidade e quando saísse da faculdade iria abrir meu consultório, trabalhar em alguns hospitais e ganhar muito dinheiro. No entanto, ao longo do curso, tive a felicidade de entender minha verdadeira missão com a profissão escolhida: cuidar de pessoas.

No término do curso eu tinha um dilema: qual especialidade escolher já que gostava de tudo? Eis que havia surgido há pouco tempo a especialidade Medicina Geral e Comunitária (MGC), depois denominada Medicina de Família e Comunidade (MFC). Decidi, então, seguir esse caminho, pois poderia atuar com todas as faixas etárias e com a clínica voltada para as pessoas e não para órgãos e doenças. O programa de residência em MGC de Brasília era recente (fiz parte da segunda turma do programa), mas me proporcionou encontrar o meu nicho, o meu caminho, o que eu realmente queria para minha carreira médica.

Quanto à Medicina de Adolescentes, a Hebiatria, quando surgiu a ideia de cursá-la? Ela surgiu durante a residência de MGC, quando passei dez semanas em um programa de saúde de adolescentes, acompanhando consultas e atividades coletivas com uma hebiatra. Foi paixão à primeira vista. Acho que eu me identifiquei com adolescentes ali cuidados, pois me lembrei de minha adolescência (descobertas, aprendizados, iniciativas, criatividade, vontade

de viver, liberdade, autonomia) e também dos desafios enfrentados na época: decepção com amizades, quase separação de meus pais, pouco convívio com irmãos muito mais velhos, experiência do primeiro namorado, vivência da sexualidade, envolvimento de amigos com drogas e preocupação com profissão.

Cursei a residência médica em Medicina de Adolescentes na UERJ (Universidade Estadual do Rio de Janeiro), após um concurso, com acesso direto, sem o pré-requisito de ser pediatra. Foram mais dois anos de muito aprendizado e experiência, agora em um hospital universitário estadual e de referência. Ao final, estava realizada e mais segura para entrar no mercado de trabalho.

Fiz o concurso da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal em 2005, tomando posse como servidora efetiva em 2006. Iniciei o trabalho como Médica de Família e Comunidade em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), a qual funcionava no modelo hegemônico e não da Estratégia Saúde da Família (ESF). Tive oportunidade de fazer ações com adolescentes nessa UBS. Logo em seguida, fui convidada a trabalhar na gestão, na Coordenação da Saúde de adolescentes da SES/DF, onde trabalho até os dias atuais. Nesse momento, começaram minhas inquietações em relação ao tema saúde de adolescentes.

Em minha atuação na gestão, eu tinha como desafio aumentar a cobertura de atendimento de adolescentes na Atenção Primária à Saúde (APS) e melhorar a qualidade na atenção a essa clientela. Nos meus contatos com profissionais de saúde dos diferentes locais do DF, eu observava que a maioria deles não tinha interesse em trabalhar com adolescentes. Alegava-se que esse público não procurava as unidades de saúde, não adoecia e que era muito difícil de lidar com ele, pela rebeldia e timidez. Diziam assim dos adolescentes: “uns verdadeiros aborrecentes”. Já os adolescentes, nos grupos focais realizados, relatavam que os profissionais eram hostis, que as unidades não tinham nenhuma atividade atrativa para eles e que e eles, muitas vezes, eram ridicularizados quando conseguiam o acesso. Os profissionais falavam assim: “eles acham que somos anormais”.

Quando entrei no mestrado, o tema escolhido, então, para pesquisar foi sobre a saúde de adolescentes, pois as inquietações só aumentavam. Ao longo dos 10 anos na equipe da Coordenação da saúde de adolescentes da SES/DF, muitos profissionais foram qualificados ao atendimento desses jovens, mas ainda havia muitos desafios na cobertura e na qualidade da atenção. Como na minha formação como médica não tive ensino sobre a adolescência e só

tive contato com esse público na residência, situação também relatada por muitos colegas, eu decidi realizar a pesquisa sobre o ensino da saúde de adolescentes em uma escola de medicina do DF. Com isso, para avaliar como é a inclusão do tema “atenção à saúde de adolescentes no currículo de uma instituição de ensino superior”, eu parti do pressuposto de que os profissionais têm dificuldades em realizar uma abordagem com adolescentes devido a uma formação insuficiente em relação a essa temática.

Justificativas e problema da pesquisa

O curso de Medicina da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) do Distrito Federal (DF) apresenta uma metodologia diferente da tradicional de formação médica. Ao invés do ensino baseado no professor, na informação fornecida por ele, dentro de disciplinas, com foco nas práticas do hospital e nas oportunidades, o ensino é baseado no estudante, com discussão de problemas trazidos de fatos reais e da comunidade, com olhar interdisciplinar, com conteúdos eletivos e de forma sistematizada ou estruturada, com o objetivo de colocar em prática o saber (cognitivo), o saber fazer (habilidades), o saber ser (atitudes) e o saber aprender (ESCS, 2012).

Um dos programas educacionais da ESCS é a Interação Ensino-Serviços e Comunidade (IESC), cuja finalidade é a de propiciar uma interação entre estudantes, profissionais de saúde, docentes, famílias e comunidade. As atividades desenvolvidas estão de acordo com a realidade da população e visam à promoção da saúde, à prevenção de agravos, à assistência, à proteção e à recuperação da saúde. Os estudantes vivenciam as práticas cotidianas de um serviço de saúde desde a recepção e acolhimento dos usuários até a elaboração dos planos de cuidado e terapêutico. Com isso, adquirem competências para atuarem na comunidade, contribuir para a melhoria da atenção à saúde de famílias, indivíduos e grupos, em cada área de atuação, com prioridade para as ações da APS (ESCS, 2012).

Além disso, o IESC possibilita o crescimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade e oportuniza a integração com os outros programas educacionais. Como ele também é prático, ao interagir com os outros programas, contribui para a superação da dicotomia teoria/prática (ESCS, 2012).

Assim, nessa Escola os estudantes vivenciam determinadas situações reais várias vezes e de diferentes formas, o que possibilita enriquecimento do aprendizado. Podemos pensar, então, que a saúde de adolescentes está sendo abordada, já que os estudantes têm a oportunidade de estarem desde os anos iniciais com todos os ciclos de vida na comunidade. Como cada grupo de estudantes tem um cenário de prática num território de abrangência de um serviço de saúde, a vivência com todos os ciclos de vida é factível no IESC, sendo o aprendizado sobre a saúde de adolescentes possível de acontecer. No entanto, é desconhecida a forma como docentes trabalham sobre o assunto e que motivações eles têm para propiciar um ensino-aprendizagem para a formação médica dos estudantes da ESCS sobre esse assunto.

Como os serviços de saúde, principalmente da APS, têm papel essencial na atenção à saúde de adolescentes, apesar de, na realidade, haver uma lacuna entre esses indivíduos e os serviços, torna-se relevante conhecer o processo de formação dos estudantes e os reflexos da mesma em sua atuação profissional, verificar a compreensão dos profissionais sobre o tema e como as especificidades da adolescência propiciam uma abordagem específica a essa faixa etária**.** Isso elucidará os desafios sobre o fenômeno, possibilitando uma análise sobre os pontos favoráveis e desfavoráveis desse processo, o que pode permitir o aprimoramento da qualidade do ensino e humanização das ações para a saúde de adolescentes.

Partindo desse raciocínio, a pergunta relacionada ao problema desta pesquisa é: *como o tema atenção à saúde de adolescentes está inserido nos programas educacionais da ESCS?* Tal questionamento se baseia nas seguintes hipóteses: inclusão parcial do tema atenção à saúde de adolescentes no currículo da ESCS; dificuldades dos coordenadores e docentes em compreender a necessidade e importância da total inclusão e falta de qualificação dos docentes sobre o assunto.

Para compreender as justificativas do presente trabalho, o primeiro capítulo trata da adolescência, de suas especificidades e das diretrizes curriculares nacionais do curso de medicina, trazendo publicações de diversos autores sobre a adolescência e suas principais características, bem como sobre a formação profissional do médico, diante do sistema de saúde vigente e da formação profissional, inclusive do médico, para atuar na atenção à saúde de adolescentes. O segundo capítulo aborda a atenção à saúde de adolescentes, com aspectos sociais e históricos mundiais e do Brasil, desde a concepção de adolescência como um processo de vida até a formulação das políticas públicas para esse grupo. E o terceiro capítulo

explora o ensino da saúde de adolescentes nos cursos de medicina do Brasil, com as orientações das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os currículos médicos e os trabalhos identificados sobre formação profissional e saúde de adolescentes ou medicina de adolescentes.

1. ADOLESCÊNCIA, SUAS ESPECIFICIDADES E AS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DOS CURSOS DE MEDICINA

1.1 A adolescência e suas especificidades

A sociedade, em geral, habitua-se a ver a adolescência como uma etapa e um período do ciclo de vida humano desconectado dos demais processos de vida. No entanto, é arriscado entendermos que seja uma fase, porque não há uma interrupção e depois um retorno. Não significa também que as características do crescimento e desenvolvimento na adolescência sejam as mesmas da infância (COIMBRA; BOCCO; NASCIMENTO, 2005; OCAMPOS, 2009).

O desenvolvimento é um processo contínuo e dinâmico, com surgimento de algo novo, inexistente nos estágios iniciais e esse sentido corrobora com a definição de adolescência, em não ser algo passageiro, provisório e que passa com o tempo (CARDENAS, 2009).

A adolescência faz parte do processo dinâmico da vida do ser humano, marcado por profundas transformações biológicas, psíquicas e sociais, as quais vão expressar grande importância para o resto da existência. As ansiedades e conflitos interiores são diários no que tange ao que a sociedade exige e o que realmente é necessário para sua individuação saudável, enquanto pessoa (ALMEIDA et al., 2007).

Todas essas transformações observadas nos adolescentes não ocorrem de forma ordenada, mas, sim, de forma paralela e correlacionada. Um equívoco é achar que os adolescentes adotam uma postura expectante de modo a aguardar o fim de todo o processo (GOMES, 2003). Na verdade, se deparam com sua imagem de adolescente quando iniciam a puberdade, com as modificações corporais súbitas, difíceis de serem ocultadas, ocorridas em rápida velocidade de tempo. Surgem as preocupações e dúvidas quanto à normalidade dos eventos, os quais, muitas vezes, são geradores de insatisfação e descontentamento, porque o corpo real é diferente do corpo idealizado, propiciando dificuldades na adaptação às mesmas (ALMEIDA et al., 2007; AZEVEDO, 2008).

Além desse aspecto relacionado à imagem corporal, existem as características psicológicas, explicadas por Senna e Dessen (2012) por meio das teorias psicológicas que surgiram durante os séculos. Elas destacam os estudiosos Stanley Hall, Sigmond Freud, Erik Erickson, Margareth Mead, Jean Piaget e depois descrevem sobre as teorias contextualistas e as da atualidade. As teorias serão melhor abordadas no Capítulo 7 – Resultados e Discussão, desta pesquisa.

Para o autor Knobel (2008), as principais características psicossociais eram: estruturação da identidade, aquisição do pensamento lógico, formal e reflexivo, aparecimento do universo adulto e vivência dos lutos: luto pela perda do corpo infantil, luto pela perda do papel e identidade infantil e luto pela perda dos pais. Para ele, não teria a definição da identidade adulta se os adolescentes não elaborassem e vivenciassem esses lutos. Ele descreveu junto a Aberastury (1980), as dez características do desenvolvimento psicossocial do adolescente, com a denominação *Síndrome Normal da Adolescência*, sendo elas: busca de si mesmo e da identidade adulta, mediante elaboração dos lutos; tendência grupal; necessidade de intelectualizar e fantasiar com o imaginário e a saída do presente; crises religiosas ou questionamentos das religiões e da religiosidade; distemporalidade; evolução sexual desde o autoerotismo até a genitalidade; atitude social reivindicatória, agressividade e violência; contradições sucessivas em todas as manifestações da conduta; separação dos pais e constantes flutuações do humor e do estado de ânimo. O termo *Síndrome Normal da Adolescência* foi controverso para alguns profissionais, mas facilitador da prática de saúde para outros, principalmente na época publicada.

Mais tarde, Knobel, ao constatar mudanças no pensamento, conduta, valores e estilo de vida dos adolescentes, modificou os itens dessa síndrome para: processos elaborativos dos lutos, necessidade de integrar grupos de coetâneos, fantasiar com o imaginário e a saída do presente, distemporalidade, questionamento crítico às religiões, desenvolvimento da sexualidade: autoerotismo, práticas de genitalidade e identidade sexual definida, agressividade, violência, condutas sadomasoquistas, com ou sem reinvindicações sociais, separação progressiva e brusca dos pais e/ou grupo familiar, flutuações do testado de ânimo, do humor, com base de predomínio depressivo (ROZENBERG; CRUZ, 2012).

Em suma, para a busca de sua identidade, os adolescentes se tornam contestadores, desafiadores dos modelos estabelecidos, procuram pares e grupos com intuito de construir

alianças, maneiras novas de pensar, compreender o mundo real e estabelecer opiniões próprias. Eles não querem mais ser chamados de crianças, ter um padrão de comportamento similar ao da infância, ter opiniões definidas por seus pais e sociedade e nem ser confundidos com adultos, por ter *status* de adulto sem a identidade para tal; ou seja, não querem associar os privilégios às responsabilidades (SALLES, 2005).

Nos aspectos sociais, as aspirações são relacionadas ao trabalho, estudo, cidadania, busca pelos direitos, participação social e ampliação do olhar para os acontecimentos do mundo. A exigência já é em um projeto de vida profissional, de constituição de família, da separação física dos pais e das responsabilidades. Nesse sentido, o que vemos é um adolescente em luta contra o que o limita e o reprime. Esse grupo anseia pela liberdade e independência, ultrapassa os limites impostos anteriormente e se expõe a riscos e vulnerabilidades. Isso se torna muito complicado quando a sociedade projeta suas falhas nas atitudes e comportamentos dos adolescentes, os culpabilizando pela prostituição, abuso de substâncias psicoativas, aquisição das infecções sexualmente transmissíveis, rebeldias, acidentes etc. A sociedade não assume sua responsabilidade e nem oferta possibilidades de dividir com essa faixa etária o ônus social (ALMEIDA et al., 2007).

Tendo em vista a complexidade do tema, abaixo serão descritas algumas definições e classificações, de modo a contribuir no entendimento da adolescência e suas especificidades.

Quanto a definição, do ponto de vista etário, a Organização Mundial de Saúde (OMS), define essa faixa etária como fase evolutiva do ser humano que deve ser considerada a partir dos vértices biológico, psicológico e social, sendo o período de transição entre a infância e a idade adulta, o qual corresponde à segunda década de vida (10 a 20 anos incompletos), caracterizada pelo desenvolvimento físico, cognitivo, afetivo, moral e social (AZEVEDO, 2008). E o Estatuto da Criança e do Adolescente considera crianças pessoas com até 12 anos de idade incompletos e adolescentes, pessoas entre 12 e 18 anos incompletos (BRASIL, 2011).

Queiroz et al. (2011, p. 47) traz o conceito estabelecido nas publicações especializadas sobre o tema: “adolescência é a etapa da vida compreendida entre a infância e a idade adulta, marcada por um complexo processo de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial”.

Um importante evento para a adolescência no Brasil, a plenária do Seminário Latino Americano sobre Saúde do Adolescente, em 1977, definiu adolescente como o indivíduo que

se encontra em fase peculiar de transição biopsicossocial, caracterizada por transformações biológicas em busca de uma definição de seu papel social, determinado pelos padrões culturais de seu meio (AZEVEDO, 2008).

Podemos utilizar também o termo *Adolescências*, cuja ideia transcende a demarcação de faixa etária. É impossível negar o sentido plural das adolescências porque existem variações individuais significativas dos adolescentes vivenciarem sua adolescência, sendo influenciadas pelo espaço, tempo, aspectos culturais, sociais, comunitários e socioeconômicos, pela escolaridade e pelas aspirações pessoais, sendo de diferentes maneiras e graus de intensidade (BRASIL, 2010; PENSO et al., 2012; SHOEN-FERREITA; AZNAR-FARIAS; SILVARES, 2010).

Quanto a classificação, Jillson e Eisenstein (2013) propõem a classificação do desenvolvimento humano na adolescência, quanto à faixa etária, da seguinte forma:

a) Adolescência inicial (10 aos 13 anos): estirão puberal, início da maturação sexual e do pensamento crítico;
b) Adolescência média (14 aos 17 anos): período de desenvolvimento do senso da identidade, relacionamento com seu grupo e pensamento reflexivo;
c) Adolescência tardia (18 aos 20 anos): quando já se formou identidade pessoal, com pensamentos e opiniões formadas.

Assim, a expressão *adolescência* não é resultado das forças inatas que eclodem nesse processo de vida, mas sim do resultado de uma história de vida construída desde a infância ou até iniciada antes mesmo do nascimento e, portanto, tem raízes nas relações familiares e sociais elaboradas desde então.

1.2 **A formação profissional do médico: busca pelo olhar integral**

Com a promulgação da Constituição Federal Brasileira em 1988 e a redefinição da organização do setor saúde e criação do Sistema Único de Saúde (SUS), houve a necessidade de se reorganizar o ensino da saúde e também os currículos das profissões envolvidas, porque enquanto o sistema de saúde estava sendo reordenado para um novo modelo, a formação

profissional, para atuar nesse sistema, continuava orientada pela lógica do antigo (HAFNER, 2010; MOREIRA; DIAS, 2015).

Em 2001, foram publicadas as DCN dos cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia, trazendo modificações no modelo de educação até então vigente (CIRINO, 2017; MATA, 2015). Os profissionais deveriam estar aptos a abordar os sujeitos de forma integral, com competências além das biológicas, e o processo ensino-aprendizagem deveria ser centrado no estudante, em que o mesmo seria protagonista na construção do seu conhecimento (CIRINO, 2017). O perfil do profissional para trabalhar no novo sistema foi redefinido, sendo normatizadas habilidades e competências nos aspectos: atenção à saúde, tomada de decisão, comunicação, liderança, gerenciamento e educação permanente (HAFNER, 2010).

O SUS reorganizou as práticas de atenção e da gestão do sistema de saúde, sendo necessária a instituição de um novo modelo de saúde. Para a implementação da APS foi escolhida a Estratégia Saúde da Família (ESF), modelo nacional baseado nos excelentes resultados alcançados na reforma da atenção primária em outros países e por ter princípios que permitiam ser factível sua reprodução no território brasileiro: diversidade cultural, condições socioeconômicas, perfil demográfico, extensão territorial etc. Ao mesmo tempo, o modelo de educação precisava se alterar para alcançar os objetivos do novo modelo de saúde, já que o antigo não mais conseguia atingir as necessidades da população (saúde em detrimento da doença, família em detrimento do indivíduo, equipe em detrimento do médico) e, consequentemente, as necessidades dos profissionais, pois aqueles formados no modelo biomédico tinham dificuldades para atuar no novo contexto (CIRINO, 2017; MATA, 2015; MOREIRA; DIAS, 2015).

Em 2014, a DCN dos cursos de medicina foi revisada, impulsionada pelo “Programa Mais Médicos”, na tentativa de atender às mudanças, tendo em vista a solidificação do modelo de atenção baseado na ESF. Isso afirmou a centralidade da formação na APS e reverteu paradigmas das práticas profissionais, ainda muito tecnicistas, pouco humanizadas e com dificuldades de exercitar o conceito de responsabilidade social (CIRINO, 2017; CYRINO, 2015; MATA, 2015).

Comparando as duas DCN, observa-se que há diferenças muito importantes e que impactam fortemente na formação do médico. Apesar da DCN 2001 normatizar sobre: os

aspectos relacionados às diretrizes do SUS, a humanização e qualificação do cuidado, o respeito às relações interpessoais e dos usuários com a comunidade, as outras formas de comunicação, promoção do autocuidado, a autonomia do sujeito, promoção, e prevenção dos agravos, além da assistência e trabalho em equipe, somente a DCN 2014 traz a abordagem familiar e comunitária, o cuidado centrado na pessoa, em detrimento à doença, a qualificação do profissional dentro de um sistema de saúde, com conhecimento dos modelos de atenção e de gestão do cuidado sobre relações horizontais com os clientes/pacientes, a conduta compartilhada e negociada com os sujeitos e a atenção às necessidades individuais e coletivas da comunidade e não aos interesses do serviço e do profissional (BRASIL, 2014). A DCN 2014 avançou quando inseriu uma porcentagem maior do internato nos serviços de APS, orientada pela MFC, e quando fortaleceu a atuação dos discentes nos serviços de urgência e emergência. Dessa forma, o estudante é formado para ser generalista, assim como as duas DCN descrevem como o médico deve ser formado (BRASIL, 2014).

O cumprimento efetivo dessas diretrizes implica em uma radical mudança da graduação (MOREIRA; DIAS, 2015). As DCN têm uma proposta progressista ao realizarem mudanças em relação à atenção e gestão à saúde e ao incluir a integralidade do cuidado (atributo essencial da APS), a universalidade e a equidade (princípios do SUS). No entanto, os cenários de aprendizagem ainda apresentam a sua prática dissociada da teoria. Assim, observa-se uma atuação profissional que não contempla os sujeitos de forma integral, principalmente no que diz respeito a abordagem relacionada a algumas faixas etárias do indivíduo, como adolescentes e idosos. (CIRINO, 2017; MATA, 2015). E o processo educacional fica subordinado a essas práticas, sendo reproduzido um olhar fragmentado, sem a realização de ações sistematizadas para as particularidades (MATA, 2015). É necessário que os princípios do SUS se transformem em prática real, tornando-se pertinente problematizar a formação para a consolidação do SUS (JORGE, 2014).

1.3 **A formação profissional para a atenção à saúde de adolescentes**

Nas últimas décadas, observou-se no Brasil uma modificação demográfica, marcada pela queda da mortalidade infantil e da fecundidade, pelo aumento da expectativa de vida e pela desaceleração no ritmo de crescimento da população jovem. Mesmo assim, adolescentes e jovens de 10 a 24 anos representam 26,9% da população brasileira, ou seja, aproximadamente cinquenta milhões de brasileiros. Essa expressividade populacional está exposta às mais elevadas taxas de mortalidade, por causas externas, e a todos os riscos, por suas vulnerabilidades (BRASIL, 2017).

Tendo em vista os aspectos desenvolvimentais, históricos e epidemiológicos da adolescência, é necessário que adolescentes encontrem ambientes de segurança social e emocional para expor suas ideias, angústias, medos e sua posição frente ao seu novo papel na sociedade. Assim, é muito importante o papel desempenhado pelos profissionais na atenção à saúde (DINIZ; CUNHA; FERREIRA, 2008; VALE, 2013).

Considerando a complexidade, as peculiaridades e a história desse processo de vida, as recomendações do Ministério da Saúde para a atenção à saúde de adolescentes são (BRASIL, 2010):

a) Maior acesso de adolescentes às políticas públicas, especialmente, aos serviços de saúde, onde seu crescimento e desenvolvimento possam ser acompanhados;
b) Escuta qualificada às suas demandas específicas;
c) Atenção profissional eficaz na integralidade do cuidado.

O médico tem fundamental importância nessa abordagem, e sua função, segundo Crespin, descrito por Coates, Beznos e Françoso em seu livro Medicina do Adolescente (2003, p. 11) é a de:

> Estimular o adolescente a se responsabilizar por seus próprios cuidados e lembrar que ele tem direito a assistência integral; acompanhar o crescimento e desenvolvimento biopsicossocial; detectar o mais precoce possível às situações de risco; garantir a passagem à vida adulta de forma saudável; valorizar o importante papel das famílias; harmonizar as queixas que possam existir entre pais e filhos e vice-versa; lembrar que nenhuma consulta será completa, se além da queixa principal, não se incluir a avaliação da escola, pares, calendário vacinal, uso de drogas, DST/AIDS, gravidez e vulnerabilidades.

As políticas públicas relacionadas à Atenção à Saúde de Adolescentes são muito recentes, assim como o conceito de adolescência. A lei n. º 8.069, de 13 de julho de 1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) contribuiu para o surgimento de políticas específicas (BRASIL, 2011). Até então a atenção à saúde dessa população era invisível, de modo que os atendimentos eram omissos aos adolescentes e não havia um olhar para as necessidades dessa faixa etária.

Constata-se que, apesar da constituição brasileira, do SUS e do ECA, a atuação profissional relacionada à saúde de adolescentes ainda está subjugada à saúde da criança, muito relacionada às dimensões físicas, biológicas e patológicas, não assegurando aos profissionais a aquisição de competências e habilidades que permita uma atuação integral junto a essa faixa etária (JORGE 2014; MATA, 2015).

Mesmo com a instituição de um modelo de atenção inovador, baseado na ESF, com papel na atenção integral das pessoas e atendimento de toda família, ou seja, de todos do ciclo de vida, as necessidades particulares não são verificadas. Pode-se dizer que não há um olhar diferenciado para as especificidades dessa faixa etária, são insuficientes a formação e a duração dos cursos para essa finalidade, não há uma atenção qualificada quanto à duração dos atendimentos e a maioria dos profissionais não apresenta competências para detectar fatores de risco, principalmente, relacionadas às questões psicossociais (SILEO; VILAGRASA, 2002).

Isso gera insegurança e frustração no profissional, de forma que o médico, sem competência para esse tipo de abordagem, faz somente uma assistência para as questões biológicas, não praticando a integralidade do cuidado (ARAÚJO, 2016; MATA, 2015; SILEO; VILAGRASA, 2002; XAVIER et al., 2013). Os profissionais tendem a desenvolver a abordagem de forma quase automática, sem qualquer preocupação e elaboração teórica (CRESPIN, 2003; GOMES, 2003) e os adolescentes não se beneficiam com esse tipo de abordagem.

2 **ATENÇÃO À SAÚDE DE ADOLESCENTES NO BRASIL: BREVE HISTÓRICO**

Para se discutir a atenção à saúde de adolescentes no Brasil, é imprescindível trazer os aspectos sociais e históricos mundiais, relacionados à adolescência, de modo a correlacioná-los com suas especificidades e com a formulação das políticas públicas.

O conceito de adolescência como processo de desenvolvimento humano nem sempre existiu. Na idade média não havia distinção entre a criança e o adulto. A criança estava relacionada à dependência e quando conseguia viver mais independente de sua mãe ou ama, já era considerada adulta (MEIRELES et al., 2013). Para a sociedade medieval a criança era um adulto em miniatura, sendo visualizada essa ideia nas pinturas da época, em que não havia diferenças nos traços e expressões corporais entre adultos e crianças (SHOEN-FERREITA; AZNAR-FARIAS; SILVARES, 2010).

No Renascimento, devido modificações no pensamento do indivíduo em relação a si e sua relação com os outros, iniciou-se essa distinção. A família ganhava novo significado, tornava-se um espaço de afetividade entre pais e filhos, deixando de ser meramente uma unidade econômica. No entanto, não havia ainda a identificação da adolescência. A infância tinha longa duração, não havia a separação da infância pela puberdade. Foram criados colégios (internatos) para educação das crianças por adultos especialistas, em lugares fechados, onde as crianças ficavam a maior parte de sua vida e eram separadas dos outros, porque o Estado e a Igreja alegavam que as famílias tinham excesso de complacência e exagero nos mimos (GROSSMAN, 2010; SHOEN-FERREITA; AZNAR-FARIAS; SILVARES, 2010).

Somente no século XVIII, quando surge o Iluminismo, a adolescência é identificada, sendo, no sexo masculino, delineada como período que começa desde a primeira comunhão (12 anos) até o bacharelado ou alistamento militar e no sexo feminino, da comunhão ao casamento. As meninas casavam muito cedo, por volta dos 16 anos. Foi nessa época que a adolescência passou a ser encarada como um período crítico da vida, com potenciais riscos para o indivíduo e para a sociedade. No final deste século houve evidência da preocupação com o adolescente, uma vez que os índices de mortalidade e morbidade nessa faixa etária

cresceram por causa das guerras e com eles a necessidade de se preservar o futuro da população (SHOEN-FERREITA; AZNAR-FARIAS; SILVARES, 2010).

No século XIX surgiu um movimento nas relações entre pais e filhos, e a infância foi encarada como um período privilegiado da vida. Nesse momento, as pessoas dedicavam mais amor às crianças porque acreditava-se que era um investimento no futuro. A adolescência foi balizada com nitidez e confirmada como fase crítica, turbulenta e com potenciais riscos pessoais e sociais (GROSSMAN, 2010; SHOEN-FERREITA; AZNAR-FARIAS; SILVARES, 2010). Essa ideia do que se pensava da adolescência aproximou médicos e educadores no estudo sobre esse processo de vida. Em 1884, na Inglaterra, foi criada a Associação de médicos de escolas para acompanhar clinicamente os estudantes e realizar pesquisas (GROSSMAN, 2010).

No Brasil, os primeiros passos relacionados à adolescência surgiram no século XVIII, com os marcos legais e as normatizações, tornando a infância e a adolescência objeto de controle do Estado; e tendo como estratégia uma atenção médica, jurídica e assistencial (PEREZ; PASSONE, 2010. A Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro iniciou estudos sobre as crianças e adolescentes, contribuindo para o advento da Pediatria no País, sendo influenciada pelos movimentos higienistas e positivistas do cenário internacional (PEREZ; PASSONE, 2010).

O século XIX foi caracterizado pela exploração do trabalho de crianças e adolescentes e à discriminação racial na adoção. As mudanças para o século seguinte foram em direção à organização da sociedade livre e dos trabalhadores e para o despertar do sentimento de nacionalidade e industrialização no País, o que proporcionou impulso à mudança cultural em relação à adolescência (PEREZ; PASSONE, 2010).

No século XX, a adolescência foi considerada uma etapa da vida com suas próprias características, com estatuto legal e social. Os adolescentes para serem valorizados na sociedade precisavam ser desejáveis e invejáveis, porque esse tempo era de atrativos tecnológicos e consumistas. Houve um desprendimento coletivo, sem amparo, implicando em uma experiência de vivenciar a adolescência de forma plural e complexa (GROSSMAN, 2010; SHOEN-FERREITA; AZNAR-FARIAS; SILVARES, 2010).

O Estado Brasileiro foi marcado por três profundas alterações estruturais: o Estado Novo e autoritário de Getúlio Vargas (1930-1945); a Ditadura Militar (1964-1985) e a

Redemocratização (a partir de 1985), culminando na Constituição de 1988 (conhecida como Constituição Cidadã) e no reconhecimento dos direitos constitutivos de cidadania para a população brasileira (PEREZ; PASSONE, 2010).

Nesse século, a adolescência, apesar de ter ainda uma concepção arcaica no imaginário social da população, conquistou seus direitos por meio das políticas públicas de proteção e promoção à vida. Passou do mundo do privilégio e interesse privado da família e da igreja para competência do Estado, mesmo autoritário e monopolizador à época (PEREZ; PASSONE, 2010).

Nas décadas de 1920 a 1930 foram realizadas pesquisas em universidades sobre o crescimento e desenvolvimento, as influências hormonais e a nutrição de crianças e adolescentes. Foi instituído o Código de Menores (1927), aparecendo a figura do Juiz de Menores e do Juizado de Menores, pioneiro da América Latina, e foi promulgada a Constituição de 1937, na qual a infância e a juventude possuíam um valor, quando se colocava que essas fases deveriam ser objetos de cuidados especiais pelo Estado (PEREZ; PASSONE, 2010; TELES; FREITAS, 2008).

O Código de Menores foi criado após agenda sistematizada de discussões sobre a assistência e proteção aos menores infratores e àqueles em situação de abandono. Ainda tinha forte aliança jurídica, médica e assistencial, em que a medicina era responsável por diagnosticar possibilidades de recuperação e tratamento, a justiça por regulamentar a proteção dos adolescentes e da sociedade e a filantropia pelo papel assistencial, substituindo a antiga caridade (BRASIL, 2008; PEREZ; PASSONE, 2010). Segundo Faleiros (1995), o Código de Menores tinha a visão higienista de proteção, fazendo o acompanhamento de saúde e a visão jurídica repressiva e moralista, retirando o pátrio poder dos pais, internando os abandonados e reprimindo os autores em conflito com a lei.

Nas décadas de 1940 e 1950 foram criados o Departamento Nacional da Criança (Decreto-Lei n. 2.024 de 1940), o Serviço de Assistência ao Menor (SAM - Decreto n. 3.799 de 1941) e a Legião Brasileira de Assistência (BRASIL, 2008; PEREZ; PASSONE, 2010). Foram considerados avanços estatais no atendimento infanto-juvenil e na organização da proteção à maternidade e à infância, por meio do Programa de proteção à maternidade, à infância e à adolescência (JAGER et al., 2014,).

A constituição de 1946, em seu artigo n º 164, previa a obrigatoriedade da assistência à maternidade, à infância e à adolescência. Em 1953 foi criado o Ministério da Saúde, que incorporou as diretrizes e atuações do Departamento Nacional da Criança. Contudo, além do caráter higienista, repressivo e assistencialista, foram introduzidas ações participativas e comunitárias. Iniciou-se um período de preservação da saúde e de participação da comunidade (FALEIROS, 1995).

A Declaração Universal dos Direitos Humanos das Nações Unidas, em 1948, deu um pontapé para se discutir os direitos de todos os sujeitos, inclusive das crianças e adolescentes. As crianças e adolescentes foram valorizados internacionalmente como sujeito de direitos pela Organização das Nações Unidas (ONU) (MORAES; VITALLE, 2015; PEREZ; PASSONE, 2010; TELES; FREITAS, 2008). Coates (1999) relata que a preocupação com os jovens continuava, quando foi criada, em 1954, na Universidade Federal da Bahia, nas aulas de graduação do curso médico, discussões sobre os problemas dos adolescentes em situação de abandono, cometimentos de atos infracionais e outros aspectos relacionados ao perigo social.

Nos anos 60, os meios de comunicação começaram a veicular um termo novo, a contracultura, em alusão a um novo estilo de mobilização e contestação social, diferente da prática política tradicional. Esse movimento transformaria a juventude em um grupo, foco da contestação radical. Surgia o movimento Hippie, com a filosofia do *drop out*, que significa "cair fora", ou seja, cair fora da família para a comunidade, da cidade para o campo, do racionalismo cientificista para os mistérios e descobertas do misticismo e do psicodelismo das drogas. As universidades foram invadidas pela politicalização e os estudantes ficaram contra tudo o que se correlacionava com a ciência burguesa. Ocorreu um avanço na discussão sobre os direitos (GROSSMAN, 2010).

Com o golpe de 1964, com a revolução em relação aos direitos universais da criança e com a realidade de atendimento aos menores no Brasil, questionou-se o Serviço de Apoio ao Menor (SAM) e o próprio Código de Menores. Assim, por meio da Doutrina de Segurança Nacional, foi estabelecida a Política Nacional de Bem-Estar do Menor – PNBEM, que introduziu na rede nacional, a Fundação do Bem-Estar do Menor – (FUNABEM), em 1970, ocasião em que o SAM foi extinto (TELES; FREITAS, 2008).

Na década de 1970 surgiram os primeiros serviços de saúde para atendimento específico de adolescentes, de caráter assistencial e ligados a universidades: em 1974, no

Departamento de Pediatria da Universidade de São Paulo (USP) e no Departamento de Clínica Médica da UERJ; em 1975 no Departamento de Pediatria da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo e depois na UNICAMP e em outros locais do Brasil. Eles seguiram a tendência mundial, pois em 1968 foi criada a *Society of Adolescent Medicine* e em 1980 a revista *Jornal of Adolescent Health Care* (DEL CIAMPO; DEL CIAMPO, 2017; JAGER et al., 2014; QUEIROZ, 2011; REATO, 1999).

Mesmo o governo brasileiro firmando acordo formal com o Fundo das Nações Unidas para a Infância, a Declaração dos Direitos da Criança não encontrou apoio da Doutrina Militar e foi aprovado o Código de Menores de 1979. Ainda mais repressivo, esse último reiterava a doutrina do menor irregular com a seguinte frase "os menores são sujeitos de direitos quando se encontrarem em estado de patologia social, definida legalmente [...]" (FALEIROS, 1995, p. 81). Isso foi um retrocesso, tendo em vista que houve a conquista das crianças e adolescentes como sujeitos de direitos na década de 1940 e depois com ressalvas pelo governo ditatorial (MORAES; VITALLE, 2015).

No processo de redemocratização do País, foi criada a Comissão Nacional da Criança Constituinte e a Frente Parlamentar pelos Direitos da Criança para defender as crianças e adolescentes na nova constituição brasileira, aprovada em 1988, com o Art. 227:

> É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 1988; MEIRELES et al., 2013, p. 141).

Isso representou a retomada da institucionalização da criança e do adolescente como sujeitos de direitos e foi o primeiro marco para a trajetória da adolescência nas políticas públicas (MEIRELES et al., 2013).

Os movimentos sociais também tinham a saúde como pauta. A VIII Conferência Nacional de Saúde foi o marco da reforma sanitária, culminando em 1990 na Lei n º 8.080, de instituição do SUS, novo sistema de atenção à saúde: universal, equitativo e de fácil acesso, com atendimento integral à saúde, por meio da descentralização do atendimento (HAFNER, 2010; MOREIRA; DIAS, 2015).

A década de 1980, em relação à adolescência, foi marcada pela formação de comitês da sociedade civil, principalmente de sociedades médicas regionais (sobretudo da pediatria) e de organizações não governamentais, com intuito de discutir as necessidades dessa faixa etária e desmistificar a ideia de sua ligação com a violência e a criminalização. Assim, o Ministério da Saúde organizou programas voltados a adolescentes nos seguintes temas: doenças sexualmente transmissíveis, como HIV/AIDS, drogadição, acidentes de trânsito e gravidez precoce (JAGER et al., 2014).

Em 1989, o Ministério da Saúde criou o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), voltado para o público de 10 a 19 anos sendo, que com a Reunião Mundial dos Ministros da Juventude o referencial passou para a faixa etária de 10 a 24 anos. Isso foi a base para a elaboração dos programas estaduais, municipais e do DF (BRASIL, 2010). Esses programas tinham como finalidade concentrar as ações nos aspectos de promoção à saúde, identificação de grupos de risco, detecção de doenças, tratamento adequado e reabilitação dos indivíduos (JAGER et al., 2014; MORAES; VITALLE, 2015).

Em 1990 foi promulgada como lei federal o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), (Lei n. º 8.069, de 13/07/1990), permitindo a consolidação de todas as políticas públicas para essa faixa etária e substituindo a Doutrina do Código de Menores de 1979. A FUNABEM foi substituída pela Fundação Centro Brasileiro para a Infância e a adolescência (FCBIA) (TELES; FREITAS, 2008, p. 194). O termo *menor*, utilizado para se falar de adolescentes, foi banido com o ECA e foi aderido o termo *adolescente*, incorporando os preceitos da Convenção Internacional dos Direitos da Criança, aprovada em 1989 e ratificada no Brasil em 1990, o qual foi um dos países signatários (BRASIL, 2011; PENSO et al., 2012; PEREZ; PASSONE, 2010).

Sendo uma lei**,** o cumprimento do ECA é compulsório e não depende de vontades individuais de gestores ou técnicos das diferentes políticas públicas: saúde, educação, assistência social, esporte e lazer, entre outras. O seu descumprimento está sujeito a penalidades legais aplicadas aos profissionais que assim o fizerem. Além disso, tendo o Brasil assinado a Convenção dos Direitos da Criança, o País também está sujeito a sanções internacionais, caso sejam comprovadas situações de violação de direitos dessa parcela da população (PENSO et al., 2012).

Ao tratar dos direitos fundamentais de crianças e adolescentes, dois artigos do ECA são essenciais, segundo a lei revisada em 2011. Um deles é o artigo 5º, que descreve: "Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência e opressão". Outro é o artigo 7º, que descreve: "A criança e o adolescente tem direito a proteção, à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso em condições dignas de existência" (BRASIL, 2011, p. 20).

No campo da intervenção, as propostas de atenção a crianças e adolescentes precisam estar fundamentadas no ECA, que surgiu, justamente, como forma de garantir uma nova política de atenção a esses ciclos de vida e que tem suas raízes num projeto de sociedade brasileira democrática, participativa e inclusiva, sendo sua espinha dorsal a questão da cidadania de todos os brasileiros (PENSO et al., 2012).

Ao tratar especificamente dos planos e políticas de saúde, o ECA é bem claro no capítulo I, Art. 11: "É assegurado atendimento integral à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde" (BRASIL, 2011, p. 22). Importante observar a palavra *igualitário*, a qual, nesse contexto, significa que nenhuma criança ou adolescente pode ser vítima de discriminação no atendimento nos serviços de saúde. Além disso, sendo o atendimento universal, pressupõe-se que todas as crianças e adolescentes tem direito a ele. Este artigo do ECA está amparado na Constituição Federal, especificamente no artigo 6º, que afirma ser a saúde um direito social, e no artigo 196º:

> A saúde é um direito de todos e um dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p. 153).

A Organização Mundial de Saúde, na sua definição de Saúde, impulsionou mais ainda as discussões sobre os direitos e as políticas públicas, influenciando sobremaneira na Atenção à Saúde das crianças e adolescentes:

> Saúde, como um estado de completo bem-estar físico e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade, é um direito humano fundamental como o mais importante objetivo social em todo o mundo necessitando da ação de muitos outros

> setores sociais e econômicos, além do setor saúde (JILLSON; EISENSTEIN, 2013, p. 54-55).

De 1991 a 1995 foi criado o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), órgão colegiado vinculado ao Ministério da Justiça, composto por representantes do governo e da sociedade civil. A FCBIA foi extinta e, assim, foram criados os Conselhos Municipais e Estaduais dos Direitos da Criança e do Adolescente, os Conselhos Tutelares e os Fundos da Criança e do Adolescente, vinculados aos conselhos de direitos (TELES; FREITAS, 2008, p. 194).

Como reforço na implantação do PROSAD, foram deliberadas as Normas de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes, em 1993. Essas normas tinham o objetivo de aplicar as diretrizes às equipes de saúde, que trabalhavam com o público adolescente, propiciando que a teoria se transformasse na prática de estruturação dos serviços (TELES; FREITAS, 2008).

A partir de 2003, o debate sobre as políticas públicas para adolescentes e jovens teve alcance nacional, com a realização de várias ações: Seminário Nacional da Juventude pela Câmara dos Deputados, elaboração do relatório preliminar da Comissão Especial de Políticas Públicas para Juventude, Semana Nacional da Juventude, Conferência Nacional da Juventude e formulação do Plano Nacional de Juventude, o que culminou, em 2005, na Política Nacional da Juventude, instituída pela Presidência da República (TELES; FREITAS, 2008).

A saúde de adolescentes ganhou visibilidade no cenário brasileiro quando foram publicados documentos para reforçar e implantar de fato a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes no Brasil. Esses documentos foram: as Portarias Interministerial nº 1.426 e Portaria da Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/MS nº 340 de 2004 sobre a Atenção à Saúde de Adolescentes em conflito com a lei, que mais tarde foram revogadas pela Portaria SAS/MS nº 647/2008 (PENSO et al., 2012); o Marco Legal (BRASIL, 2005); as Diretrizes Nacionais para Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens (BRASIL, 2010) e as Portarias SAS/M nº 1082, 1083 e 1084 para a redefinição e readequação da Política Nacional de Atenção à Adolescentes em conflito com a lei (BRASIL, 2014), contidas atualmente na Portaria de Consolidação GM/MS nº 2/2017.

As Diretrizes trouxeram uma inovação na visão plural da adolescência, de modo a orientar os estados e o Distrito Federal em planos voltados à esfera macrossocial, em que estão as desigualdades sociais e as questões relacionadas à classe, gênero e etnia, à esfera

institucional, envolvendo as ações de saúde voltadas às vulnerabilidades e desenvolvimento saudável, além das ações intersetoriais e para a esfera individual, nas quais estão as experiências e peculiaridades pessoais no percurso dos adolescentes (PENSO et al., 2012).

No DF, o Programa de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes, chamado de PRAIA, foi instituído em 1991, logo após a implantação do PROSAD pelo Ministério da Saúde. Atualmente, esse encontra-se nas Regiões de Saúde do Distrito Federal e as deliberações para sua implementação, com normas, orientações, protocolos, são definidas por uma equipe gestora e técnica, subordinada à Coordenação da Atenção Primária à Saúde, da SES/DF. O programa tem por base os eixos e as linhas de ação, preconizados pelo MS, os quais são: promoção do crescimento e desenvolvimento saudáveis, promoção da saúde sexual e saúde reprodutiva e prevenção da morbidade e mortalidade por causas externas. Tudo isso englobando as políticas relacionadas à saúde mental, álcool e outras drogas, ao enfrentamento da violência e à atenção à saúde de adolescentes em situação de cumprimento de medidas socioeducativas por cometimento de atos infracionais (DISTRITO FEDERAL, 2018).

É muito eficiente investir em estratégias para promoção e prevenção para essa faixa etária, pois ações atrativas ofertam condições para adolescentes se tornarem protagonistas na transformação do cenário ainda excludente para os mesmos, além de possibilitar que sejam multiplicadores de ações para seus pares, contribuindo para um crescimento e desenvolvimento saudáveis e para a realização de mais atividades preventivas e de promoção à saúde do que predominantemente atividades curativas (PENSO et al., 2012).

3. ATENÇÃO À SAÚDE DE ADOLESCENTES NOS CURSOS DE MEDICINA DO BRASIL

Este capítulo explora o ensino da saúde de adolescentes nos cursos de medicina do Brasil. Primeiramente, foram analisadas as *Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina* (DCN), publicadas em 2014, com intuito de obter orientações quanto à inclusão do tema, objeto desta pesquisa, nos currículos de medicina. Em seguida, alguns sites de escolas, faculdades e universidades foram consultados para verificar a temática nos projetos pedagógicos dos cursos de medicina (PPC). E, por fim, foram pesquisadas publicações sobre: formação profissional e saúde de adolescentes ou medicina de adolescentes, para contextualizar o problema desta pesquisa.

3.1 As Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de medicina

No Capítulo I, Seção I – Da Atenção à Saúde, Art. 5 das DCN -, descreve-se sobre as dimensões que o graduando deve considerar dentro do espectro da diversidade humana nas singularidades de cada pessoa ou grupo social. Esse artigo especifica os aspectos que essa orientação deve considerar, nos principais itens:

> I - Acesso universal e equidade como direito à cidadania, sem privilégios nem preconceitos de qualquer espécie, tratando as desigualdades com equidade e atendendo as necessidades pessoais específicas, segundo as prioridades definidas pela vulnerabilidade e pelo risco à saúde e à vida, observado o que determina o Sistema Único de Saúde (SUS); [...]
> III - Qualidade na atenção à saúde, pautando seu pensamento crítico, que conduz o seu fazer, nas melhores evidências científicas, na escuta ativa e singular de cada pessoa, família, grupos e comunidades e nas políticas públicas, programas, ações estratégicas e diretrizes vigentes; [...]
> IX - Cuidado centrado na pessoa, no qual prevaleça o trabalho interdisciplinar, em equipe, com o desenvolvimento de relação horizontal, compartilhada, respeitando-se as necessidades e desejos da pessoa sob cuidado; [...] (BRASIL, 2014, p. 2)

Na Seção II – Da Gestão em Saúde, Art. 6, há o item III, que traz uma orientação relacionada às especificidades de pessoas, famílias, grupos, comunidades e políticas públicas:

> [...] III - Tomada de Decisões, com base na análise crítica e contextualizada das evidências científicas, da escuta ativa das pessoas, famílias, grupos e comunidades, das políticas públicas sociais e de saúde, de modo a racionalizar e otimizar a aplicação de conhecimentos [...] (BRASIL, 2014, p. 3).

No Capítulo II, seção I – *Da área de competência Atenção à Saúde*, subseção I - *Da Atenção às Necessidades Individuais de Saúde*, Art. 12, 1 – realização da história, tem o item c), que se refere à singularidade das pessoas:

> [...] c) Orientação do atendimento às necessidades de saúde, sendo capaz de combinar o conhecimento clínico e as evidências científicas, com o entendimento sobre a doença na perspectiva da singularidade de cada pessoa; [...] (BRASIL, 2014, p. 5).

Na Seção II – *Da área de competência Gestão em saúde*, subseção I - *Da Organização do Trabalho em Saúde*, Art. 17 e 18, observa-se o seguinte:

> Art. 17. A ação-chave: Organização do Trabalho em Saúde comporta os seguintes desempenhos e seus respectivos descritores: I - Identificação do Processo de Trabalho: c) utilização de diversas fontes para identificar problemas no processo de trabalho, incluindo a perspectiva dos profissionais e dos usuários e a análise de indicadores e do modelo de gestão, de modo a identificar risco e vulnerabilidade de pessoas, famílias e grupos sociais; [...]
> Art. 18. A ação-chave: Acompanhamento e Avaliação do Trabalho em Saúde comporta os seguintes desempenhos e seus respectivos descritores: I - Gerenciamento do Cuidado em Saúde: a) promoção da integralidade da atenção à saúde individual e coletiva, articulando as ações de cuidado, no contexto dos serviços próprios e conveniados ao SUS; [...] (BRASIL, 2014, p.8).

Na Seção III – da área de competência Educação em Saúde, subseção II - Da Ação-chave Promoção da Construção e Socialização do Conhecimento, Art. 21, o seguinte desempenho está de acordo com o que se propõe:

> [...] III - orientação e compartilhamento de conhecimentos com pessoas sob seus cuidados, responsáveis, familiares, grupos e outros profissionais, levando em conta o interesse de cada segmento, no sentido de construir novos significados para o cuidado à saúde; [...] (BRASIL, 2014, p.9).

E no Capítulo III - *Dos conteúdos curriculares e do projeto pedagógico do curso de graduação em medicina*, os itens que descrevem considerações acerca das especificidades dos indivíduos são:

> II - Compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença;
> V - Diagnóstico, prognóstico e conduta terapêutica nas doenças que acometem o ser humano em todas as fases do ciclo biológico, considerando-se os critérios da prevalência, letalidade, potencial de prevenção e importância pedagógica;
> VI - Promoção da saúde e compreensão dos processos fisiológicos dos seres humanos (gestação, nascimento, crescimento e desenvolvimento, envelhecimento e morte), bem como das atividades físicas, desportivas e das relacionadas ao meio social e ambiental; [...] (BRASIL, 2014, p.10).

Os trechos das DCN (2014), descritos acima, não trazem o termo *Adolescente* explicitamente, mas podem justificar a inclusão do tema *Atenção à Saúde de Adolescentes* nos Currículos de Formação Médica.

3.2 **Os projetos pedagógicos de cursos de Medicina**

Para compreensão de como está a abordagem do tema nos currículos dos cursos de medicina do Brasil, alguns PPC foram consultados. Os critérios para a escolha dos sites foram: (i) conhecimento prévio da pesquisadora sobre currículos com a presença do tema, (ii) escolas, faculdades e universidades estaduais e federais, que possuíam os PPC disponíveis na internet. Os PPC pesquisados e disponíveis na internet são dos seguintes estados: São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais (Região Sudeste), Paraná e Rio Grande do Sul (Região Sul), Bahia (Nordeste), Amazonas e Tocantins (Norte) e Distrito Federal (Centro-Oeste).

Nos cursos que utilizam metodologias problematizadoras há alguns anos, como a Universidade de Londrina (UEL) e a Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), os conteúdos estão organizados em programas educacionais e a saúde de adolescentes não tem especificação própria. A atenção à saúde a essa faixa etária é dada quando os estudantes aprendem sobre crescimento e desenvolvimento humano nos módulos temáticos, utilizando a metodologia de Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) e na Interação Ensino-Serviços

e Comunidade, com o método da problematização, em que os estudantes ficam em contato com todas as faixas etárias do indivíduo nos cenários de aprendizagem[1].

Na Faculdade de Medicina do ABC (FMABC), onde tem um serviço de referência brasileira na atenção à saúde de adolescentes desde 1987, há em sua matriz curricular o tema adolescente. Um subciclo sobre o tema foi incluído dentro da carga horária do internato, na disciplina de pediatria e puericultura.[2]

A Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Ribeirão Preto (USP) apresenta, nos dois anos da etapa clínica, o aprendizado nas ciências médicas, permitindo a compreensão de processos que levam à doença, sua prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação para a criança, adolescente, adulto, mulher e idoso, ou seja, nos ciclos de vida[3].

Na UERJ, as atividades relacionadas à adolescência iniciaram em 1974, com a criação de uma Unidade de Clínica de Adolescentes pelo Departamento de Medicina Interna da Faculdade de Ciências Médicas. As ações com adolescentes aconteciam na unidade localizada no Hospital Universitário Pedro Ernesto – (HUPE), onde os adolescentes ficavam internados. Depois, as atividades cresceram nos três níveis de atenção, não só na atenção terciária, mas também tendo ações na atenção primária e secundária. Foi criado o Núcleo de Estudos da Saúde de Adolescentes (NESA), ficando vinculado ao centro biomédico. Atualmente, o NESA é o setor da UERJ responsável pela atenção à saúde de adolescentes na faixa etária de 12 a 20 anos, nos três níveis, funcionando como unidade docente-assistencial[4].

Quanto ao PPC da UERJ (gestão 2012-2016), ele está organizado tradicionalmente em disciplinas, sendo a Medicina de Adolescentes uma delas, a qual está ligada ao Departamento de Medicina Interna e é oferecida como *Medicina de Adolescentes I* e *Medicina de adolescentes II*, no estágio eletivo restrito ao internato (5ª e 6ª séries)[5].

No currículo da faculdade de medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) não se menciona sobre o termo *saúde de adolescentes,* somente pediatria. O curso é

[1]Disponível em: <http://www.famema.br/ensino/cursos/docs/PPC%20Medicina.pdf> e <http://www.uel.br/ccs/medicina/pages/apresentacao/03.-diretrizes-do-pppmed.php>
[2]Disponível em:< http://www.fmabc.br/graduacao/medicina/matriz-curricular>
[3]Disponível em: <http://www.fmrp.usp.br/site-graduacao/graduacao/cursos-oferecidos-pela-fmrp/medicina>
[4] Disponível em: <http://www.nesa.uerj.br/nesa.html>
[5] Disponível em:<http://www.fcm.uerj.br/wp-content/uploads/2015/06/PROJETO-PEDAG%C3%93GICO-PP-FCM.pdf>

organizado em disciplinas; e naquelas de escolha condicionada, as eletivas, pauta-se sobre a violência contra crianças e adolescentes[6].

A Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) criou a disciplina Medicina do Adolescente como optativa do Departamento de Pediatria. Ela é ministrada durante um semestre letivo, com carga horária de 60 horas, sendo 15 horas de caráter teórico e 45 horas de caráter prático. Durante o semestre, o discente se insere em uma equipe interdisciplinar, formada por pediatras, residentes em pediatria, especializados em *Saúde do Adolescente*, psiquiatras, psicólogos, psicanalistas, nutricionistas e dentistas. O estudante é elemento ativo da equipe, participando de atendimento ambulatorial supervisionado, discussões de casos clínicos e apresentações de temas teóricos que abrangem particularidades da consulta do adolescente, problemas ginecológicos, puberdade, crescimento e desenvolvimento, além das principais patologias psiquiátricas na adolescência, nutrição, saúde bucal e comportamentos de risco (drogas, depressão e suicídio, gravidez, infecções sexualmente transmissíveis e violência) (DINIZ; CUNHA; FERREIRA, 2008).

A Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) tem a disciplina *Promoção e proteção da saúde da criança e do adolescente,* na qual os conteúdos são: avaliação do estado nutricional e o desenvolvimento psicomotor de crianças, conhecimento de ações básicas de saúde infantil: amamentação, vacinação, doenças diarreicas, infecção respiratória aguda, crescimento e desenvolvimento; e identificação de algumas patologias intervenientes no processo de aprendizagem, ou seja, matérias mais relacionada às questões da infância[7].

Na Universidade Federal da Bahia (UFBA), o currículo é organizado em módulos, com metodologia tradicional disciplinar. A *medicina da adolescência*, termo utilizado por esse curso, é um módulo optativo (FORMIGLI, 2010).

O PPC da Universidade Federal do Amazonas (UFAM) apresenta-se sob a forma de disciplinas nos eixos estruturantes e embora descreva o termo *ciclos de vida: saúde da criança, saúde da mulher e saúde do idoso*, não descreve a saúde de adolescentes[8].

---

[6]Disponível em: <http://www.medicina.ufrj.br/arquivos/FM_ESTRUTURA_E_ATIVIDADES_ACAD%C3%8AMICAS.pdf>

[7] Disponível em: <http://www.ufrgs.br/pediatria/z1_2_files/PPP_Famed_UFRGS_2007.pdf>

[8]Disponível em: <http://www.home.ufam.edu.br/dcc1/joomla/Projeto%20Pedag%C3%B3gico%20Curso%20de%20Medicina.pdf>

Na Universidade Federal de Tocantins (UFT), no sétimo período, dedicado ao estudo sobre os ciclos de vida, não há referência sobre a saúde de adolescentes e sim da saúde da criança, da mulher, do adulto, do idoso, da saúde mental e da saúde indígena[9].

Na avaliação do PPC, da Universidade de Brasília (UnB), observou-se a organização das disciplinas em cinco eixos temáticos obrigatórios e um eixo temático optativo (recomendado), a saber: 1) *Eixo Estudo Morfofuncional do Ser Humano*, 2) *Eixo Processos do Adoecimento do Ser Humano*, 3) *Eixo Atenção à Saúde do Ser Humano*, 4) *Eixo Saúde Coletiva e Saúde da Família e Comunidade*, 5) *Eixo Conhecimento de Si e do Outro – obrigatórios –, e 6*) *Eixo Ciências Sociais e Humanas – optativo*[10].

O termo *adolescente* foi observado nos eixos: atenção à saúde do ser humano e saúde coletiva e saúde da família e comunidade. No primeiro eixo, o nome da disciplina é *Saúde da Criança e do Adolescente – Pediatria 2* e é ofertado no 8º semestre. No segundo, a abordagem está na disciplina *Saúde da Família e Comunidade 4*, ofertada no 7º semestre, a qual possibilita vivência prática centrada na abordagem familiar, ciclo de vida e genograma, bem como na abordagem da saúde da criança e do adolescente. No estágio obrigatório – internato, os discentes têm a oportunidade de se aproximar do tema novamente no rodízio sobre a Saúde da Criança e do Adolescente e na Urgência e Emergência. O que facilita a oferta de atividades específicas sobre atenção à saúde de adolescentes aos discentes da UnB é a existência da unidade de atenção à saúde da criança e do adolescente, ligada à Diretoria de atenção à saúde e gestão de contratos, composta pelo ambulatório e a enfermaria de adolescentes, localizados no Hospital Universitário de Brasília – (HUB)[11].

A maioria dos cursos pesquisados é organizada sob a forma de disciplinas, e a abordagem de adolescentes, quando aparece, está junto com a pediatria ou no bloco saúde da criança ou em disciplinas optativas ou recomendadas.

[9] Disponível em:<file:///C:/Users/casa/Downloads/PPC_Medicina_nov.2008.pdf>
[10] Disponível em: <http://www.fm.unb.br/images/PPC_Medicina_2015.pdf>
[11] Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/documents/15796/103320/dimensionamento_de_servicos_hub_unb.pdf/ef73922c-2b08-4b93-a46d-51955a19a736>

3.3 **Estudos sobre educação médica e saúde de adolescentes**

Algumas publicações foram encontradas correlacionando formação profissional ou educação médica com saúde de adolescentes ou medicina de adolescentes. O artigo de Diniz, Cunha e Ferreira (2008) avaliou a disciplina *Medicina de Adolescentes*, seu caráter interdisciplinar e seu impacto na formação médica dos estudantes da graduação e pós-graduação. Os graduandos e pós-graduandos responderam questionários que perguntavam sobre sua motivação e suas expectativas quanto à disciplina ou à especialização e sobre sua opinião quanto a ela pautando: pontos positivos e negativos, dificuldades encontradas, opinião sobre a medicina de adolescentes no currículo médico e no que a experiência contribuiu para a formação deles. Todos os graduandos relataram que a disciplina *Medicina do Adolescente* contribuiu para sua formação acadêmica e julgaram-na relevante para o currículo médico. Os pós-graduandos enfatizaram que o trabalho com os adolescentes contribuiu de forma marcante para sua atuação como médico e consideraram a disciplina fundamental para a formação do médico generalista, voltado para a visão global dos pacientes (DINIZ; CUNHA; FERREIRA, 2008).

O artigo de Reato (1999), da FMABC, teve o objetivo de avaliar a aquisição de conhecimentos e desempenhos, sob a óptica e impressão dos estudantes, acerca da disciplina *Medicina do Adolescente*. O estudo foi quali-quantitativo, com a participação de 103 estudantes. A avaliação da disciplina obteve 91,18% de ótimo a bom e constatou-se aumento de aquisição do conhecimento ao término do estágio.

Mata (2015), em sua dissertação de mestrado intitulada *A saúde do adolescente e o processo de formação dos profissionais da atenção primária à saúde*, teve o objetivo de avaliar a formação profissional no contexto da APS para atender adolescentes. Na primeira parte do estudo foi realizada uma revisão narrativa da literatura de artigos do período de 2005 a 2015, para identificar as publicações relativas à temática: formação do profissional de saúde para atender o adolescente no contexto da APS. Foram encontrados artigos sobre: sexualidade, infecções sexualmente transmissíveis, drogas, violência, gravidez na adolescência e formação dos profissionais. No que tange a esse último tema foram escassos os estudos encontrados.

Na segunda parte foi realizado um estudo exploratório de natureza qualitativa, em que participaram 11 trabalhadores da APS, por meio de entrevistas abertas. Os dados foram analisados conforme a análise de conteúdo e as informações convergiram para três categorias: 1) o preparo na graduação para atender os adolescentes na ESF: verificou-se uma preparação insatisfatória na graduação; 2) assistência insatisfatória prestada ao adolescente: foram observados os reflexos que as falhas na formação em saúde proporcionam na assistência prestada aos adolescentes no campo da APS e 3) perspectivas para a melhoria da formação dos profissionais: foram contempladas as sugestões dos participantes para a melhora da formação em saúde para atender esse público em especial, bem como para melhor qualificar os profissionais que já estão em atuação (MATA, 2015).

Sobre a percepção dos docentes acerca do assunto, há um estudo em relação ao curso de enfermagem que tem um currículo integrado e utiliza a metodologia problematizadora. Os autores concluíram que o ensino sobre a saúde de adolescentes está inserido na prática com as famílias, articulando o ciclo básico com o clínico; o ensino-serviço com a comunidade e a prática com a teoria, por meio da integração dos conteúdos. Pelo estudo, os futuros enfermeiros deveriam conhecer as funções, os diversos tipos de estrutura familiar, as teorias que fornecem base para compreender as alterações, os estágios do ciclo familiar, para então direcionar as intervenções (LEITE et al., 2011).

Para Vale (2013), a literatura é clara quanto à importância da atenção à saúde adolescente e à formação adequada dos profissionais de saúde para isso. No entanto, ela afirma que a formação é insuficiente para garantir atenção às especificidades da adolescência, tendo como principal causa o ensino de graduação não propiciar de forma satisfatória o tema em seus currículos.

A ausência de documentos que normatizem ou determinem um *rol* mínimo de competências em saúde de adolescente a serem atingidos pelos futuros profissionais nos cursos da área da saúde não possibilita uma abordagem com segurança dos indivíduos adolescentes (MATA, 2015) e propicia diferentes entendimentos do formato de inclusão do tema nos currículos das diversas categorias profissionais, especialmente da formação médica.

Existem poucos dados referentes ao ensino sobre *saúde de adolescentes* na literatura. Mesmo assim, ao avaliar os existentes e os PPC de alguns cursos de medicina, observamos uma fragilidade na inserção do tema adolescência nos currículos. Isso reflete

consequentemente na formação dos profissionais e na qualidade da atenção à saúde de adolescentes.

4. O CURSO DE MEDICINA DA ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE BRASÍLIA – DISTRITO FEDERAL

A ESCS é uma Escola Pública de Ensino Superior do DF, inaugurada em 2001, por meio do Decreto Distrital nº 22.074, sendo composta pelos cursos de Medicina e Enfermagem, esse último criado em 2009. Seu PPC, elaborado por uma Comissão, descreve suas principais finalidades:

> A ESCS possui por finalidades centrais ministrar, desenvolver e aperfeiçoar os processos de ensino e aprendizagem em Ciências da Saúde, mediante a oferta de cursos de graduação, pós-graduação, tanto *lato sensu* como *stricto sensu*, incluindo os programas de residência da rede SES-DF e cursos e projetos de extensão universitária (ESCS, 2018, p. 22-23).

Os princípios de organização da Escola são:

> I - a função social do ensino, da pesquisa e da extensão;
> II - a articulação do ensino, da pesquisa e da extensão às práticas de saúde;
> III - a vinculação entre a educação, o trabalho e as práticas sociais;
> IV - a preservação da liberdade de aprender, ensinar, pesquisar e divulgar o pensamento e o saber;
> V – a integração ensino-serviço-comunidade;
> VI - o pluralismo de ideias e concepções pedagógicas;
> VII - a interação entre os órgãos de deliberação e de direção superior;
> VIII - a igualdade de condições para o acesso e permanência em seus cursos;
> IX - a racionalização da organização com plena utilização dos recursos materiais e humanos;
> X - o desenvolvimento curricular baseado em grupos interdisciplinares de trabalho e órgãos técnicos, que se articulam harmoniosamente;
> XI - a garantia do padrão de qualidade acadêmica e administrativa;
> XII - a valorização do profissional dedicado à educação;
> XIII - a gestão democrática do ensino na forma da Legislação do Ensino Superior (ESCS, 2018, p. 23).

E os objetivos, em consonância com seus princípios, são:

> I - ministrar cursos, e apoiar atividades de pesquisa no âmbito da SES e de extensão no campo das Ciências da Saúde;
> II - formar e aperfeiçoar pessoal para o exercício profissional no Sistema Único de Saúde - SUS, levando em conta a realidade sanitária e socioeconômica da população;
> III - colaborar na formulação e execução de política voltada para promoção, proteção e recuperação da saúde do indivíduo e da coletividade;

> IV - favorecer a participação da comunidade interna e externa no contínuo desenvolvimento qualitativo de suas tarefas e atividades;
> V - estabelecer e implementar suas políticas de ensino, pesquisa e extensão;
> VI - criar, organizar, expandir e modificar cursos e módulos temáticos, segundo os imperativos da realidade social, em conformidade com a legislação vigente e com este Regimento;
> VII - organizar e desenvolver novas experiências pedagógicas, obedecidas as disposições legais vigentes;
> VIII - buscar e estabelecer cooperação técnica, científica, cultural e financeira através de convênios por meio da Mantenedora com entidades nacionais e estrangeiras, públicas e privadas, de acordo com legislação pertinente;
> IX - estabelecer outras ações indispensáveis ao exercício pleno de suas funções de instituição de educação superior (ESCS, 2018, p. 23-24).

Os conteúdos e as metodologias utilizadas estão de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, nas seguintes modalidades (ESCS, 2018):

I – Graduação: aberta a candidatos que concluíram o ensino médio ou equivalente e tenham sido aprovados em processo seletivo de admissão;

II - Pós-graduação lato sensu: aberta a portadores de diplomas de graduação ou equivalente, destinados à formação de profissionais de saúde mediante a atualização e ampliação do conhecimento das técnicas especializadas, em nível de especialização e aperfeiçoamento;

III - Pós-graduação stricto sensu: aberta à matrícula de portadores de diploma de graduação, ou equivalente, com vistas ao aprofundamento ou ao desenvolvimento dos seus estudos superiores de acordo com normas legais vigentes. Consiste em mestrado profissional e acadêmico e doutorado;

IV – Extensão: dirigida à comunidade interna e externa, abrangendo cursos e serviços que são desenvolvidos em cumprimento de programas específicos, bem como atividades desenvolvidas por meio da interação da ESCS com a comunidade;

V – Pesquisa: destinada a comunidade interna e externa com objetivos de introduzir os estudantes de graduação da ESCS e dos cursos técnicos da ETESB na metodologia científica aplicada a projetos de pesquisa e estimular o pesquisador-orientador a estruturar equipes de pesquisa, para o aprimoramento do SUS no DF, da educação em saúde e da qualidade de vida da população.

O Curso de graduação de medicina tem duração de seis anos, distribuídos em quatro Programas Educacionais, a saber (ESCS, 2018):

a) Módulos Temáticos (MT): Ocorre nos quatro primeiros anos. Utiliza uma estratégia pedagógica denominada *Aprendizagem Baseada em Problemas* (PBL, do inglês *Problem Based Learning*), que se operacionaliza na Dinâmica Tutorial (DT). A DT inicia o processamento do problema de forma a promover a sua compreensão, fundamentação e busca de dados que são analisados e discutidos. Por último, elaboram-se hipóteses para sua solução, as quais devem ser postas em prática para que sejam comprovadas e validadas. São realizados 25 módulos temáticos, sendo sete módulos na 1ª série e os outros na 2ª, 3ª e 4ª séries, os quais são construídos pelo grupo de docentes que fazem o planejamento, com domínio de várias disciplinas básicas e clínicas envolvidas com o tema principal. Cada módulo se desenvolve num período de quatro a oito semanas.

b) Habilidades e Atitudes (H.A.): os estudantes adquirem conhecimentos, habilidades motoras e desenvolvem atitudes. A habilidade exige preparação, técnica e destreza e as atitudes dizem respeito ao consentimento, conforto, respeito pelo paciente e a percepção, reflexão e reconhecimento dos próprios limites. Os recursos e métodos de aprendizagem adotados englobam exposição oral, vídeos, demonstração pelo docente, execução das tarefas entre pares de estudantes, discussão em pequenos grupos, prática com paciente real, prática com paciente simulado, atividades à beira do leito, em enfermarias de hospitais de média e alta densidade tecnológica de diferentes especialidades, unidades de emergências, unidades básicas de saúde, no centro de treinamento em habilidades do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e laboratório morfofuncional. Ocorre ao longo dos quatro primeiros anos iniciais do curso.

c) Interação Ensino-Serviços e Comunidade (IESC): programa baseado na pedagogia da problematização. Desenvolve atividades de aprendizagem vinculada à realidade da saúde da população, envolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, em equipe multidisciplinar. Tem como propósito fortalecer a parceria com os serviços de saúde e a comunidade para a consolidação de uma nova concepção de formação do estudante de Medicina, construindo um modelo de interação entre estudantes, profissionais de saúde, docentes, famílias e membros da comunidade tendo como marco de referência os planos de desenvolvimento regional. As atividades são realizadas nas UBS, onde o estudante fica próximo dos profissionais de saúde e da comunidade, nos três primeiros anos do curso.

d) Estágio Curricular Obrigatório - internato (ECO): é um programa obrigatório de ensino-aprendizagem com características especiais, em que o estudante deve estar imerso em serviços adequados ao perfil de formação, receber treinamento intensivo e contínuo e ter supervisão docente, nos dois últimos anos da graduação. Nessa etapa, o estudante deverá aplicar, num contexto real e de maneira integrada, os conhecimentos, habilidades e atitudes adquiridas ao longo dos quatro primeiros anos de formação. Compreende cerca de 40% da carga horária total do curso; nele, os estudantes passam por rodízios nas áreas de clínica médica, cirurgia, pediatria, ginecologia e obstetrícia, saúde coletiva, saúde da família e saúde mental. Atualmente, tem duração de 93 semanas, distribuídos em dois anos e totalizando uma carga horária de 3.720 horas.

Além dos programas educacionais descritos acima, são oferecidos aos discentes, os módulos eletivos, nas quatro primeiras séries e na 6ª série. São de escolha livre pelo estudante, dentro de uma lista de ofertas, em que as atividades consistem em imersão nos serviços de saúde com orientação e supervisão de profissionais, reconhecidamente habilitados e experientes na área de atuação, com duração de quatro semanas por ano (ESCS, 2012).

Os discentes têm diversas oportunidades de aprendizagem, seja nas práticas curriculares ou nas extracurriculares e também em cenários de aprendizagem diversos. Eles participam de ligas acadêmicas, atividades de monitoria, projetos de extensão e de iniciação científica, além de programas como o Ciência sem Fronteiras, Projeto Rondon, entre outros. A avaliação e a reflexão sobre os conhecimentos provenientes dessas experiências trazem o reconhecimento do aprendizado significativo, mesmo não sendo a experiência do currículo formal (COSTA et al., 2012).

A ESCS é uma instituição de ensino vinculada organicamente a SES/DF, a qual é campo de ensino-aprendizagem, imersão, análise, reflexão e intervenção dos estudantes dessa escola de forma sistemática e em graus crescentes de autonomia e resolubilidade. Ao serem inseridos, desde o primeiro ano de sua formação, na realidade complexa e desafiadora do SUS no DF – tanto na atenção primária quanto na secundária e terciária - os estudantes tornam-se atores essenciais que contribuem efetivamente, não só com a diferenciada força de trabalho, mas, também, com a sistematização das demandas do serviço, a problematização frente à literatura científica e a proposição efetiva de mudanças concretas nos serviços oferecidos pela SES/DF, em conjunto com toda a equipe de saúde (ESCS, 2018).

O currículo do curso é baseado em competências, valorizando-se as dimensões cognitiva, psicomotora e atitudinal do conhecimento (SAUPE, 2007), investindo-se no aprender a aprender, aprender a fazer, aprender a ser e a viver juntos (BRASIL, 2014; LIBÂNEO, 2017). Envolve não só a aquisição de conhecimentos, mas o desenvolvimento de habilidades e atitudes para o exercício eficiente da atenção à saúde individual e coletiva dos indivíduos e a interação do ensino com os serviços e a comunidade. Prioriza as metodologias ativas problematizadoras como modelo pedagógico, fundamentado nos princípios do construtivismo, especialmente a metodologia da ABP e a metodologia da Problematização além dos métodos baseados em: aprendizagem baseada em pequenos grupos, aprendizagem autodirigida, aprendizagem orientada à comunidade, capacitação em habilidades e atitudes e iniciação científica em medicina (ESCS, 2012).

O Sistema de Avaliação da graduação em Medicina da ESCS caracteriza-se por ser do tipo critério-referenciada, no qual os métodos de avaliação devem ser coerentes e integrados com os princípios gerais do currículo e os desempenhos devem ser avaliados de acordo com os objetivos de aprendizagem. Para tal, a avaliação deve ser ampla, transparente, contínua e sistemática, gerando um ambiente coletivo de cooperação e construção (ESCS, 2018).

A avaliação formativa é o pilar do sistema de avaliação da ESCS, pois permite o seguimento contínuo do desempenho dos estudantes e a regulação do processo educacional. São métodos de avaliação formativa: autoavaliação, avaliação interpares e avaliação do estudante pelo instrutor. A avaliação somativa busca avaliar os aspectos cognitivos relacionados aos objetivos específicos dos programas educacionais. Essa modalidade de avaliação é realizada ao final dos programas, verificando o alcance pelos estudantes das competências propostas pelo Curso (ESCS, 2018).

O gerenciamento acadêmico-administrativo é realizado por meio de instâncias colegiadas, de forma contínua, sendo realizado por comissões que trabalham aspectos variados do curso, corrigindo rumos, aperfeiçoando blocos temáticos, propondo novos problemas e gerenciando o desempenho de alunos e docentes. Essas comissões são: comissão de currículo e comissão de avaliação (ESCS, 2018).

A ESCS nasceu dentro da 3ª geração da Reforma Curricular proposta pelo *Lancet Comission* (FRENK, et al., 2010) e propõe-se, através da formação crítica, reflexiva e com foco nas necessidades de saúde da população, contribuir para a melhoria do desempenho do

sistema de saúde. É jovem, com apenas 17 anos de criação, mas já se destaca no cenário educacional brasileiro, tendo excelentes notas nos Exames Nacionais de Desempenho dos Estudantes (ENADE) realizados.

5. **OBJETIVOS**

Diante do exposto, a seguir apresentaremos os objetivos do presente estudo:

a) Objetivo Geral:

- Compreender como é realizada a inclusão do tema *Atenção à Saúde de Adolescentes* no currículo de uma Escola Pública de Medicina do Distrito Federal.

b) Objetivos específicos:

- Descrever as informações relacionadas à atenção à saúde de adolescentes identificadas nos documentos normativos e nos manuais dos programas educacionais da ESCS;
- Analisar a percepção dos profissionais da ESCS quanto à: adolescência e suas especificidades, às principais necessidades em saúde dos adolescentes e à diferença na abordagem de adolescentes em relação aos outros ciclos de vida.

6. METODOLOGIA

6.1 Abordagem metodológica

O tipo de pesquisa realizada, quanto à abordagem, é a pesquisa qualitativa, devido a alguns fatores:

a) Possibilidade de obter representações sociais, atitudes e opiniões dos participantes da pesquisa (MINAYO, 1993);
b) Os processos particulares e específicos podem ser aprofundados em sua complexidade e delimitados em extensão, capazes de serem abrangidos intensamente (GODOY, 1995; MINAYO, 1993);
c) Há uma relação entre o pesquisado e o pesquisador, por meio de um processo de interação que desconsidera a neutralidade, inclusive valoriza a implicação do pesquisador com seu sujeito-objeto, para que a partir dessa comunicação se produza sentidos sobre a realidade pesquisada (DEMO, 2001);
d) Parte-se de uma noção de não linearidade dialética, na qual a partir da individualidade e particularidades se formam generalidades (DEMO, 2001);
e) A coleta de dados foi realizada por meio de análise documental e entrevistas porque quando se quer analisar um fenômeno, a observação deve ser feita no contexto em que ocorre e faz parte (GODOY, 1995);
f) A pesquisa foi realizada no ambiente natural dos sujeitos, segundo suas perspectivas e não em laboratórios ou locais programados pelo investigador (PINTO, 2004);
g) Os eventos estudados não foram avaliados por instrumentais estatísticos (PINTO, 2004).

Quanto ao objetivo, o estudo foi exploratório, pois permitiu (GIL, 2008; PIOVESAN; TEMPORINI, 1995):

a) Propiciar maior familiaridade do pesquisador ao fenômeno investigado, de modo a tornar o estudo mais compreensível;

b) Formular hipóteses com mais precisão;
c) Escolher as técnicas mais adequadas para a investigação;
d) Decidir sobre as questões que mais necessitam de ênfase e detalhamento, além de alertar quanto às potenciais dificuldades, sensibilidades e áreas de resistência.

Sendo assim, justifica-se a utilização desse tipo de estudo por possibilitar a obtenção de maior compreensão do fenômeno investigado e para avaliar as hipóteses previamente definidas.

6.2 **Cenário da pesquisa**

O estudo foi desenvolvido na Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), logo após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), da Secretaria de Estado de Saúde do DF.

6.3 **Participantes**

6.3.1 Critérios de inclusão:

Os sujeitos da pesquisa foram os coordenadores do curso de medicina da ESCS. Como essa Escola apresenta três programas educacionais, além do internato, os seguintes informantes participaram:

a) Coordenadores da 1ª, 2ª, 3ª séries e do internato, totalizando quatro pessoas;
b) Coordenadores da IESC, de 1ª a 3ª série, totalizando três pessoas;
c) Representante da coordenação de Habilidades e Atitudes, uma pessoa;
d) Representante dos docentes, uma pessoa.

Dessa forma, foram entrevistados nove participantes, sendo considerada essa amostra significativa, uma vez que, após alcançar a constatação da saturação teórica, foi identificada a repetição contínua dos depoimentos, atingindo uma reincidência das informações, o que possibilitou a sustentabilidade da categorização dos dados e dispensou a continuidade das entrevistas (BARDIN, 2011).

6.3.2 Critérios de exclusão:

Os critérios de exclusão eram participantes que estariam de férias e licenças no período da pesquisa. Foi excluída uma participante, por a mesma estar de férias no período de realização das entrevistas.

6.4 **Instrumentos**

Foram utilizados dois instrumentos para a coleta dos dados, aplicados em diferentes momentos e ambientes, a saber:

6.4.1 Análise documental

A análise foi realizada por meio de leitura dos documentos, direcionada com o auxílio de um roteiro (**Apêndice A)**. A finalidade foi conhecer as informações relacionadas à abordagem da saúde de adolescentes nos documentos da ESCS. Conforme Flick (2009), a análise de documentos pode acrescentar vantagens às outras formas de obtenção de dados e instruir a compreensão da realidade no contexto institucional.

Os documentos pesquisados foram:

a) O Projeto Pedagógico atual da ESCS, elaborado em 2012;
b) Os manuais dos programas educacionais: IESC, H.A e Módulos Temáticos 102, 201, 206, 401 das 1ª, 2ª, 3ª e 4ª séries e do Estágio Curricular Obrigatório – Internato, referente às 5ª e 6ª séries (anos 2015, 2016 e 2017).

6.4.2 Entrevista semiestruturada:

A entrevista é um instrumento da pesquisa qualitativa que permite o acesso à produção de conteúdos dos sujeitos envolvidos na pesquisa. A fala dos entrevistados é reveladora de sistemas de valores, condições estruturais, símbolos e normas e, ao mesmo tempo, transmite ideias de grupos determinados em condições histórico-socioculturais (MINAYO, 1996). O roteiro de entrevista (**Apêndice B**) privilegiou os seguintes aspectos, visando responder aos objetivos da pesquisa: diferença entre a atuação com adolescentes e os outros ciclos de vida, principais especificidades da adolescência e suas necessidades em saúde.

6.5 **Procedimentos**

A pesquisa foi realizada em etapas, quais sejam:

Primeira etapa: primeiro contato da pesquisadora com a Direção da ESCS, Coordenação do Curso de Medicina, para autorização do projeto de pesquisa e posterior submissão ao CEP da FEPECS.

Segunda etapa: contato com os Coordenadores da 1.ª, 2.ª, 3.ª, 4.ª séries e do internato e Coordenadores da IESC e HA, a fim de apresentar o projeto, os objetivos e realizar a marcação das entrevistas. Essa etapa foi realizada após aprovação do CEP.

Terceira etapa: realizada a análise documental dos arquivos citados nos instrumentos. Os critérios para escolha dos documentos foram: informações dos coordenadores de série da ESCS na segunda etapa da pesquisa sobre os documentos com aproximação ao tema

pesquisado; disponibilidade da escola em fornecer esses materiais e o encontro deles nos arquivos existentes. Foi realizada a leitura minuciosa de cada um dos documentos e verificada a inclusão do tema *atenção à saúde de adolescentes* em todo conteúdo, incluindo avaliação da bibliografia.

Quarta etapa: foram realizadas as entrevistas, transcrições e análise dos dados. A entrevista foi realizada pela pesquisadora dessa pesquisa, sendo gravada em áudio e posteriormente transcrita. O período da realização das entrevistas foi de novembro a dezembro de 2017, de acordo com o desejo e disponibilidade dos participantes, seus locais de trabalho e em uma data previamente agendada, de comum acordo. A média de duração das entrevistas foi de 27 minutos. E a análise dos dados foi realizada de janeiro a fevereiro de 2018.

6.6 **Análise dos Dados**

A interpretação dos dados da análise documental foi realizada por meio da observação do *Quadro 1 – documentos analisados (***Apêndice C***)*, o qual tem as características priorizadas: nomenclatura nomeada pela pesquisadora, data de publicação, título e tipo de documento, principais aspectos da adolescência identificados e impressões da pesquisadora. E a interpretação dos resultados das entrevistas foi por meio da técnica de análise de conteúdo, de forma manual, após transcrição das entrevistas gravadas. No Capítulo 7 – Resultados e Discussão foi realizada uma correlação entre os dados encontrados nos dois instrumentos para qualificar os resultados.

A análise de conteúdo é uma estratégia utilizada para tratamento de dados obtidos de discursos em pesquisas qualitativas, abrangendo um conjunto de táticas, cujo objetivo é a busca dos sentidos contidos em documentos e materiais coletados, por meio de transcrições de entrevistas com áudio ou não, notas de observação, fichas de documentação, notas de campo, diários de pesquisa, fotos, filmes e outros (MOZZATO; GRZYBOVSKI, 2011).

A principal referência da literatura sobre análise de conteúdo, utilizada nesta pesquisa, é a obra de Bardin (2011):

> Um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. A intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou eventualmente, de recepção), inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não). (p.38).

Pode-se dizer que a análise de conteúdo exige muito tempo, paciência e dedicação do pesquisador e que na definição das categorias de análise necessita-se de perseverança, disciplina, rigor, intuição, imaginação e criatividade (BARDIN, 2011). As três fases dessa técnica foram utilizadas na pesquisa:

a) Pré-análise: tem o objetivo de organizar o material a ser analisado, sistematizando as ideias iniciais e o tornando operacional;
b) Exploração do material: tem o objetivo de definir as categorias e as unidades de contexto nos documentos (codificação), categorização e classificação. É importante porque possibilita as interpretações e inferências, necessitando para isso de um estudo aprofundado e fundamentação teórica;
c) Tratamento dos resultados, inferência e interpretação: tem o objetivo de destacar as informações para análise, interpretações e inferências para reflexão crítica.

6.7 **Riscos**

Os riscos para a pesquisa foram:

a) Discordância em participar;
b) Dificuldades em compreender os objetivos; e,
c) Possibilidade de recusa em responder qualquer pergunta e retirar o consentimento.

Os cuidados com os participantes foram na exposição moral por divulgação dos dados dos participantes da pesquisa, ou seja, manter sigilo e evitar constrangimentos. A pesquisadora tomou medidas, conforme Resolução 466/2012, para minimizar esse risco com a

não divulgação de nomes ou dados de identificação dos participantes da pesquisa, sendo identificados da seguinte forma: entrevistado 1 (E1), entrevistado 2 (E2) e assim por diante.

Quando se avalia os riscos e benefícios, o potencial risco é inferior aos benefícios promovidos pela pesquisa em questão.

6.8 **Benefícios**

Os benefícios da pesquisa serão no sentido de que as informações obtidas servirão para subsidiar a abordagem sobre o tema nos Programas Educacionais da ESCS e em outros cursos e auxiliar na busca de melhoria do processo de aprendizagem dos estudantes, docentes e preceptores na atenção à saúde de adolescentes.

Os procedimentos utilizados para obtenção dos dados não alteraram a rotina de organização dos Programas Educacionais da ESCS e não afetaram os processos de trabalho dos participantes envolvidos.

6.9 **Desfecho primário**

A identificação das informações nos documentos analisados e a descrição da percepção dos profissionais entrevistados quanto às especificidades da saúde de adolescentes, às diferenças entre a atuação com adolescentes e os outros ciclos de vida e de como está inserido o tema no currículo do curso de medicina da ESCS resultarão na possibilidade de a Escola conhecer como é realizada a inclusão do tema *Atenção à Saúde de Adolescentes* em seu currículo.

6.10 **Desfecho secundário**

Espera-se que a pesquisa possa contribuir para a melhoria da formação médica quanto à abordagem desse tema e, consequentemente, estimular maior interesse dos profissionais na atenção à saúde de adolescentes e qualificação dos futuros profissionais de saúde num atendimento mais humanizado aos adolescentes, de acordo com suas especificidades e necessidades em saúde.

6.11 **Cuidados éticos**

Este projeto de pesquisa foi inserido na Plataforma Brasil para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) e foi aprovado com o número *CAAE 78572317.8.0000.5533.*

Conforme resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e do Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos, todos os participantes foram esclarecidos quanto ao objetivo da pesquisa, sua confidencialidade e sobre a garantia do sigilo e receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (**Apêndice D**). Nenhum participante recusou a participar do estudo, mas uma convidada não pôde ser entrevistada devido estar de férias no período das entrevistas.

7. **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

7.1 **Análise documental**

O *Quadro 1 – Documentos analisados (***Apêndice C***),* disposto ao final do trabalho, contém os dados resumidos obtidos na análise, os quais foram separados em: nomenclatura nomeada pela pesquisadora, data de publicação, título e tipo de documento, principais aspectos da adolescência identificados e impressões da pesquisadora.

Foram consultados 34 documentos, para os quais foram dados nomes para facilitar a avaliação. Um refere-se ao Projeto Pedagógico do Curso, de 2012, e 33 são manuais dos programas educacionais: MT - Módulos Temáticos, H.A. – Habilidades e Atitudes e IESC – Interação Ensino-Serviços e Comunidade, catalogados pela biblioteca da ESCS e disponibilizados aos docentes e discentes nos anos 2015, 2016 e 2017.

Alguns documentos planejados não foram analisados, pois o NI/CCM/ESCS não os salvou em seus arquivos e a coordenadora de série não conseguiu os disponibilizar em tempo hábil. São eles: manuais do internato dos anos 2015, 2016 e 2017. No entanto, o PPC 2012, descrito abaixo, informa sobre este programa educacional (internato), não prejudicando os resultados.

Os documentos analisados e a nomenclatura estabelecida são:

a) Projeto Pedagógico do Curso de Medicina da ESCS, ano 2012 (atual): *PPC 2012*;
b) Manuais do Programa Educacional – IESC, dos anos 2015, 2016 e 2017, da 1ª, 2ª e 3ª séries - nove documentos: *IESC 1 2015, IESC 2 2015, IESC 3 2015, IESC 1 2016, IESC 2 2016, IESC 3 2016, IESC 1 2017, IESC 2 2017, IESC 3 2017*;
c) Manuais do Programa Educacional – H.A., anos 2015, 2016 e 2017, da 1ª, 2ª, 3ª e 4ª séries - 12 documentos: *HA 1 2015, HA 2 2015, HA 3 2015, HA 4 2015, HA 1 2016, HA 2 2016, HA 3 2016, HA 4 2016, HA 1 2017, HA 2 2017 HA 3 2017, HA 4 2017;*

d) Manuais do Programa Educacional - Módulos Temáticos**,** 102, 201, 206 e 401, dos anos 2015, 2016 e 2017 - 12 documentos: *MT 102 2015, MT 201 2015, MT 206 2015, MT 401 2015, MT 102 2016, MT 201 2016, MT 206 2016, MT 401 2016, MT 102 2017, MT 201 2017, MT 206 2017, MT 401 2017.*

Abaixo serão descritos os aspectos relacionados à saúde de adolescentes encontrados nos documentos e as modificações identificadas de uma edição para outra. Além disso, será versado sobre as impressões da pesquisadora a respeito dos achados.

O *PPC 2012* é um documento que norteia todo o ensino do curso de medicina da ESCS. Nele está contido um resumo dos programas educacionais, com os objetivos e competências a serem alcançados nas séries dos seis anos letivos. O curso é seriado e anual perfazendo um total de 9.882 horas com a duração de no mínimo seis e no máximo nove anos.

Em relação à adolescência, foi verificado que o termo *adolescente* e/ou *adolescência* aparece 13 vezes ao longo do texto. Está contemplado no *Módulo Temático 201 – Nascimento, Crescimento e Desenvolvimento*, que acontece na 2ª série, com o objetivo de compreender os aspectos biopsicossociais relacionados ao crescimento e ao desenvolvimento do ser humano da fase intrauterina até a adolescência; no programa IESC 2ª série, na atenção à saúde do adolescente, com os objetivos de: classificar e registrar no cartão do adolescente os dados pertinentes; observar e orientar educação sobre saúde sexual e reprodutiva; observar e orientar sobre o risco do uso de drogas lícitas e ilícitas; atuar em ações de prevenção de acidentes e violência; e atuar em ações de planejamento reprodutivo. O programa educacional H.A., da 2ª série, tem o objetivo de realizar, de maneira sistemática e dentro da padronização estabelecida, o exame físico completo em crianças, adolescentes e adultos. E, no Internato, está descrito nos objetivos 1 e 12, da 5ª e 6ª séries no rodízio Saúde da Criança. Além da descrição nos programas, foram observados os termos “adolescentes” e/ou “adolescência” nas referências bibliográficas dos programas e séries descritos acima.

Na avaliação do PPC, observa-se a abordagem da adolescência em dois momentos do curso: na 2ª série, nos três programas educacionais, porém, no módulo temático, somente no MT 201 e no internato, nos rodízios de pediatria. O PPC não permite avaliar quais subtemas dentro da adolescência são tratados e qual profundidade de discussão sobre eles. Percebe-se uma tendência no ensino-aprendizagem dos aspectos desenvolvimentais da adolescência e

nesses mais das questões biológicas. Não há menção sobre as principais necessidades e morbidades e nem sobre como lidar e realizar o cuidado com essa faixa etária.

Os manuais *IESC 1 2015, IESC 1 2016, IESC 1 2017* não tiveram modificações de uma edição para outra, relacionados ao tema adolescência; que apareceu três vezes durante a leitura: no tópico *Genograma e Ecomapa*, no ensino sobre a elaboração do Genograma, estando presente no subtópico *Classificação das Famílias*; na descrição sobre a importância das instituições de acolhimento a crianças e adolescentes como locais com a função de criar e desenvolver afetivamente; e no tópico *ciclo de vida*, segundo o qual o ciclo de vida de uma família é dividido em oito estágios. O quinto estágio é chamado de *Conviver com o Adolescente*, sendo o momento da vida em que a família necessita aumentar a flexibilidade das fronteiras familiares para incluir a independência dos filhos. Ressalta-se que esse estágio pode precisar de um reajuste das questões conjugais e profissionais para atingir harmonia entre os membros da família.

Os manuais *IESC 2 2015, IESC 2 2016 e IESC 2 2017* são referentes à 2ª série e apresentam diferenças entre os anos 2015 e 2016, mas são iguais de 2016 para 2017. O termo *adolescente* foi encontrado mais de 25 vezes durante a leitura do manual de 2015 e o tema faz parte das competências que os discentes devem alcançar nessa série, que são:

a) Conhecer e orientar os pacientes sobre diversos temas que permeiam a adolescência: caderneta da saúde de adolescentes, planejamento sexual e reprodutivo, prevenção de acidentes e violências, calendário vacinal, avaliação e monitoramento do crescimento e desenvolvimento, abordagem do uso de drogas lícitas e ilícitas e postura adequada dos profissionais de saúde nas consultas de adolescentes;
b) Participar e/ou realizar práticas educativas coletivas e práticas em saúde com temas relacionados à adolescência, além da participação nas consultas de adolescentes;
c) Realizar a antropometria dos adolescentes, calcular o IMC, conhecer o calendário vacinal e fazer o adequado preenchimento na caderneta da saúde de adolescentes dos itens citados;
d) Conhecer os métodos anticoncepcionais, inclusive contracepção de emergência para a faixa etária; e

e) Identificar mudanças psicossociais, situações de vulnerabilidade e orientar adolescentes e responsáveis sobre esse processo de vida.

No anexo G dos manuais sobre a avaliação de desempenho estão as competências citadas acima para avaliação dos docentes, em que o discente poderá receber as menções de: Satisfatório ou Insatisfatório. As referências bibliográficas encontradas foram: protocolo da SES/DF de Atenção à Saúde: Saúde de Adolescentes do Distrito Federal (2014); Diretrizes para atenção à saúde de adolescentes e jovens do Ministério da Saúde (2010) e Saúde do Adolescente: competências e habilidades do Ministério da Saúde (2008).

A inovação do manual de 2016 *(IESC 2 2016),* mantida no de 2017 *(IESC 2 2017*), é a distribuição dos conteúdos de maneira mais objetiva e organizada e inclusão de outras temáticas importantes da adolescência e outras referências bibliográficas. As condições acrescentadas são: alteração na nomenclatura de *Adolescente* para *Adolescentes e Jovens,* o ECA e os direitos fundamentais do adolescente, alimentação e aspectos nutricionais desse público, ciclo menstrual, atenção integral à saúde de adolescentes nas escolas, violências e vulnerabilidades, fatores de risco e ações intersetoriais que visam a prevenção, o controle e a proteção do cidadão em condições de violência. As referências incluídas são: metodologias para o Cuidado de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências, do Ministério da Saúde (2012), orientações básicas de atenção integral à saúde de adolescentes nas escolas e unidades básicas de saúde, do Ministério da Saúde (2009), Marco Legal: saúde, um direito de adolescentes, Ministério da Saúde (2007) e a lei nº 8.069 - Estatuto da Criança e do Adolescente (1990).

Nos manuais *IESC 3 2015, IESC 3 2016 e IESC 3 2017*, referentes à 3ª série, não se identificou alusão à saúde de adolescentes, nos termos: adolescente, adolescência, ciclo de vida, crescimento e desenvolvimento, jovens, juventude, juvenil e puberdade.

Portanto, na avaliação do programa educacional IESC, observa-se o ensino sobre a saúde de adolescentes, mas somente na 1ª e na 2ª série. Na 1ª série, a abordagem é no adolescente participante de uma família e na 2ª série, a abordagem é mais integral, de modo a ser percebida a integração da teoria com a prática. Pelos manuais da 2ª série verifica-se a participação ativa dos discentes no processo de aprendizado frente ao adolescente, com a elaboração de práticas educativas, desenvolvimento de habilidades de teorização e discussão com esse grupo, assim como obtenção de habilidades e competências em relação ao

atendimento individual. É perceptível o foco nos ciclos de vida, havendo também abordagem da saúde da criança, do adulto e do idoso nos manuais dessa série.

Partindo para a análise do programa educacional H.A. (*HA 1 2015, HA 2 2015, HA 3 2015, HA 4 2015, HA 1 2016, HA 2 2016, HA 3 2016, HA 4 2016, HA 1 2017, HA 2 2017, HA 3 2017, HA 4 2017),* avaliamos que não há a inclusão do tema de forma específica e nem competências a serem alcançadas pelos discentes sobre adolescência na primeira, terceira e quarta séries. A inclusão se dá em uma história clínica da 1ª série, em que se cita um indivíduo na faixa etária de 10 a 19 anos, sem contexto sobre a idade; na demonstração da elaboração de uma narrativa da 3ª série para ensinar como são feitas as narrativas e nos atendimentos da APS e das emergências em pediatria ou clínica médica e na 4ª série, quando se exercita a realização das consultas. Todavia, não há a obrigatoriedade de realizar o treinamento em serviço com adolescentes. Se os discentes tiverem contato com adolescentes, acontecerá ao acaso e a discussão sobre a faixa etária vai depender dos discentes e dos docentes.

Já nos manuais do HA da 2ª série dos três anos (*HA 2 2015, HA 2 2016, HA 2 2017)*, observa-se a inserção da adolescência da seguinte forma: nos objetivos específicos está descrito que o discente deve aprender a realizar, de maneira sistemática e dentro da padronização estabelecida, o exame físico completo de crianças, adolescentes e adultos. Na descrição das palestras está a visualização de um filme sobre gravidez na adolescência (sem descrição de qual filme) e na parte da saúde da criança (semiologia e comunicação com crianças), tem como um dos objetivos a serem alcançados, a realização da anamnese com adolescentes.

Assim, na avaliação geral do programa H.A. observa-se ênfase na 2ª série, assim como no programa IESC. Nessa série, os discentes aprendem a história clínica e exame físico específicos de adolescentes. Na 1ª série, a história clínica é trazida de uma forma geral, ficando a cargo dos docentes ensinarem sobre adolescentes, como conteúdo extra. Na 3ª série há uma oportunidade de inclusão do tema, quando o manual descreve uma narrativa em que o adolescente é o protagonista, no entanto, vai depender do enfoque discutido pelos discentes e docentes. E na 4ª série, cada discente realiza atendimentos sozinhos com supervisão, na atenção primária e nas emergências de clínica médica e pediatria. Pode-se atender adolescentes nesses cenários, mas a discussão vai depender dos discentes e docentes.

Quanto ao programa Módulos Temáticos, os módulos analisados foram os 102, 201, 206 e 401, indicados pelos coordenadores da ESCS: *MT 102 2015, MT 201 2015, MT 206 2015, MT 401 2015, MT 102 2016, MT 201 2016, MT 206 2016, MT 401 2016, MT 102 2017, MT 201 2017, MT 206 2017, MT 401 2017.*

O módulo 102 tem o título *Concepção e Formação do Ser Humano* e está no programa da 1.ª série. Na análise dos três anos *(MT 102 2015, MT 102 2016, MT 2017),* observa-se que a adolescência, propriamente dita, não é abordada. Ela aparece quando se fala da puberdade, pré-natal, desenvolvimento sexual, eixo endócrino-metabólico (hipotálamo-hipófise-gônadas), maturação sexual e esteroidogênese. Por ser um documento introdutório aos módulos temáticos biológicos, é prevista a escassez desse conteúdo. O documento não permite o aprofundamento adequado à saúde do adolescente, principalmente, por envolver as disciplinas iniciais do curso: Fisiologia, Embriologia, Anatomia e Histologia, focadas no ciclo intrauterino.

O Módulo 201 refere-se ao *Nascimento, Crescimento e Desenvolvimento* e está no programa da 2ª série. No manual *MT 201 2015***,** na introdução foi encontrado um trecho sobre adolescência, descrita como uma extensão da infância, no qual consta que os médicos devem atuar para permitir seu desenvolvimento adequado. Nos objetivos gerais do módulo é reiterado o ciclo de vida abordado: da vida intrauterina até a adolescência. E nos objetivos de aprendizagem há um sobre a saúde de adolescentes, relacionado a descrição da velocidade de crescimento da infância e adolescência. As situações problemas fazem referência à infância e à adolescência, como, por exemplo, na situação-problema nº 5, a qual consta que um dos objetivos de aprendizagem é "dez passos da alimentação saudável para crianças e adolescentes" e um outro é estudar os impactos do sobrepeso e obesidade do ponto de vista emocional em crianças e adolescentes. Na situação nº 8 os objetivos de estudo são: ~~a~~ síntese hormonal da puberdade, fisiologia do crescimento corporal, classificação de Tanner e ~~o~~ desenvolvimento psicológico normal da adolescência. Na bibliografia, as publicações indicadas são dois artigos, um sobre o crescimento e desenvolvimento e síntese de hormônios e o outro sobre nutrição.

As diferenças entre 2015 e os outros anos em relação a esse módulo 201 é que, no manual *MT 201 2016***,** a introdução não tem mais o trecho referente à adolescência, tendo somente uma frase sobre os direitos da criança e do adolescente. Houve a inclusão do objetivo

de aprendizagem sobre o acompanhamento multiprofissional em problemas relacionados à transição do adolescente e retirou-se o tema gravidez na adolescência, transferido para o módulo 206. O manual *MT 201 2017* é muito similar ao de 2016, apresentando como diferença uma cobrança mais aprofundada sobre o crescimento e desenvolvimento, em relação às características genéticas e ambientais, fisiologia dos hormônios do crescimento e inclusão do tema atividade física na adolescência.

O módulo 206 pertence à 2ª série do curso e trata da *Saúde da Mulher, Sexualidade Humana e Saúde Reprodutiva.* Dentro desse ponto, os manuais *MT 206 2015 e MT 206 2016* são muito parecidos. Na introdução há um trecho mostrando a importância de o acadêmico ter conhecimento da epidemiologia da gravidez na adolescência no Brasil, pois é um problema de saúde pública importante. O Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) também é citado como um programa oriundo do MS, criado em 1983, devido às dificuldades do Brasil em diminuir os índices de mortalidade materna, aborto, gravidez indesejada e doenças sexualmente transmissíveis (DST). Na situação-problema nº 1 do módulo, aborda-se a gravidez na adolescência, com o objetivo de aprendizagem referente a avaliar os aspectos sociais, culturais, econômicos e familiares envolvidos com essa situação.

O manual *MT 206 2017* não traz mais na introdução o tema gravidez na adolescência, como nos manuais dos anos anteriores, porém, ao longo do manual, esse item é encontrado. A situação-problema nº 1 é bem sugestiva, intitulada: *Descobertas da Adolescência*, na qual os discentes aprendem sobre os caracteres sexuais secundários, a menstruação, a anatomia e a fisiologia do sexo feminino. O tema *Gravidez na Adolescência* é estudado na situação-problema nº 5, com objetivos iguais aos dos anos anteriores, mas com abordagem de uma gravidez de alto risco e da avaliação do binômio mãe/filho ao final da gestação.

O módulo temático 401 ocorre na 4ª série do curso e versa sobre *Transtornos mentais e do comportamento*. Os manuais *MT 401 2015, MT 401 2016* e o *MT 401 2017* concedem muito pouco sobre a adolescência. A primeira citação é encontrada no cronograma das palestras, sendo uma delas: *Adoecimento Mental da Criança e Adolescente.* A segunda citação é vista em uma das situações-problemas, sobre a anamnese psiquiátrica, em que o médico busca informações sobre a evolução psíquica do adolescente para auxiliar no diagnóstico do transtorno psiquiátrico, tendo em vista que a patologia era a esquizofrenia, transtorno com início na juventude. E a última citação é encontrada na penúltima situação-

problema, que aborda as alterações biológicas dos transtornos aditivos relacionados à maconha e à cocaína.

De um modo geral, em relação aos Módulos Temáticos analisados, os que tratam mais da adolescência são o 201 e 206, da 2ª série. O MT 201 incentiva os discentes quanto à aprendizagem sobre adolescência e quanto à importância da atuação médica no desenvolvimento da faixa etária e o MT 206 desenvolve aspectos da saúde da mulher relacionados aos seus aspectos biológicos, porém, não avança em relação à sexualidade e à promoção da saúde sexual na adolescência. O MT 102, da 1ª série, é de caráter predominante biológico, relacionado à anatomia, embriologia, histologia, fisiologia da concepção e formação do ser humano e o MT 401, da 4ª série, versa sobre o adoecimento mental do ser humano, mas não aborda a saúde mental e as situações específicas que acometem adolescentes.

A análise documental desta pesquisa não analisou a relação entre os objetivos, conteúdos e as referências bibliográficas dos programas, nem a formatação e padronização dos documentos, como foi feito no estudo de Xavier et al. (2013), os quais utilizaram a mesma metodologia para investigar temas da saúde de adolescente em currículos de universidades públicas do Rio de Janeiro. Eles concluíram que os temas investigados são pouco abordados, os conteúdos são predominantemente de caráter biomédico e não há relação entre conteúdos, ementas, objetivos e referências entre si, nos programas de saúde da mulher e saúde de adolescentes. Em comparação a esse estudo, embora o aspecto biomédico predomine quanto ao tema pesquisado, essa pesquisa observa um avanço quando o programa educacional IESC discute: classificação do ciclo de vida familiar, com adolescência em um dos seus estágios, direito à saúde, postura ética na relação profissional-adolescente, prevenção de acidentes e violências, realização de práticas educativas e identificação das mudanças psicossociais e situações de vulnerabilidade, principalmente, por ser um programa de vivência prática na comunidade.

Uma inovação em relação a currículos de outras IES é quando os programas educacionais H.A. e Módulos Temáticos da 2ª série discutem sobre: determinantes sociais no processo de crescimento e desenvolvimento, aspectos psicossociais e ações de promoção à saúde para obtenção de um estilo de vida saudável, trazendo o enfoque de ações interdisciplinares, essenciais para a atenção à saúde de adolescentes.

Dessa forma, apesar do tema *adolescência* ser contemplado no currículo da ESCS, constata-se uma inserção parcial, fragmentada e desarticulada entre as séries e programas educacionais, tendo em vista que o tema está de uma forma geral mais na 2ª série e em alguns outros momentos. Para Vale (2013), o ensino de graduação de medicina não apresenta de maneira suficiente o tema nas grades curriculares e a maioria das instituições não prepara os discentes para uma atuação relevante com adolescentes, tendo em vista as dificuldades encontradas nos serviços para que os adolescentes sejam atendidos em suas especificidades. Para esse autor, é necessário promover uma formação aos estudantes de medicina na atenção à saúde de adolescentes, pois qualquer que seja a área de atuação profissional escolhida por eles, a sociedade espera um desempenho de competências eficaz.

Os resultados dessa análise documental serão discutidos novamente, junto com os resultados da análise das entrevistas neste capítulo, no item 7.3, nas categorias "B) O ensino-aprendizagem sobre saúde de adolescentes: formação do entrevistado" e "C) A saúde de adolescentes no currículo da ESCS".

7.2 **Perfil sociodemográfico dos sujeitos da pesquisa:**

Os dados obtidos dos participantes entrevistados foram relacionados aos aspectos profissionais (**Apêndice E** - *Quadro 2: Perfil sociodemográfico dos sujeitos*). Não foram obtidos dados sobre idade, estado civil e outros relacionados a aspectos pessoais.

Todos os entrevistados são médicos da ESCS, cenário desta pesquisa. Dos nove entrevistados, quatro são coordenadores de série (1ª, 2ª, 3ª e internato), quatro coordenadores de programas educacionais e um é docente, sem exercer uma função de coordenação. Não foi possível entrevistar a coordenadora da 4ª série devido à participante estar de férias no período de realização das entrevistas.

Em relação ao tempo de formação médica, a média foi de 23,2 anos. As instituições formadoras são variadas, sendo sete universidades federais (UFA, UFMA, UFMT, UFPE, UFSC, UnB, UFU) e uma escola particular. Dois entrevistados são da UnB.

Todos fizeram residência médica, sendo as especialidades também variadas: seis pediatras, um urologista, um MFC e um ginecologista-obstetra. Um dos pediatras tem também a especialidade medicina de adolescentes.

Quanto à realização de Pós-graduação *stricto sensu,* um sujeito concluiu o doutorado e cinco sujeitos concluíram o mestrado.

7.3 **Análise das entrevistas**

Na pré-análise, definiram-se os trechos significativos e as categorias, por meio, da leitura exaustiva do material. Na etapa da exploração, realizou-se a codificação e a verificação das temáticas mais presentes nas falas dos participantes. E na interpretação realizou-se inferências sobre os resultados, com auxílio da literatura pertinente (BARDIN, 2011).

As categorias pré-analíticas descritas abaixo foram elaboradas baseando-se nas perguntas do roteiro das entrevistas que tratavam sobre: as necessidades em saúde da faixa etária adolescente; as especificidades da saúde de adolescentes que o médico deve saber em sua abordagem; as diferenças entre a saúde de adolescentes e os outros ciclos de vida; o ensino-aprendizagem sobre saúde de adolescentes do entrevistado; o ensino-aprendizagem sobre adolescentes na ESCS, sob a percepção dos entrevistados e as sugestões dos entrevistados para inclusão do tema no currículo médico.

Com a análise das respostas dos entrevistados, observou-se que as categorias poderiam ser aglomeradas em quatro por se tratarem das mesmas ideias, sendo classificadas da seguinte forma:

A) Conhecimento das especificidades da linha de cuidado da saúde de adolescentes;
B) O ensino-aprendizagem sobre saúde de adolescentes: formação do entrevistado;
C) A saúde de adolescentes no currículo da ESCS;
D) Propostas de aprofundamento do tema no currículo médico.

Serão abordados, a seguir sobre cada uma das categorias delimitadas e suas subcategorias, quando necessárias.

7.3.1 Categoria A: Conhecimento das especificidades da linha de cuidado da saúde de adolescentes

Dentro da categoria *Conhecimento das especificidades da linha de cuidado da saúde de adolescentes*, os depoimentos dos participantes permitiram a organização dos temas em subcategorias, as quais serão descritas a seguir: garantia do direito à saúde, considerações éticas e legais na atenção à saúde, processo saúde-doença na adolescência, diferenças na abordagem entre adolescentes e os outros ciclos de vida, necessidades em saúde na adolescência, olhar biologizante e estigmatizante e técnica de abordagem com adolescentes.

a) Garantia do direito à saúde

Alguns depoimentos descritos abaixo trazem o entendimento de que adolescentes têm o direito à saúde: o SUS deve ir até onde o adolescente está, por exemplo, até as escolas; os pontos de atenção da rede devem se articular para garantir a saúde e as políticas públicas de saúde existem, mas observa-se um distanciamento entre a teoria e a prática, ou seja, a presença no papel de uma política pública voltada a esse grupo e a sua execução na rede de saúde. É uma questão de cidadania reconhecer o direito da saúde na adolescência. “O acesso à saúde é um direito do adolescente, mas o adolescente está ali, no período escolar e não é muito alcançado no serviço de saúde” (E1).

Os adolescentes são indivíduos sujeitos de direitos. A saúde faz parte desses direitos que devem ser garantidos, os quais foram adquiridos pelos adolescentes ao longo do seu processo social e histórico. Faz-se necessário ter uma organização no SUS para atender às necessidades em saúde dos adolescentes, em todos os níveis de atenção e nos espaços da

comunidade, frequentados por eles, onde a saúde pode atuar de forma intersetorial: escolas, unidades de acolhimento, unidades de internação, organizações não governamentais etc.

O direito à saúde foi garantido aos adolescentes no Brasil, como comentado no capítulo 2, a partir dos seguintes documentos: artigo 227 da Constituição de 1988; Lei Orgânica da saúde, de criação do SUS (nº 8.080, de 1990), Lei Orgânica da Assistência Social (nº 8.142, de 1990) e pelo ECA (n. º 8.069, de 1990). O ECA dita sobre a proteção integral de crianças e adolescentes nos artigos 5, 7 e 11 (UNFPA, 2010), sendo o 11 específico do direito à saúde: "É assegurado atendimento integral à criança e ao adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde" (BRASIL, 2011, p. 22).

Apesar dessas leis, foram necessários outros compromissos do Brasil em assembleias, conferências e convenções internacionais sobre juventude e populações para garantir a sua efetivação na prática, sendo as principais: Programa de Ação da ONU para a Juventude até o ano 2000 e Além, em 1995; Declaração de Lisboa sobre Políticas e Programas para a Juventude, em 1998; Plano de Ação de Braga, aprovado no III Fórum Mundial da Juventude da ONU; Estratégia de *Empowerment* da Juventude de Dacar, aprovada no IV Fórum Mundial da Juventude da ONU, em 2001; Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento de Cairo, em 1994; Programa de Ação da Cúpula Mundial de Desenvolvimento Social de Copenhage, em 1995; Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial da Mulher, de Pequim, em 1995; Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento de Cairo +5, em 1999, Declaração da Conferência Mundial contra Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância, de Durban, África do Sul, em 2001, e Comitê Internacional dos Direitos da Criança, de 2003, reafirmando os princípios da Convenção Internacional dos Direitos da Criança, de 1989 (UNFPA, 2010).

Em 2006 foi divulgada a *Política Nacional de Atenção à Saúde de Adolescentes e Jovens*, e em 2010 foi publicado o documento *Diretrizes Nacionais de Atenção à Saúde de Adolescentes e Jovens*, baseado na Política, com o objetivo de sensibilizar gestores e profissionais para a visão holística do ser humano e para uma abordagem sistêmica das necessidades dessa população, além de mostrar a importância da criação de estratégias, para modificar o quadro de vulnerabilidades que se encontram os adolescentes e influenciam o desenvolvimento saudável desse grupo (BRASIL, 2017; BRASIL, 2010).

Na lei do SUS, o princípio da intersetorialidade assegura ao sistema a possibilidade da realização de ações integradas entre o setor saúde e os outros setores. A visão de saúde foi ampliada, reconhecendo que os determinantes sociais, econômicos e políticos se associam a outros fatores do processo saúde-doença. Dessa forma, a integração dos setores é fundamental para garantir melhoria na qualidade de vida da população (BRASIL, 2010). Um dos exemplos da intersetorialidade é o *Programa Saúde na Escola,* instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286, em 2007, para atuação conjunta dos Ministérios da Saúde e da Educação. Esse tem como objetivo: "contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino" (BRASIL, 2007, art. 1º).

Quando falamos de integração entre os setores, podemos trazer o termo "redes" que apareceu na fala de um participante (E7) no sentido de rede de suporte ou rede de apoio. Se formos pensar em rede de apoio ou rede social, os significados não são distintos. Rede de apoio é "uma estrutura que tem um padrão que a caracteriza e que possibilita a inter-relação dos seus nós" (CONCEITO DE, 2018, p. s/n). A rede social refere-se à dimensão estrutural ou institucional, ligada aos indivíduos que por meio de suas relações, propiciam os recursos de apoio fluírem sob a forma de vínculos" (ARAÚJO et al., 2010).

> Então, a gente tem que ter uma rede de suporte para adolescentes [...]. Adolescente também tem que estar preparado, tem que saber buscar ajuda quando ele cometer um erro, mas ele tem que ter canal aberto e tem que entender. Ele tem que ter uma rede de suporte maior para que não afete tanto a vida dele lá no futuro. (E7).

Para a atenção à saúde de adolescentes, essa inter-relação ou interligação entre os entes envolvidos, permite atender as expectativas e garantir a saúde. Isso pode ser feito tanto na micropolítica, dentro de uma equipe, entre os integrantes, como na macropolítica, quando há a integração de diversos setores para uma mesma finalidade, a exemplo da estratégia PSE.

Para assegurar a integralidade do cuidado da população brasileira, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM nº 4.279, de dezembro de 2010, instituiu as Redes de Atenção à Saúde (RAS): "arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado" (BRASIL, 2012, p. 10). O objetivo é

promover às pessoas o recebimento contínuo de serviços preventivos e curativos, de acordo com as suas necessidades, ao longo do tempo e por meio de diferentes níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2017). A compreensão de saúde, pelos pontos de atenção das RAS deve ser no direito e na produção social. Deve-se pautar na correta proporção entre a ação coletiva e individual, no apoio para a adoção de condutas ligadas a saúde e à compreensão dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), na articulação com os demais pontos e equipamentos das redes de produção social da saúde, no trabalho transdisciplinar em equipe multiprofissional e no estímulo a participação social, entre outros (BRASIL, 2014).

Em se tratando da rede de atenção à saúde de adolescentes, assim como foi exposto por um dos entrevistados, apesar das normativas federais, a prática ainda está aquém do desejado e preconizado. Autores como Lopez e Moreira (2013), em seu artigo: *Quando uma proposição não se converte em política? O caso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens – PNAISAJ*, discutem sobre as políticas públicas e refletem que a invisibilidade no campo político acaba por reforçar o invisível em outros campos. Essa reflexão é uma hipótese do que acontece com as políticas voltadas para adolescência, ou seja, o campo político notifica sobre os outros campos. No caso dos adolescentes, o campo político informa sobre a compreensão do seu significado na sociedade.

Há ainda muitos limites para o incentivo da autonomia e protagonismo dos adolescentes. O *Protagonismo Tutelado* ou *Pseudoprotagonismo Juvenil* está submetido a um olhar adultocêntrico, ao contrário do que se almeja, que é uma participação social mais ampliada e responsável. Para a sociedade, os adultos são os porta-vozes dos adolescentes, silenciando-os (LOPEZ; MOREIRA, 2013).

O distanciamento do preconizado ao realizado, em relação à política de atenção à saúde de adolescentes é visualizado por alguns autores. No estudo de Reis et al. (2013), dentre os três motivos relatados por adolescentes em relação aos tipos de problemas sociais e/ou econômicos em sua comunidade, está o inadequado acesso aos serviços de saúde (16,5%), perdendo para o enfrentamento da violência (31,3%) e pobreza (20,4%), seguido pela coleta de lixo deficiente (12,1%) e dificuldade de transporte público (12,1%).

Em relação à qualidade dos serviços públicos de saúde direcionados aos adolescentes, alguns estudos da percepção dos adolescentes sobre seu cuidado em saúde, concluíram que

eles queixam do acesso, do acolhimento e da integralidade do cuidado. Quanto ao acesso, foram enfatizadas dificuldades na marcação das consultas e na demora do atendimento. Quanto ao acolhimento, há um desencontro entre o que é demandado e o que os profissionais abordam. Os adolescentes sentem-se desrespeitados e desvalorizados. E quanto à integralidade, os entraves evidenciados são em todos os momentos desde a chegada até a saída da UBS (ARAÚJO, 2016). O descontentamento referido não foi somente nos atendimentos individuais e nos procedimentos, mas também quando buscam informações e orientações. Outro importante fator não atraente das UBS, pelo relato dos adolescentes, são as relações superficiais, não permitindo o vínculo (JAGER et al., 2014; MARQUES; QUEIROZ, 2012; REIS et al., 2013).

> No próprio ministério tem que haver a discussão de que se façam a política, então, por exemplo, eu acho que ela precisa existir primeiro para depois ser diferente [...]. É igual a política de saúde do homem. Existe escrita, mas não existe de direito, não existe de fato (E6).

Em face do exposto, embora exista uma política federal de saúde, com recomendações e diretrizes, observam-se pontos críticos na linha de cuidado de atenção à saúde de adolescentes nos serviços, prejudicando a efetivação das ações para incluí-los como sujeito de direitos.

b) Considerações éticas e legais na atenção à saúde

Dentro desta subcategoria *Considerações éticas e legais na atenção à saúde* foram abordados os aspectos relacionados às posturas éticas e legais do atendimento de adolescentes, principalmente, relacionadas ao sigilo, confidencialidade e privacidade.

> Questionamos se não vai precisar de autorização da mãe quando ele vai ao Centro de Saúde, unidade básica ou em qualquer outra unidade, mas, sobretudo, ele tem o direito de consultar sozinho, essa é uma das peculiaridades. A consulta, em si, tem que ser uma consulta com ele, sozinho (E5).
> Eles preocupam de não ficarem comentando que eles foram ao Centro porque, muitas vezes, tem pessoas conhecidas na própria unidade de saúde e eles moram ali perto. Nem procuram por causa disso, por morarem na redondeza e ter gente da

> própria unidade de saúde que conhece ele, a família, muitas vezes, eles negam as coisas que são perguntadas, por medo desse sigilo ser quebrado (E8).

De acordo com Crespin (2003), as posturas éticas devem ser: estímulo à autonomia, sigilo e confidencialidade, privacidade, respeito ao pudor e doutrina do menor maduro. No entanto, na prática ocorrem vários dilemas éticos que não facilitam o acesso dos adolescentes ao seu direito à saúde. Muitos profissionais têm insegurança e medo frente às situações que devem manter o sigilo, mesmo com as normas, leis e códigos de ética profissional, vigentes (TAQUETTE, 2010).

Santos (2014) traz uma revisão sistemática sobre esses dilemas éticos, com avaliação de vários artigos brasileiros sobre esse tema. Foi observado nos textos que há desconhecimento da legislação, dos preceitos éticos ou falta de preparo para o cuidado humanizado entre os profissionais que cuidam de adolescentes. Os principais dilemas éticos enfrentados pelos trabalhadores da saúde, conforme pesquisa desse autor, são referentes: à gravidez, ao aborto, ao uso de drogas, à ideação suicida, à prescrição de métodos anticoncepcionais, à identificação de IST e AIDS, ao comportamento de risco, à violência e aos distúrbios alimentares. Ao final, ele traz as seguintes recomendações:

> 5) Na medida do possível, deve ser respeitada a autonomia do adolescente e estimulada a sua capacidade para o autocuidado;
> 6) A bioética aparece como instrumento norteador nas tomadas de decisões que envolvem a saúde do adolescente, considerando os princípios da beneficência, não-maleficência, justiça e respeito à autonomia, levando em conta a especificidade de cada caso e o ambiente de onde ele emerge;
> 7) Mostra-se importante a individualização do atendimento ao paciente adolescente e uma "verdade para cada momento";
> 8) O diálogo, o vínculo e a confiança médico-adolescente facilitam a tomada de decisões nos dilemas éticos, especialmente no que se refere a quebra de sigilo profissional;
> 9) O acolhimento e entrosamento do adolescente com a equipe de saúde predispõe o jovem a tomar a iniciativa da abertura da sua privacidade com a família;
> 10) O estímulo ao envolvimento familiar nas questões de saúde desses pacientes reduz os transtornos, conflitos e dilemas éticos entre o médico e o adolescente;
> 11) Diante das situações dilemáticas do sigilo deve-se sempre prezar pelo bem-estar e integralidade do adolescente;
> 12) A fim de preparar o médico para os dilemas éticos suscitados na prática médica, neste caso específico no atendimento à adolescência, a educação ética e humanística deve fazer parte do currículo das escolas médicas (SANTOS, 2014, p. 29-30).

A postura ética é um dos aspectos mais importantes da abordagem com adolescentes. Os profissionais do setor saúde devem ser preparados em seu processo de formação

profissional a desenvolver essa prática e deixar de lado o entendimento de que necessitam de um treinamento específico e do julgamento de que sendo os adolescentes menores de idade, não se pode conceder a eles autonomia, sigilo e privacidade. A ideia que se tem, com necessidade de reflexão, é que os indivíduos adultos podem ter autonomia, porque são capazes de decidir sobre sua vida e suportar as consequências decorrentes de suas decisões.

c) O processo saúde-doença na adolescência

É válido trazer aqui o termo processo saúde-doença na adolescência, o qual aparece nas falas dos entrevistados.

> [...] a adolescência já é um período que demanda um pouco mais de atenção, porque você vai lidar mais com a prevenção, do que com o tratamento. É um período que tem menos adoecimento, nesse sentido, falando de doenças orgânicas (E1).
> Os adolescentes têm as suas particularidades, em relação ao processo saúde-doença. O desenvolvimento próprio do adolescente que, de certa forma, nós precisamos acompanhar, para observar melhor alguma discussão que possa ocorrer e ajudá-lo nessa trajetória de vida (E4).
> Geralmente, eles não procuram para alguma doença. Eles procuram mais para conhecer, para saber como que ele deve se comportar (E5).

Outra dificuldade dos profissionais da saúde em lidar com a faixa etária da adolescência tem a ver com o processo saúde-doença. As principais necessidades em saúde dos adolescentes, entre outras são: orientações em geral, esclarecimentos relacionados à sexualidade, dinâmica familiar, relacionamentos com pares etc., questões não relacionadas ao que os profissionais entendem como necessidades em saúde.

Há ainda forte influência do modelo biomédico, centrado na doença, em ações curativas, no tratamento hospitalar e na fragmentação do sujeito. O que se busca, habitualmente, são anomalias estruturais ou funcionais, materializadas no tecido biológico. Quando a demanda é diferente desse entendimento surgem os desafios na atenção (SHIMIZU; ALVÃO, 2012).

Mesmo tendo várias estratégias para mudar a organização dos serviços do SUS, esse modelo ainda se constitui como modelo hegemônico, contribuindo para as dificuldades em

atender a faixa etária adolescente, uma vez que as necessidades trazidas pelos usuários contribuem para as práticas de saúde (SANTOS et al., 2014). Se essas necessidades não são visualizadas como de responsabilidade da saúde, consequentemente, essa população não concebe as unidades de saúde como espaços de diálogo e orientação (MATA, 2015).

Quando os serviços são dirigidos por um modelo voltado à atenção integral da população, a compreensão do processo de saúde-doença é resultante de determinantes sociais, econômicos, culturais, étnico/raciais, psicológicos e comportamentais, configurando seus índices de qualidade de vida (SANTOS et al., 2014).

d) Diferenças na abordagem entre adolescentes e os outros ciclos de vida

Foi unânime entre os entrevistados que a abordagem de adolescentes deve ser diferente dos indivíduos com outras faixas etárias, tendo em vista que os adolescentes apresentam peculiaridades quanto ao seu processo de vida e distintas necessidades em saúde. No entanto, a assistência oferecida na maioria dos serviços é a mesma para todas as faixas etárias, não levando em consideração as singularidades da adolescência e, assim, não permitindo um vínculo, uma parceria de confiança entre serviços e adolescentes (MATA, 2015; VALE, 2013).

Ocorre como uma *bola de neve:* unidades não ofertam ações atrativas para adolescentes, com isso não há vinculação deles às unidades. Por conseguinte, adolescentes deixam de procurar os serviços, porque não são atendidas suas necessidades e serviços não se esforçam em realizar atividades específicas, pois não há demanda de adolescentes.

> É preciso que o profissional esteja preparado para lidar com cada uma dessas clientelas. A abordagem é diferente em cada etapa da vida, até pelas particularidades mesmo, que são próprias de cada etapa de vida. Eu vejo que os adolescentes têm problemas bem específicos que, lógico, podem acometer em outras etapas da vida. Mas, alguns são próprios da adolescência e a forma de abordagem precisa ser diferente (E4).
>
> É um ciclo próprio do desenvolvimento da pessoa. Não pode ser visto nem como só uma criança mais velha e nem como adulto novo. Ele tem uma característica intrínseca desse período (E7).

Podemos inferir que o processo histórico da adolescência interferiu no seu cuidado em saúde, porque nem sempre existiu o conceito de adolescência como processo de vida. Somente no século XIX, a adolescência foi considerada um ciclo de vida no mundo e no Brasil no século XX com o marco legal, o ECA, no qual as faixas etárias ficaram definidas assim: criança de 0 a 11 anos e adolescentes de 12 a 17 anos (BRASIL, 2011).

Dessa forma, pediatras atendiam crianças até 11 anos e clínicos atendiam a partir de 12 anos porque ainda não existia na pediatria a área de atuação *Medicina de adolescentes*, a qual passou a fazer parte da pediatria somente em 2002, por meio da Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1634/2002, sendo depois reforçada pela Resolução do CFM nº 1785, de 2006. A formação profissional dos clínicos era voltada para abordagem assistencialista, dentro do modelo biomédico, não tendo uma diferenciação das faixas etárias atendidas (AQUINO, 2011; MACHADO FILHO, 2015; QUEIROZ, 2011).

Como a medicina de adolescentes passou a ser uma área de atuação da pediatria, os pediatras formados antes dessas resoluções não tinham formação na área. Entretanto, o problema maior está na formação, pois os currículos contemplam de forma muito precária e insuficiente o tema (MATA, 2015). Há relatos de que os profissionais se sentem despreparados e impotentes para lidar com adolescentes, mas são capazes de acompanhá-los, desde que se proponham a escutar, acolher e ter real interesse por eles, apontam Diniz, Cunha e Ferreira (2008).

> Os clínicos fogem dos adolescentes por medo [...] exatamente pela falta de conhecimento na formação, que a gente não tem. Por isso, o receio do clínico atender, do pediatra atender, do ginecologista atender, ninguém quer. É como se ele vivesse em um limbo. Acho que é mais receio que os profissionais têm, porque não foram formados para isso. Mas, acho que todo mundo deveria conhecer e saber como fazer a abordagem. Fazer aquele questionário, aquele atendimento, dar aquela clínica, que é diferente a abordagem que se faz em uma criança, em um adulto. São coisas próprias daquela faixa etária [...] (E5).

Os depoimentos, além de afirmarem sobre as diferenças entre os ciclos de vida, trouxeram algumas destas diferenças: mudanças físicas e fisiológicas (hormonais), mudanças psíquicas (nos pensamentos, personalidade) e emocionais (nos sentimentos), amadurecimento e contato com a sexualidade. Essas estão de acordo com a literatura que traz a principal definição de adolescência: processo de vida do ser humano caracterizado por complexas mudanças físicas, psíquicas e sociais (OCAMPOS, 2009; QUEIROZ, 2011; RUZANY,

2008). Na pesquisa de Vale (2013) foi verificado que 39,9% dos entrevistados, graduandos de medicina, concordaram totalmente e 56,7% concordaram em parte que o atendimento ao adolescente é diferente do atendimento a qualquer outra faixa etária, devido às suas particularidades relacionadas aos aspectos físicos, sociais, emocionais e éticos.

> Eu acho que tem muita diferença, sobretudo, por causa das mudanças físicas, as mudanças hormonais e a questão do pensamento do adolescente e da estruturação da personalidade, onde eu tenho que pensar, que ele está ficando forte, que ele está tendo desejo sexual e que ele está amadurecendo a personalidade (E6).

Outra diferença enfatizada por um dos entrevistados é o fato da própria adolescência ser classificada em fases, dependendo da idade, as quais foram descritas por Jillson e Eisenstein (2013). É necessário saber essas fases para a abordagem ser mais específica e atender as necessidades que eles procuram.

> Eu acho que o adolescente tem que ser tratado de acordo com o período em que ele está [...]. Se ele estiver em um período pré-púbere, ele acaba sendo tratado um pouco como criança, porque o pensamento dele ainda é infantilizado, ainda tem comportamentos de criança, não tem na visão, um planejamento que, às vezes, o adolescente tem quando ele entra no período da puberdade, aí ele tem que ser entendido, que ele tem algumas demandas, que ele tem respostas que são hormonais, tem respostas que são de um cérebro que está se adaptando a uma nova realidade. Ele tem novos anseios, então, ele tem que ser entendido [...]. O adolescente pós-púbere, esse também tem de ser entendido, que ele já tem uma certa maturidade, que ele pode adquirir novas responsabilidades, que ele também não deve ser tratado como um adolescente púbere ou pré-púbere. Então, ele também é um adolescente diferente e que ele deve assumir responsabilidades crescentes e ele quer isso geralmente (E7).

Oliveira e Silva (2015) abordam em sua pesquisa qualitativa que os profissionais relataram que os adultos são mais fáceis de tratar, pois são mais diretos e objetivos, sabem os motivos pelos quais procuram uma consulta. As crianças também não são difíceis, pois se pode trabalhar com o lúdico e seus cuidadores falam por elas. Já os adolescentes, por suas peculiaridades, são mais complexos, precisam muitas vezes do intercâmbio dos pais e ao mesmo tempo necessitam do afastamento deles para se criar o vínculo e a confiança com o profissional. Além disso, muitas vezes a demanda é de seus pais, então é complicado para adolescentes trazerem o que realmente necessitam, já que nem pensaram nisso, sendo seus responsáveis os mais interessados na abordagem. Eles são objeto da situação e não os sujeitos de direitos.

Diniz, Cunha e Ferreira (2008) relataram em sua pesquisa que os pediatras buscaram fazer a especialização em Medicina de Adolescentes para ampliar seu olhar e seu campo de atuação e que as principais dificuldades encontradas durante as consultas foram: abordagem dos problemas psicológicos, abordagem dos adolescentes usuários de drogas e o exame da genitália. Eles referiram também que os adolescentes querem um profissional que não só o atenda, mas o entenda. Eles ainda destacam que a principal frustração enquanto médicos é não oferecer respostas imediatas a algumas questões que os adolescentes trazem.

Nesse sentido, vale a pena abordar o termo *necessidades em saúde,* o qual é tema da próxima subcategoria a ser relatada. Nem sempre as necessidades em saúde dos adolescentes são as identificadas pelos profissionais dessa área. Estes, por uma formação tradicional, com elementos do modelo biomédico, acabam tendo um olhar biologizante e estigmatizante, atendendo queixas pontuais, como: sintomas de infecções, solicitação de exames, atestado para atividade física, teste de gravidez, métodos anticoncepcionais e distribuição de preservativo, estes últimos ainda sendo de forma burocratizada e com julgamento de valores.

e) Necessidades em saúde na adolescência

As principais situações de saúde de adolescentes apontadas pelos participantes foram: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, promoção de hábitos saudáveis, orientações sobre sexualidade, relacionamentos e projeto de vida, prevenção de IST, uso de drogas e violências, rendimento escolar e dificuldades escolares, agravos crônicos mais frequentes, distúrbios psiquiátricos, planejamento sexual e reprodutivo e gravidez.

As Diretrizes Nacionais de Atenção à Saúde de Adolescentes e Jovens (BRASIL, 2010) apontam para:

> [...] ações de promoção da saúde, prevenção aos agravos e enfermidades resultantes das violências; prevenção às doenças sexualmente transmissíveis e Aids e para a melhoria do atendimento ao crescimento e ao desenvolvimento, à saúde sexual e saúde reprodutiva, notadamente à gravidez na adolescência e ao planejamento sexual e planejamento reprodutivo (BRASIL, 2010, p. 15).

O estudo de Del Ciampo e Del Ciampo (2017), intitulado *O Adolescente e a puericultura* confirma as principais situações relatadas pelos entrevistados e indica outras situações e orientações importantes no atendimento de adolescentes, tais como: reconhecimento de comportamentos de risco e sinais/sintomas que, mesmo sem aparente importância, podem denotar o início de alguma doença, auxílio na compreensão das modificações físicas, emocionais e sociais, orientações quanto ao envolvimento de maneira ativa nos cuidados com sua própria saúde, promoção de relações de confiança e autocuidado, prevenção de lesões não intencionais, de doenças manifestas no adulto, mas com início precoce, questões acerca de trabalho, escola, cidadania e reconhecimento dos diversos grupos vulneráveis existentes.

> A fisiologia das transformações do corpo, aceitação na escola [...], rendimento escolar também, eles têm muita cobrança em cima de resultado escolar [...]. Também tem a questão de aceitação do próprio corpo, a questão "menino" e "menina", da definição da sexualidade [...] (E1).
> [...] acho que a questão de alguns problemas relacionados à saúde mental desse adolescente, precisamos também estar atentos. Sobre as suas relações, a forma que ele lida com os outros pares. As relações que eles estabelecem, socialmente. E em relação às drogas que podem ter início nessa fase (E4).
> [...] você vê depressão, síndrome do pânico, esquizofrenia, aquelas doenças do emagrecimento: bulimia e anorexia (E6).
> A gente identificava alguns casos de violência, dentro dos núcleos familiares, violência sexual [...] (E8).
> Prevenção de DST, gravidez na adolescência, prática de exercícios físicos, promoção à saúde, alimentação saudável, projeto de vida, prevenção quanto às drogas lícitas e ilícitas, dentre outros (E9).

Essas situações relatadas pelos entrevistados e confirmadas pela literatura são as principais demandas nos serviços de saúde. No entanto, uma questão importante a refletir é se são realmente as demandas e necessidades em saúde desse grupo populacional.

Dessa forma, procurou-se na literatura publicações para responder esse questionamento. Araújo (2016), em sua tese de doutorado *Demandas de saúde de adolescentes: construindo bases para o cuidado*, aborda exatamente esses conceitos. O conceito de necessidade está intrinsecamente relacionado ao conceito de demanda, mas são diferentes. Eles são tanto socialmente e coletivamente construídos e instituídos, como constantemente transformados, não se podendo padronizá-los em protocolos.

As necessidades em saúde são percebidas pelos indivíduos e fazem parte das demandas. São produzidas pelos sujeitos de forma diversificada e aparecem quando as

pessoas reconhecem condições desfavoráveis em sua saúde. Já a demanda é construída após a percepção do indivíduo do que é ofertado pelo serviço, mas nem sempre está de acordo com o que os serviços realmente se propõem, porque a demanda é formada a partir do campo simbólico presente no imaginário da pessoa sobre a estrutura de cuidado dirigida para resolver a sua necessidade (ARAÚJO, 2016).

No caso dos adolescentes, observa-se uma carência de ações nas unidades de saúde a fim de discutir suas necessidades e demandas em saúde para resolver questionamentos contidos no cotidiano e que muitas vezes acabam sem respostas. A rede de saúde deve priorizar o cotidiano desse grupo populacional e sua inserção no mundo atual, enquanto sujeito ativo, pensante, capaz de tomar suas próprias decisões e escolher quais caminhos lhe é mais adequado para satisfação das suas necessidades.

Ruzany (2008) alega que os principais problemas de saúde dos adolescentes decorrem de suas dificuldades socioeconômicas, tais como pobreza, privações, falta de moradia, ausência da família, ausência de um sistema educacional adequado, falta de capacitação laboral, falta de emprego, violência, entre outros. E suas necessidades em saúde imediatas são de amor, comida, abrigo, segurança, desenvolvimento do raciocínio lógico e dos valores morais, os quais são responsabilidades de toda a sociedade: família, escola e comunidade.

Na tese de Araújo (2016), os adolescentes apontam como necessidades os seguintes pontos:

a) Aspectos psicossociais: os adolescentes relatam que os transtornos da mente são importantes indicadores do comprometimento da saúde de adolescentes. Apontaram que os distúrbios como: anorexia e suicídio são consequências graves do desequilíbrio entre mente e corpo e afirmaram que a carência na atenção a essa dimensão humana é um problema da atualidade;
b) Sexualidade: em seus discursos, adolescentes trazem um olhar ampliado sobre esse tema e superam a ideia de homem ativo e mulher passiva representando uma geração mais livre para a busca do prazer e do orgasmo. Eles apontam ainda que o sistema de saúde, conforme organizado na atualidade, não está preparado para lidar com essa questão, e principalmente com aquelas relacionadas à diversidade sexual e de gênero. Esse tema extrapola o que está posto como prioridade de saúde;

c) Estilo de vida: elencaram a alimentação, a atividade física, o bem-estar físico e psicológico e o uso de drogas como aspectos que interferem na saúde, revelando em seus depoimentos a necessidade de adesão a hábitos saudáveis para promoção e proteção à saúde, como também para redução de vulnerabilidades.

Como conclusão, Araújo (2016) descreve que a tese foi reveladora das singularidades dos adolescentes, pois eles foram capazes de expressar suas necessidades e demandas e sugere a necessidade de os profissionais proverem uma escuta sensível às prioridades reais trazidas por essa faixa etária e definirem suas práticas em direção à integralidade do cuidado.

Conhecer as demandas e necessidades reais da saúde de adolescentes constitui um importante passo para potencializar o planejamento das ações nos serviços a fim de propiciar um espaço amigável e dialógico com os adolescentes, garantindo assim seu direito à saúde, acesso as políticas públicas de saúde, interferindo nos problemas decorrentes de seu processo saúde-doença e promovendo confiança nas relações profissional-adolescente. Isso é ressaltado por E1 na entrevista: “O adolescente lida muito com demandas que não são de doenças, né? ” *(E1).*

O cuidado produzido a partir das necessidades de saúde dos adolescentes lhe propicia um entendimento de seu processo de vida e, assim, é possível viabilizar a eles uma atenção direcionada ao que realmente demandam.

f) Olhar biologizante e estigmatizante

A influência do modelo biomédico é observada nos depoimentos dos participantes quando eles abordam a adolescência sob um olhar biologizante e trazem questões que estigmatizam esse grupo populacional. Existe uma tendência de se explicar tudo o que acontece na vida do adolescente como resultado dos eventos fisiológicos de seu corpo, sem levar em consideração outros aspectos.

Uma série de atributos biologizantes e até mesmo psicologizantes estão sendo atribuídos à adolescência e práticas fundamentadas nos conhecimentos da medicina e da

biologia vêm afirmando que mudanças físicas, corporais, glandulares e hormonais seriam responsáveis por algumas características psicológico-existenciais próprias do adolescente. Comportamentos como rebeldia, melancolia, preguiça, desinteresse, impulsividade, instabilidade, timidez, entusiasmo seriam sinônimos da identidade adolescente (COIMBRA; ROCCO; NASCIMENTO, 2005).

> São situações que a gente precisa entender muito da fisiologia desse período, para entender o que está acontecendo com ele (E1).
> Eu acho que precisa ter uma noção dos eventos, propriamente biológicos, que estão acontecendo. Até mesmo para tranquilizar esse adolescente que aquele evento é normal, é habitual. [...]. Considero tanto as alterações biológicas, quanto psicológicas e até sociais que vão influenciar, principalmente, nesse período de adolescência, porque dentro da adolescência você tem esses eventos da puberdade, que é justamente determinado por alterações hormonais importantes (E2).
> Puxamos para a questão dos exames, para ver se ela pegou alguma DST, avaliar a questão de gravidez (E8).

As atitudes estigmatizantes observadas na sociedade são reforçadas quando essa se depara com situações de: obesidade, anorexia, transtornos mentais, presença de atos infracionais, uso de drogas, deficiências, HIV/AIDS, violência sexual, uso de tatuagens e *percings*, entre outras. Prevalece uma visão preconceituosa e discriminatória frente a essas condições. Isso não é diferente quando são encontradas na adolescência. O estigma social ainda está presente na atualidade e impede que adolescentes sejam vistos como pessoas com suas peculiaridades (DINIZ; CUNHA; FERREIRA, 2008; MOTA, 2017; ROSA; LOUREIRO; SEQUEIRA, 2014). Esse olhar estigmatizante pode ser visto em algumas falas abaixo:

> Quando lembramos do adolescente, pensamos muito em gravidez na adolescência e a questão da vulnerabilidade ao uso de drogas. Fica estigmatizado negativamente em relação aos comportamentos. (E1).
> [...] A gente acabava tendo muito pouco contato com adolescentes e quando tínhamos contato, os pediatras falavam assim: "ah adolescente é problemático, eu não quero atender o adolescente". Era um ensino meio que tratava o adolescente como problema muito mais do que uma pessoa. O pediatra não queria atender o adolescente e o clínico também não queria atender adolescente. O adolescente ficava num limbo ali (E7).
> O adolescente, eu acho que fica um pouco estigmatizado nos temas que a gente discute (E9).

Esse mecanismo oficial de *etiquetamento social* através da estigmatização foi nomeado pela criminologia crítica como *Labelling Approach.* Esse termo é muito utilizado no

Direito e trata-se da rotulação de pessoas como desviantes e voltadas para o crime pelas próprias instituições de controle social, entre elas, o judiciário (MOTA, 2017). No entanto, pode-se trazer a temática para o cenário apresentado, já que quando determinada condição traz o estigma, esse é rotulado e etiquetado, por não estar dentro de um padrão protocolar.

Outro aspecto que apareceu nas falas, dentro dessa subcategoria, foi o entendimento da adolescência como uma fase, etapa ou momento de vida. Esse princípio é o desenvolvimentista, o qual tem sido contestado por autores, que explicam sua contrariedade, baseados em diferentes enfoques filosóficos. Coimbra, Rocco e Nascimento (2005, p.5) citam Foucault, em sua filosofia da diferença: "não é a consciência que cria ou apreende o mundo. Os objetos e os próprios sujeitos são gerados a todo momento, a partir das diversas práticas que os atravessam". Ademais, apontam que a evolução não tem direção predefinida, sem ponto de partida ou de chegada.

Dentro desse pressuposto, o alvo da adolescência seria a maturidade adulta. O princípio desenvolvimentista nos dá a ideia de transição em que o adolescente tem que passar por um período até chegar à vida adulta. Assim, é um período de passagem, de reajustamento, de adaptação, de sofrimento. Por isso, os autores citados acima, preferem o termo *processo de vida*, apostando que a vida se constrói a cada momento e não pode ser reduzida a qualquer modelo ou norma. Os sujeitos se encontram em permanente devir, um vir a ser que nunca se concretiza em formas estanques nem pretende copiar ou decalcar moldes preestabelecidos (COIMBRA; ROCCO; NASCIMENTO, 2005; SENNA; DESSEN, 2012).

Essa definição de fase de transição favorece a não priorização das necessidades em saúde dessa faixa etária, porque denota características padrões, para as quais não há o reconhecimento de particularidades. Favorece o desrespeito aos diretos e a alta exigência quanto aos deveres. O enfoque diferente no processo de vida presume valorização dos desejos, ideias e críticas dos adolescentes, reconhecendo seu potencial de contribuição para sua saúde e vida (ARAÚJO, 2016; KUSHNIR, 2005; RUZANY, 2008).

> Lidamos com situações em que o adolescente tem esse sofrimento emocional, que pode transparecer uma doença, mas você tem o papel de explicar para ele que isso é passageiro, faz parte dessa transição (E1).
> Adolescência é um período bem particular da vida... os profissionais médicos acabam não entendendo muito bem o período da adolescência. Um período que não é só uma transição para a vida adulta, mas é onde ele define muitos papéis que ele vai ter nessa vida adulta. (E8).

Essa perspectiva é intensificada quando se fala de sexualidade, uma vez que nesse processo de vida ela é marcante, mas muitos profissionais a enxergam sob um ponto de vista estigmatizante (MATA, 2015). Segundo Araújo (2016),

> A sexualidade é uma experiência complexa que abrange aspectos culturais, sociais, históricos e políticos, além da dimensão biológica e psicológica. Portanto, não deve ser percebida como uma mera questão de instintos, impulsos e hormônios (p. 27).

Há estudos mostrando que essa dificuldade vem da formação, além de serem impulsionadas pela trajetória de vida dos profissionais e de suas crenças e culturas. Xavier et al., (2013), em sua pesquisa, teve o objetivo de identificar os conteúdos referentes aos Direitos Humanos Sexuais e Reprodutivos (DHSR) e ao ECA nos programas de disciplinas das áreas de Saúde da Mulher e da Saúde do Adolescente dos cursos de graduação em Enfermagem e Medicina das Universidades Públicas do Estado do Rio de Janeiro. Concluiu que os termos DHSR e ECA não se fazem presentes nos programas. A partir da análise dos documentos selecionados, apurou-se a existência de temas afins aos DHSR, como planejamento familiar, aborto, DST/AIDS, direito das mulheres, direito dos adolescentes, humanização, entre outros, os quais são enfocados de forma parcial, não na sua íntegra (XAVIER, 2013).

Os aspectos relacionados à saúde sexual são tratados, em geral, pelos profissionais, de forma superficial e com dificuldades, na medida em que há preconceitos e tabus enraizados na sociedade. A saúde reprodutiva já é tratada com mais naturalidade, mas voltada à mulher adulta, sem foco na adolescência e sem envolvimento dos homens (XAVIER, 2013).

> Avaliamos se tem risco de ter engravidado ou não. Voltamos para a parte biológica, mas a parte de como a menina está se sentindo, de como vai conduzir a vida dela, dali para frente, como lidar com essa questão, não sabemos lidar (E1).
> Eu percebo que, no próprio desenvolvimento da sexualidade, acho que é algo que precisamos saber mais, para lidar com eles (E4).
> [...] então, principalmente, quando ele entra na puberdade. Existe uma resposta hormonal que aumenta a sexualidade, aumenta o interesse pelo sexo oposto ou pelo mesmo sexo [...] (E7).

Nas respostas das perguntas da entrevista sobre a formação profissional em relação ao tema, a conotação trazida também foi nesse sentido, com uma visão mais tecnicista e tradicional. O conhecimento técnico prevalece sobre a compreensão integral do indivíduo

(MATA, 2015), porque além do profissional ter pouco embasamento específico sobre a adolescência, ele não tem a formação para esse olhar mais ampliado. A abordagem torna-se mais automática, voltada para as questões mais biológicas; e, quando surgem questões mais complexas, pela insegurança, ocorre a emissão de julgamentos dos valores, criando, assim, barreiras de acesso e nas relações interpessoais, necessárias para a longitudinalidade e integralidade do cuidado (ARAÚJO, 2016).

> Na graduação eu não tive essa visão [...], você estuda muito a fisiologia humana e, desde o início, você pega a fisiologia de um adulto. Talvez, quando você vai lá para a parte de pediatria, começa a ver mais o desenvolvimento da puberdade. Na ginecologia, vemos um pouco também, na assistência à ginecologia (E2).
> Se falava de adolescente, um pouco, na área de ginecologia, quando falava da menarca, mas não tinha um olhar voltado para o adolescente. Ele ficava perdido ali, no meio de um contexto da pediatria, da ginecologia, por conta das meninas [...], os rapazes ficavam perdidos mesmo (E3).
> Eu tive a oportunidade de fazer a residência, na época chamada, Medicina Geral Comunitária. Lógico, a gente lida com todos os aspectos dos integrantes da família, mas eu não me recordo, especificamente, de um treinamento que fosse voltado para o adolescente, em si. Eu lembro bem, da criança, do adulto. Acredito, que o adolescente ficava meio perdido, nesse meio (E4).
> Em nenhum momento foi falado sobre a saúde do adolescente. Nada. O que eu aprendi, foi depois da residência, lendo e fazendo congresso [...], e agora, aqui na escola, tendo que abordar com os alunos sobre adolescente (E5).
> Não é uma coisa institucional, eu não fui educado para fazer isso, eu aprendi na marra e acabo fazendo porque me interessa (E6).
> Na graduação, eu tive muito pouco contato, mas foram duas docentes que apresentaram um pouco o tema, mas foi de um jeito muito superficial. Na residência em pediatria, eu tive muito pouco contato também, apesar de ser uma área obrigatória dentro do programa de residência médica, eu praticamente não tive nada de adolescência, nada me fez levar para a adolescência (E7).
> Eu tive pouco contato, este mais relacionado por motivo de doenças infecciosas agudas ou doenças crônicas (Diabetes, Lúpus) (E8).

A longitudinalidade e a integralidade são atributos da APS, assim como o primeiro contato e a coordenação da atenção, essenciais para promover a mudança do modelo biomédico para o modelo de atenção integral. A integralidade tem muitos sentidos, entre eles o direito universal ao atendimento das necessidades em saúde, prover resolutividade e respostas adequadas, valorizando as pessoas, em detrimento dos agravos (ARAÚJO, 2016).

Uma das práticas a ser considerada é a participação social dos adolescentes nos espaços de saúde, incentivando-os a falar de suas necessidades com intuito de se elaborar estratégias para a integralidade da atenção, a qual será mais bem abordada na próxima subcategoria.

g) Técnicas de abordagem com adolescentes

A subcategoria *Técnicas de abordagem com adolescentes* foi a que mais causou impacto na análise dos dados, pois a maioria dos participantes informou que não teve formação suficiente para propiciar o atendimento ideal às necessidades em saúde dos adolescentes. No entanto, identificaram as lacunas para melhorar a abordagem com adolescentes. Isso é importante porque há o reconhecimento de que essa faixa etária merece um olhar mais qualificado para ser garantido o direito à saúde.

Os enfoques dados pelos profissionais entrevistados para abordagem com adolescentes foram nos seguintes subtemas: comunicação em saúde, incentivo à autonomia, integralidade do cuidado, competência cultural, abordagem familiar e aspectos psicossociais da adolescência.

Para tratar do subtema *Comunicação em saúde*, primeiro será comentado sobre comunicação. A comunicação humana se dá de forma verbal e não verbal. A primeira, a partir da transmissão da informação (mensagens, ideias, sentimentos) por meio da linguagem falada ou escrita ou de seus derivados não sonoros (por exemplo: língua dos surdos) e a segunda por meio dos seus suportes, que são: corpo, adornos ao corpo (acessórios, roupas, tatuagens, *percings*, marcas etc.) e dispersão dos indivíduos no espaço, desde o espaço físico que cerca o corpo até o espaço que a ele se relacione, o espaço territorial. Outros exemplos são: gestos, expressão facial, expressão corporal, olhar, movimentos, comportamentos, paralinguagem (qualidade vocal: tom, ritmo etc.), postura etc. Apenas 35% do significado social de uma conversa corresponde às palavras pronunciadas, os outros 65% seriam correspondentes aos canais de comunicação não verbal (MESQUITA, 1997).

O tema *Comunicação em saúde* foi colocado nas DCN 2001 e foi mantida nas DCN de medicina de 2014 entre as competências a serem alcançadas pelos estudantes, tendo em vista ser necessária essa prática em saúde, tanto dos profissionais com seus pares e com sua equipe, quanto dos profissionais com os usuários e seus familiares. Aguiar et al. (2014), em seu estudo, sistematiza a abordagem do ensino da comunicação em cursos de medicina e enfermagem na literatura brasileira especializada publicada após a homologação das DCN, tendo como resultados a averiguação do aumento dos trabalhos sobre as experiências de

ensino-aprendizagem sobre comunicação nas formações pesquisadas, mas com uma escassa análise crítica do conceito em suas abordagens. O que se observa é a ênfase na comunicação entre profissionais e pacientes, relacionada à adesão ao tratamento: melhoria na comunicação para ter sucesso no tratamento ou nas mudanças de hábitos.

A comunicação em saúde é uma ferramenta a ser usada na formação humanística para o desenvolvimento de habilidades e atitudes que favoreçam o vínculo e parceria entre profissionais e usuários. É nesse sentido que o entrevistado traz a fala abaixo. Para a abordagem de adolescentes é imprescindível esse formato de comunicação. A linguagem deve favorecer a compreensão do indivíduo, ser mais dialógica e menos repressiva e autoritária, sem julgamento de valores e com escuta ativa e qualificada.

> E o profissional de saúde tem que perceber que, a pessoa com quem ele quer dialogar naquela consulta é o adolescente não o pai, ou a mãe, que está o acompanhando. Então, o foco é no adolescente [...] essa é a dificuldade maior da gente nesse processo, de comunicação [...], a comunicação inicial. Talvez realizar atividades com outros profissionais não-médicos na formação da graduação para ver essa comunicação com o adolescente (E1).
> [...] Muitas vezes, eles não vão nem por esse fato, eles dizem que é uma outra coisa, uma outra doença que eles querem saber [...]. Aí, quando o profissional é habilidoso, consegue fazer um questionário inteiro sobre a saúde do adolescente, enfatizando toda a problemática, uma semiologia bem-feita, um histórico clínico bem conduzido, ele vai chegar até onde o adolescente precisaria para falar (E5).

Oliveira e Silva (2015) averiguam em sua pesquisa que a comunicação em saúde nos serviços de saúde é uma das principais causas de reclamação dos usuários adolescentes. Na atenção à saúde de adolescentes pode-se dizer que essa é uma ferramenta extremamente significativa. A forma como se aborda esse assunto reflete em como a adolescência é pensada pelos profissionais e, a partir daí, como a relação interpessoal é ou será construída.

A compreensão dos profissionais sobre a sua postura ética diante do indivíduo adolescente permite a concessão da comunicação em saúde no formato discutido anteriormente, ou seja, articulando não somente o saber técnico científico, mas também, e principalmente, os pensamentos, ideias, sentimentos, memórias, expectativas etc. do indivíduo.

Dentro da postura ética do profissional, o incentivo e respeito à autonomia foi um dos aspectos trazidos em um dos depoimentos dos participantes desta pesquisa.

> Então, uma demanda própria do adolescente é que ele quer autonomia, quer ser tratado agora com atividades com maiores responsabilidades [...]. Ele tem que ser entendido como o indivíduo que tem seus próprios anseios [...]. Então, ele tem que tomar controle, aprender progressivamente. Aprender ter controle sobre a própria vida e tomar decisões. Eu acho que o mais importante é que na adolescência ele desenvolva uma capacidade de tomar decisões que favorece o futuro dele (E7).

Segundo Machado Filho (2015, p. 11), "autonomia é a capacidade do indivíduo em resolver um determinado problema ou situação, valendo-se de seus próprios meios e vontades". Quando se fala de autonomia de adolescentes, por eles serem menores de idade, legalmente, o que se pensa é que eles não são aptos na tomada de decisões. Esse pensamento coloca todos os adolescentes nivelados em uma mesma posição, não respeitando suas individualidades.

O respeito à autonomia do adolescente faz com que devamos respeitar, sempre que possível, a sua vontade, independentemente de idade, considerando sua capacidade de discernimento e risco envolvido em cada situação. Paulo Freire (1996, p. 25) diz que "o respeito à autonomia e à dignidade de cada um é um imperativo ético e não um favor que podemos ou não conceder uns aos outros".

O direito à autonomia está presente em alguns documentos que respaldam os profissionais quando eles têm dúvidas sobre esse aspecto. Tais referências são citadas a seguir.

O Código de Ética Médica, em seu Capítulo V, sobre a relação com pacientes e familiares, veda ao médico, no Artigo 31, "desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte" (CFM, 2010). E o reconhecimento do CEM ao direito à autonomia do adolescente está especificamente no Capítulo VII, sobre o Ensino e Pesquisa Médica, no qual se diz ser vedado ao médico, no Artigo 101:

> [...] deixar de obter do paciente ou de seu representante legal o termo de consentimento livre e esclarecido para a realização de pesquisa envolvendo seres humanos, após as devidas explicações sobre a natureza e as consequências da pesquisa. Parágrafo único. No caso de o sujeito de pesquisa ser menor de idade, além do consentimento de seu representante legal, é necessário seu assentimento livre e esclarecido na medida de sua compreensão (CFM, 2009, p. 44).

O ECA, em seu Artigo 17, pontua:

> O direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral da criança e do adolescente, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, dos valores, ideias e crenças, dos espaços e objetos pessoais (BRASIL, 2011, p. 24).

A discussão sobre a autonomia traz dentro das posturas éticas, o respeito e a garantia do direito ao sigilo, que um entrevistado trouxe em sua fala, como uma técnica adequada a ser alcançada pelos profissionais de saúde.

> Profissionalmente, logo quando ele começa a consulta, uma coisa que ele precisa falar é sobre o sigilo, que a consulta tem confidencialidade e, sobretudo, que ele também tem direito de consultar só. (E5).

O sigilo também está documentado no CEM, em seu Capítulo IX, artigo 74, no qual se descreve que é vedado ao médico "revelar sigilo profissional relacionado ao paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou representantes legais [...]". Esse pode ser quebrado nas seguintes situações: por autorização do paciente, em casos de justa causa e por dever legal. A autorização do paciente e o dever legal são por situações objetivas, já os casos de justa causa são subjetivos, necessitam de algo que justifiquem um ato excepcional, como risco a ele ou para terceiros (MACHADO FILHO, 2015).

Quanto ao direito de adolescentes serem atendidos desacompanhados, dentro da autonomia, também podemos discorrer a respeito, uma vez que essa questão é polêmica na contemporaneidade. Ainda se observa atitudes de profissionais instituindo barreiras ao acesso de adolescentes nos serviços quando eles estão desacompanhados. Além do excesso de burocratização, muitos locais não permitem o ingresso dos adolescentes sozinhos. Embora tenha os documentos citados anteriormente, o atendimento sem acompanhante não é compreendido como autonomia.

Para isso, outras resoluções foram necessárias, como a consulta nº 15.663, de 1994, do Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP), na qual se prevê que: "o adolescente que procura atendimento sem acompanhante, deve ser atendido sem restrições [...]"; o parecer nº 203, de 2013, do Conselho Regional de Medicina do Rio de janeiro (CREMERJ): "o atendimento a menor de idade acompanhado ou não de seus pais e/ou representantes legais deve ser avaliado pelo médico [...]"; e a Nota Técnica nº 04, de 2017, do MS, sobre 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 responsáveis (BRASIL, 2017; MACHADO FILHO, 2015).

Os três subtemas a seguir, nas falas dos participantes, têm a ver com os atributos da atenção primária à saúde propostos por Starfield (2002). Embora os participantes não tenham trazido esses subtemas nesse contexto da APS, podemos discuti-los nesse caminho, já que os serviços de primeiro contato dos adolescentes são as unidades básicas de saúde, as quais também são cenários de ensino-aprendizagem da formação médica.

A integralidade é um dos atributos essenciais da APS e um dos princípios doutrinários do SUS. “Ela nos desafia a saber e fazer o quê e como cada um necessita”, segundo Ayres (2009, p. 13).

Esse mesmo autor, em outra publicação, organiza a definição de integralidade em quatro eixos que estão interligados: *eixo das necessidades* (refere-se à escuta, acolhimento, resposta às necessidades em saúde, que não se restrinjam à prevenção, correção e recuperação de distúrbios morfológicos ou funcionais do organismo, sem descuidar dessas); *eixo das finalidades* (integração entre as ações de promoção, prevenção, tratamento, recuperação, reinserção social, sem segmentar as ações, mas com sinergismos de modo a trazer conforto para indivíduos, famílias e comunidades); *eixo das articulações* (refere-se aos saberes interdisciplinares das equipes multiprofissionais, com ações intersetoriais, em uma perspectiva ampliada); e, o *eixo das interações* (refere-se à qualidade e natureza das interações intersubjetivas do cotidiano e a construção de condições efetivamente dialógicas entre os sujeitos participantes) (AYRES, 2012).

A partir dessa definição, Ayres (2012) trouxe a discussão voltada para a saúde de adolescentes em seu estudo qualitativo realizado sobre a integralidade na atenção à saúde de adolescentes. Quanto ao eixo das necessidades, observa-se, como já comentado anteriormente, profissionais trabalhando com demandas ativamente expressas, em uma abordagem centrada nas queixas, com uma leitura biomédica. Segundo E9 “Nós ficamos muito nas formas de condução da história clínica e do exame físico”.

No eixo das finalidades, há pouca discussão de projetos de cuidado integradores e restritas interfaces entre promoção, prevenção, cura e reabilitação.

> Eu acho que somos muito limitados nesse fluxo de informação. Temos o acesso à informação, só que a solução desses problemas que chegam, a gente não consegue

> lidar muito bem. Fica tudo sem solução: você pega, identifica, dá o diagnóstico, mas não consegue conduzir para ter um desfecho mais favorável (E1).

No eixo das articulações, há o cuidado baseado em ações individuais; com limitada integração da equipe multiprofissional e de ações de articulação institucional e intersetorial.

> Os extremos também de dificuldades, identificar o que é um caso de depressão e transtornos. A gente pode até identificar, mas temos pouco suporte para encaminhar e conduzir (E1).
> Eu acho que o adolescente tem que ter um suporte maior, não necessariamente, só do médico. Eu acho que adolescência envolve outros cuidados, que não só médicos, a gente acaba pegando o adolescente muito para a parte médica, mas como eu vejo, a escola aqui ainda falha um pouco na abordagem multidisciplinar, de lidar com outros profissionais. Eu acho que o adolescente tem que ter uma rede de suporte grande [...]. Eu não vejo a gente tendo contato com outro serviço, eu vejo que o nosso aluno não entende muito bem a psicologia, não entende muito a saúde pública, que envolve o adolescente, porque eu acho que o problema do adolescente, às vezes, é muito mais problema de saúde pública do que problema pediátrico (E7).

No eixo das interações, Ayres (2012) observou relações cordiais, mas com tendência à verticalidade e assimetria entre jovens, profissionais e gerência, além de pouca efetividade tecnológica de espaços de construção de projetos institucionais de cuidado e fragilidade dos processos de escuta.

Assim, para se obter a integralidade na atenção é necessária a criação de espaços de escuta efetivamente acolhedores para obtenção das necessidades reais; projetos interdisciplinares com participação dos diversos atores, incluindo os próprios adolescentes; interação entre os profissionais e gestores; corresponsabilidade no trabalho em equipe e investimento na discussão para a melhoria dos processos de trabalho, a fim de identificar as potencialidades e otimizá-las para projetos integradores das práticas de cuidado.

A competência cultural, apontada por um dos entrevistados, como uma habilidade a ser alcançada para a abordagem de adolescentes, serve para melhorar a comunicação entre eles e os profissionais. Se a integralidade da atenção está sendo garantida, provavelmente essa habilidade está sendo reconhecida e aplicada. “Acaba que a gente tem uma dificuldade cultural para abordar e o adolescente vai demandar muito. Temos que entender o contexto, para lidar com a situação” (E9).

Serve para adequar o cuidado à saúde em relação à diversidade de necessidades das pessoas e pressupõe o reconhecimento dessas necessidades dentro de um contexto físico, econômico e cultural. O desconhecimento dos fatores culturais é comum dentro do modelo

biomédico. No entanto, uma parcela crescente de profissionais tem despertado interesse em aperfeiçoar nessa área do conhecimento, principalmente aqueles que trabalham na APS, devido à vontade de aprimorar a sua relação com as pessoas, famílias e comunidade e pela própria APS favorecer essa competência: adstrição da clientela em um território, planejamento baseado em diagnósticos locais, adequação do número de usuários por equipes e garantia da longitudinalidade do cuidado (TARGA; OLIVEIRA, 2012).

Uma forma de integrar a competência cultural ao cuidado em saúde é o proposto por Berlim e Fowkes no texto de Targa e Oliveira (2012). Baseia-se em: ouvir com empatia e entender a percepção da pessoa, explicar de forma acessível, admitir semelhanças e diferenças nos pontos de vista, realizar recomendações nos cuidados em saúde e realizar um acordo ou negociar. São pontos muito adequados para lidar com adolescentes, principalmente quando se fala em empatia, discutir os pontos de vista e realizar negociações.

Dentro da competência cultural está todo o conhecimento e habilidade no cuidado centrado na pessoa, família e comunidade, mobilização intersetorial e interdisciplinar e o trabalho com as dinâmicas familiares e rede de apoio social. Dessa forma, faz-se necessária acercar-se da abordagem familiar, também trazida nas falas dos entrevistados, porque é um importante aspecto a ser enfocado na abordagem com adolescentes.

> Eu acho que tem essas particularidades, de você entender essa relação do adolescente com o familiar, que o adolescente não quer ficar na presença do familiar porque, às vezes, o problema dele está nesse núcleo familiar [...]. E a família não quer entender que ele já tem uma autonomia sobre o corpo, sobre as decisões, apesar de ter dependência, na maioria das vezes, financeira. A particularidade maior é essa da gente, com o adolescente. Às vezes, você está numa consulta e tem um pai, ou uma mãe que assumem muito a consulta [...]. O médico teria que aprender a lidar com essa dificuldade, saber das relações com a família [...] (E1).
> É necessária a abordagem da entrevista do adolescente com o familiar [...] (E8).

A família irá desempenhar um papel primordial na adolescência, já que é responsável pela transmissão de regras e modelos de agir, pensar e sentir. Na teoria sobre as mudanças do ciclo de vida familiar, trazido por vários autores, entre eles, Penso (2003), os adolescentes e seus familiares desempenham várias tarefas, pois seu relacionamento passa progressivamente de uma relação filho-pais para uma relação adulto-adulto, porém, com um laço de filiação.

Para Carter e McGoldrick (1989), a classificação “famílias com filhos adolescentes” é um dos estágios do ciclo de vida familiar; e para que haja maior independência e

desenvolvimento dos adolescentes nesta fase é necessária a flexibilidade nas relações ou das fronteiras familiares. Devem ser estabelecidas fronteiras mais permeáveis, em que os pais não possam mais impor uma autoridade completa, sendo relevante a mudança na forma de negociação. Ocorrem renegociações de papéis entre todos da família, tanto nuclear, quanto da família extensa, com mudanças também nos relacionamentos entre as gerações diante das demandas de maior autonomia e independência dos adolescentes (PENSO, 2003).

O contexto familiar pode influenciar no comportamento dos adolescentes, pois na família o indivíduo pode se expressar com intimidade e espontaneidade. A compreensão disso favorece uma abordagem familiar com intuito de auxiliar os adolescentes em suas especificidades.

Para Starfield (2002), a centralização na família é necessária quando o alcance da integralidade da atenção considera os sujeitos em seus ambientes, quando a avaliação das necessidades em saúde considera o contexto familiar e quando o desafio da coordenação da atenção se defronta com recursos familiares limitados.

E, para finalizar essa categoria, serão abordados os aspectos psicossociais da adolescência na visão dos participantes, o que é exposto abaixo. O conhecimento desses aspectos assessora na abordagem de adolescentes.

> Aquilo que eu tinha falado no início. Eu acho que não estamos preparados para lidar [...]. Quando o adolescente tem problemas, por exemplo, de aceitação [...] timidez mesmo, que é própria dessa transformação ou se a adolescente tem risco de ter engravidado ou não, voltamos para a parte biológica, mas a parte de como a menina está se sentindo, de como vai conduzir a vida dela, dali para frente, como lidar com essa questão, não sabemos lidar (E1).
> Já que quem está na adolescência vivencia essa modificação biológica e até mesmo forma a parte social e psicológica. Acho que deve ter uma atenção própria [...] (E2).
> Talvez a parte emocional e de suporte para as demandas que chegam [...]. Essas dificuldades que não são tidas como doenças nós temos um pouco de dificuldade em lidar (E8).
> Acho que a questão de alguns problemas relacionados à saúde mental desse adolescente, precisamos também estar atentos. Sobre as suas relações, a forma que ele lida com os outros pares, as relações que eles estabelecem, socialmente (E9).

No tópico *Adolescência e suas especificidades* desta pesquisa, comentou-se sobre conceitos de alguns autores para explicar as características da adolescência. Nesse momento, alguns desses autores serão relembrados, entre outros importantes, a fim de se discutir sobre as teorias psicológicas da adolescência para avançarmos em propostas de abordagem, com

intuito de trazer um novo olhar para o cuidado, deixando de lado a abordagem tecnicista e biológica do modelo tradicional biomédico.

Senna e Dessen (2012), além de outros autores, fizeram um apanhado sobre as teorias psicológicas da adolescência que explicam seu desenvolvimento, dividindo-as de forma temporal em: 1ª fase: descrição dos processos de desenvolvimento, 2.ª fase: visão contextualista do processo e atualidade – visão positiva do processo.

Na primeira fase, as teorias se embasaram em duas questões: adolescência como fase distinta do desenvolvimento humano e adolescência como período caracterizado por crescentes turbulências, ademais, foram classificadas em biológicas, psicanalíticas, psicossociais, socioculturais e cognitivas. Os principais estudiosos da época a serem destacados aqui foram: G. Stanley Hall, Sigmond Freud, Erik Erikson, Margaret Mead e Jean Piaget. Na segunda fase, destacamos como orientações teóricas a teoria do curso de vida e a abordagem bioecológica de Bronfenbrenner, em que aparecem as teorias sistêmicas e, na atualidade, a teoria da psicologia positiva (visão positiva do desenvolvimento, visão de adolescência saudável) (SENNA; DESSEN, 2012).

Stanley Hall foi considerado inovador para sua época, porque já trazia uma ideia contextualista, característica da segunda fase, a qual será melhor descrita em breve. Sua teoria é a *biológica*, para a qual a adolescência é um período de transição universal, sendo considerada um segundo nascimento. Ele inova quando reconhece a cultura como influência e valoriza as diferenças individuais dos adolescentes (SENNA; DESSEN, 2012).

Freud trouxe a *teoria psicanalítica* para essa fase quando descreve que na adolescência ocorre a reativação de vários impulsos sexuais e agressivos característicos da infância, tendo a intelectualização como mecanismo de defesa da revolta emocional. O autor considera normais os conflitos da idade, os quais são necessários para sua adaptação em seu novo papel social (SENNA; DESSEN, 2012).

A *teoria psicossocial* foi conceituada por Erik Erikson, que integra a psicanálise à antropologia cultural. Ele destaca a normalidade dos conflitos ultrapassados pelas pessoas em cada estágio de seu desenvolvimento. Na adolescência, esse conflito ou crise é o desenvolvimento da identidade (SENNA; DESSEN, 2012).

As *teorias socioculturais* preconizam que o comportamento do adolescente é moldado pelo ambiente social imediato (pares e pais) e pelo ambiente social amplo (cultura). A

estudiosa Margaret Mead, segundo Senna e Dessen (2012) relaciona a rebeldia dos adolescentes ao seu idealismo, dependendo da cultura e do estilo de vida no qual eles estão inseridos.

Jean Piaget privilegia a *teoria cognitiva*, explicando que os comportamentos contestadores dos adolescentes são devidos às mudanças em sua forma de pensar. Com o desenvolvimento do pensamento formal, há assimilação e acomodação de novas estruturas (plasticidade), propiciando ao adolescente uma maneira própria de compreender sua realidade para se adaptar ao mundo em aspectos filosóficos, éticos e políticos (SENNA; DESSEN, 2012).

A segunda fase traz uma visão contextualista, com ênfase nas relações entre indivíduo e o ambiente, dentro de um espaço e tempo. Isso implica em considerar:

> [...] (a) a pessoa em constante desenvolvimento, devido ao fluxo de contínuas mudanças nas relações que ela estabelece com o ambiente; (b) o desenvolvimento humano caracterizado pelo grande potencial para mudança sistemática (plasticidade), em qualquer ponto no curso de vida; e (c) o significado do desenvolvimento humano inserido no contexto sócio histórico em que ele acontece (SENNA; DESSEN, 2012, p. 103-104).

Foi nessa época que a teoria sistêmica teve fundamental importância para o desenvolvimento, com a compreensão da relação mútua entre os sistemas do indivíduo e entre os componentes de um sistema, ou seja, compreender os múltiplos sistemas que influenciam o desenvolvimento individual, desde os processos genéticos até os eventos culturais, desde os eventos fisiológicos até as interações sociais (SENNA; DESSEN, 2012).

Destacam-se nessa fase as teorias do curso de vida e da abordagem bioecológica. A primeira propõe a identificação dos estágios de vida, entre infância, adolescência, adulta e velhice e sua diferenciação nos aspectos temporais, contextuais e processuais, em que os indivíduos adquirem significados próprios para seu contexto histórico e influenciam seu próprio desenvolvimento, como agentes da mudança. Nesse sentido, essa teoria avança, ultrapassando conceitos mais tradicionais e lineares do crescimento e desenvolvimento do indivíduo (PENSO, 2003; SENNA; DESSEN, 2012).

A segunda é a abordagem bioecológica, de Urie Bronfenbrenner, a qual postula a identificação de quatro elementos básicos para compreender o desenvolvimento humano: o processo (P), a pessoa (P), o contexto (C) e o tempo (T). Como qualquer pessoa (P), o

adolescente apresenta características individuais, psicológicas e biológicas próprias e uma forma única de lidar com suas experiências de vida. O contexto (C) são os sistemas interdependentes, chamados de microssistemas: o ambiente imediato da pessoa (família, trabalho, escola), mesossistemas: as inter-relação entre os microssistemas (bairro, comunidade), exossistemas: a pessoa não participa, mas recebe influência (parque, biblioteca) e macrossistemas: aspectos sociais, culturais, crenças, valores de uma nação e de uma época (leis, normas). O tempo (T) representa as influências bidirecionais entre a pessoa e os contextos (políticas públicas, religião) ao longo do tempo. E o processo (P) é o padrão de interação da pessoa com o ambiente que engloba outras pessoas, objetos e símbolos (SENNA; DESSEN, 2012; SOUZA et al., 2011).

No século XXI, frente a vários problemas enfrentados no mundo, avistou-se a possibilidade de utilizar os resultados para a prosperidade. Assim, as pesquisas se delinearam em uma direção mais positiva em busca do desenvolvimento de recursos dos indivíduos e não mais em uma visão negativa, deficitária e da "falta". Surge a visão positiva que se caracteriza pelos próprios adolescentes, famílias e comunidades serem fontes de recursos a serem desenvolvidos, com conexão entre eles. Tais conexões dependem de um compromisso mútuo, em que o adolescente pode exercer um papel ativo ou em parceria com a família e/ou comunidade. A promoção do desenvolvimento visa identificar primeiramente os recursos (energias) pessoais e depois elaborar programas para estimulação desses recursos (talentos) (SENNA; DESSEN, 2012).

A integralidade do cuidado pressupõe o olhar nos aspectos psicossociais, facilitando a atenção à saúde de adolescentes. O conhecimento sobre as teorias psicológicas descritas acima facilita a abordagem com adolescentes. Quando se conhece o processo histórico e os paradigmas envolvidos, torna-se mais fácil planejar ações para as reais necessidades em saúde dos adolescentes. A visão inicial do século XX era de crise, instabilidade, turbulência, significados inerentes ao próprio nome, que vem do latim *adolescere* (crise, instabilidade). Com o avançar dos estudos e pensamentos, a visão contemporânea sugerida para nos alicerçar é a visão positiva do desenvolvimento.

A abordagem com adolescentes, nessa visão, se baseia no alcance de uma relação saudável e sustentável entre adolescentes e adultos, focada no diálogo e na confiança e sustentada pela amorosidade; no planejamento e realização de atividades que privilegiem o

desenvolvimento dos talentos e habilidades; e na participação social desde o planejamento até tomada de decisões.

7.3.2 Categoria B: O ensino-aprendizagem sobre saúde de adolescentes: a formação do entrevistado

Na análise das entrevistas dos participantes, foi verificado que a maioria dos profissionais não teve em sua formação (graduação e/ou residência médica) o ensino-aprendizagem sobre a saúde de adolescentes. Eles trouxeram uma discussão da teoria em detrimento da prática, ou seja, os aspectos foram abordados em alguns momentos na teoria, mas não foram vistos na prática cotidiana acadêmica.

> Acho que foi mais teórica, durante a graduação, a gente viu os temas mais de fisiologia [...]. Foi muito a parte teórica, que era o currículo tradicional (E1).
> Na graduação existe essa deficiência e eu chamo muito a atenção na formação e valorizo muito esse aspecto [...]. Teve uma formação no período da minha residência com temas teóricos discutidos, até mesmo essa questão das etapas do desenvolvimento, passamos por todas as etapas (E2)
> Ficam temas muito textuais, sem interpretar o que a gente está vendo mesmo, dos nossos adolescentes (E8).

Mata (2015) relata, em sua pesquisa, o reconhecimento dos profissionais das poucas práticas efetivas com adolescentes em seu processo de formação, resultando em despreparo e insegurança em sua atuação profissional com essa clientela.

Outros autores corroboraram o resultado, em que o discurso teórico prevalece sobre a prática, ou seja, primeiro possibilita um bloco teórico, seguido pela prática, a qual nem sempre está de acordo com os conteúdos ensinados. A prática é programada para possibilitar a aplicação da teoria, em detrimento do meio ser uma possibilidade de vivências e experiências (BELFOR, 2018; CURSINO; FUJIMORI; GAIVA, 2014). Os sujeitos precisam aprender a fazer a partir das experiências vivenciadas, de modo que o aprender começa do fazer para depois saber o que fazer e ser capaz de refazer (SANTANA et al., 2010).

A maioria dos entrevistados teve uma formação tradicional, e a inclusão do tema, quando ocorreu, foi nas disciplinas de pediatria e ginecologia, ainda que de forma muito

superficial e relacionado aos aspectos biológicos, fisiológicos ou aos temas estigmatizantes, abordados na categoria anterior.

> Na graduação eu não tive essa visão. Você estuda muito a fisiologia humana e, desde o início, você pega a fisiologia de um adulto. (E2).
> Se falava de adolescente, um pouco, na área de ginecologia, quando falava da menarca, mas não tinha um olhar voltado para o adolescente. Ele ficava perdido ali, no meio de um contexto da pediatria, da ginecologia, por conta das meninas… os rapazes ficavam perdidos mesmo (E3).
> Acredito que não foi diferente, em relação à graduação e a residência. Mesmo que, naquela ocasião, eu tenha feito essa residência em Medicina de Família e Comunidade. Não existia, naquele momento, uma área que nós pudéssemos fazer uma abordagem mais qualificada, específica para o adolescente (E4).
> Na graduação, eu tive muito pouco contato, mas foram duas docentes que apresentaram um pouco o tema, mas foi de um jeito muito superficial (E7).
> A gente peca demais, ainda. A gente quer ser diferente, mas ainda trazemos o ranço da nossa formação (E8).

A literatura possui publicações sobre o processo de formação profissional, mas são poucos os estudos relacionados, especificamente, à formação em saúde de adolescentes. Xavier (2013), em sua pesquisa exploratória, com análise documental, apontou que o conteúdo abordado na graduação tem caráter predominante biomédico, sendo oferecido nas disciplinas, em que é muito presente a concepção restrita de saúde, associada apenas à ausência de doenças orgânicas. Essa autora pesquisou os currículos de medicina e de enfermagem das universidades públicas do estado do Rio de Janeiro (XAVIER, 2013).

Poucos entrevistados, por sua vez, desta pesquisa tiveram acesso à medicina de adolescentes ou ensino específico sobre a saúde de adolescentes. Um dos entrevistados é hebiatra, além de pediatra e médico do esporte.

> Na residência, existia um ambulatório de adolescência em que a abordagem é diferente mesmo, nesse sentido. A consulta ela é estruturada e a gente já é orientado a ter o foco no adolescente e desvincular um pouco a questão da família naquele momento. Dar mais atenção ao adolescente e tentar restabelecer uma ligação, um vínculo com ele (E1).
> Já na residência, foi um pouco melhor [...]. Apesar de não ser uma coisa formal, porque estava começando a residência de adolescência, a Hebiatria. (E3).
> O interesse de fazer residência em adolescência é porque eu gostava muito de esporte. [...]. Eu estava em dúvida entre fazer endocrinologia e adolescência, só que a endocrinologia era muito focada nas doenças endocrinológicas [...]. Eu queria alguma coisa que focasse no desenvolvimento, até porque eu queria mexer com atletas, mas o atleta que ia passar pela adolescência. E aí o meu contato com adolescente mesmo foi na residência em adolescência (E7).
> Foi muito proveitoso. Tinha um professor de pediatria com formação em Hebiatria. A residência de pediatria incluía realmente a faixa etária da adolescência. (E10).

Os currículos de medicina, pesquisados nos sites das IES, conforme detalhamento no capítulo 3, quando contemplam a saúde de adolescentes, inserem nas disciplinas: pediatria ou saúde da criança, com um olhar biologizante ou no internato, no rodízio de pediatria, como é o caso da UERJ e da FMABC, que o faz no quadro obrigatório, ou como o caso da UFMG e da UFBA, em disciplinas optativas. Nas IES que apresentam o currículo baseado em competências e em metodologias problematizadoras, a saúde de adolescentes é discutida nos módulos temáticos referentes a crescimento e desenvolvimento ou na saúde da criança ou nos ciclos de vida e nos programas educacionais com interação com a comunidade, como o programa IESC da ESCS, abordado no item 7.1, deste Capítulo.

Já em relação aos programas de residência médica, observa-se a inserção da saúde de adolescentes nos currículos dos programas de pediatria, ginecologia e medicina de família e comunidade, além da especialidade própria, que é a Medicina de Adolescentes ou Hebiatria, mas existe uma diversidade e variabilidade no formato das competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) exigidas aos residentes sobre o tema (DINIZ; CUNHA; FERREIRA, 2008).

Um outro estudo avaliou as habilidades de diferentes especialidades médicas na condução clínica de adolescentes, concluindo que especialistas, exceto hebiatras, também incluídos como sujeitos, tiveram dificuldades e se mostraram incompetentes no direcionamento das condutas com adolescentes, além de encaminharem a maior parte dos clientes a serviços especializados (LAWRENCE; GOOTMAN; SIM, 2009).

Diniz, Cunha e Ferreira (2008) afirmam que o ensino sobre adolescência nos cursos de graduação contribuiria de forma significativa para o desempenho dos estudantes ao se tornarem profissionais, ampliando a atenção a esse público e mitigando fraquezas na atuação, principalmente, relacionadas a questões psicossociais e de difícil manejo.

Dessa forma, é urgente a necessidade da elaboração de um currículo baseado em competências destinado ao ensino sobre a Saúde de adolescentes, seja na graduação ou na pós-graduação ou em cursos de educação permanente.

7.3.3 Categoria C: A saúde de adolescentes no currículo da ESCS

As respostas dos participantes entrevistados auxiliaram na compreensão do currículo do curso de medicina da ESCS, quanto à presença do tema saúde de adolescentes, de forma a complementar a análise documental realizada. A teoria é demonstrada pelos documentos e a prática pelos relatos dos sujeitos da pesquisa. Foi importante a averiguação da percepção deles sobre como é ensinado saúde de adolescentes na ESCS.

Para melhor organização, os depoimentos dos entrevistados foram analisados quanto a: programas educacionais e séries (ou seja, "onde estão"), assuntos da adolescência e tipo de abordagem (ou seja, "como são ensinados").

Quanto aos programas educacionais, os participantes trouxeram informações concordantes com os documentos analisados. Na percepção deles, a saúde de adolescentes está em todos os programas educacionais, porém, de forma específica somente nos programas IESC e H.A., da 2ª série e nos módulos temáticos 102 (1ª série), 201 e 206 (2ª série). Foi informado que a adolescência também aparece no módulo 207 - Locomoção e Preensão, da 2ª série. No entanto, ao avaliar o manual desse módulo, em paralelo à entrevista e para complementar a análise documental, o tema não foi verificado.

> Estou no eixo de clínica, em Habilidades. Às vezes, no cenário, tem paciente de 17, 18 anos, mas como é clínica médica acaba que a gente não aborda. No Tutorial da segunda série, a gente tem o módulo de Nascimento, Crescimento e Desenvolvimento e também o módulo de Locomoção e Preensão que toca nesse assunto (E1).
> No primeiro ano, tem nos três programas [...] (E2).
> Nos cenários de ensino da IESC [...], que é um dos pontos que eles entram em contato, de certa forma, com os adolescentes. Alguns, com maior ou menor intensidade[...] (E4).
> Ah, sim. Principalmente, nesse eixo de IESC. E também, no eixo de HA, que a gente enfatiza muito (E5).
> No IESC tem discussão [...]. O segundo ano, aliás, o tema "adolescência" acaba surgindo em vários momentos no módulo "pediatria", no eixo "habilidades e atitudes em pediatria", no eixo "habilidades e atitudes de saúde da mulher" (E7).
> No segundo ano: módulos temáticos e no IESC. No terceiro ano: HA e IESC (E8).

Em relação às séries, pelo relato dos participantes, a saúde de adolescentes é abordada na maioria delas, conforme descrito abaixo:

1ª série: nos três programas. No Módulo Temático 102 - Concepção e Formação do Ser Humano, no H.A., no ensino sobre o exame físico e no IESC, principalmente nos projetos de intervenção, pois os estudantes têm afinidade em realizar trabalhos com adolescentes. No entanto, os assuntos não são específicos da adolescência. Conforme relatado pelos entrevistados abaixo, faz-se uma adaptação dos assuntos para os ciclos de vida, então fala-se da adolescência em momentos pontuais, ao longo da série, aproveitando as oportunidades.

> No primeiro ano, tem nos três programas. Em um módulo, a gente traz muito isso no 102, porque nesse módulo a gente vê a concepção e formação do ser humano. Outro momento, é nas habilidades [...]. É quando a gente faz todo o exame físico, menos o locomotor e o neurológico. Nessa prática, a gente mostra o funcional e chama a atenção para o desenvolvimento, para as particularidades, o cuidado que precisa ter ao examinar, desde uma idosa à uma paciente jovem e adolescente. E outro momento, que é fantástico e a gente tem alguns trabalhos apresentados, é o IESC, porque eles fazem muitos temas sobre a adolescência, gravidez na adolescência, que é recorrente, querendo, ou não, é um assunto debatido. O problema de relacionamento, nas visitas domiciliares. Conhecendo a família que está inserida um adolescente. (E2).
>
> No primeiro ano, nós não trabalhamos com ciclo de vida, especificamente. Essas abordagens, em relação aos adolescentes, ocorrem dentro de atividades de educação em saúde, de uma abordagem voltada para o adolescente. Mas não é algo definido, com trabalho específico para os adolescentes (E4).

2ª série: está nos três programas: nos módulos 201 - Nascimento, Crescimento e Desenvolvimento, 206 – Saúde da Mulher, Sexualidade Humana e Saúde Reprodutiva e 207 - Locomoção e Preensão; no H.A., na semiologia da criança e da mulher, e no IESC, quando se aborda cada ciclo de vida especificamente.

> [...] No Tutorial da 2ª série, a gente tem o módulo de Nascimento, Crescimento e Desenvolvimento e também o módulo de Locomoção e Preensão que toca nesses assuntos que eu já tinha falado. No HA tem quatro docentes - que todos os alunos passam por esse eixo - que é da Pediatria, eles têm mais discussões sobre esse módulo, apenas de forma pontual (E1).
>
> Bom, o 2º ano tem uma experiência teoricamente melhor, em relação aos ciclos de vida. A abordagem dos ciclos de vida fica bem clara para nós em relação à Interação, Ensino-Serviços e Comunidade (IESC). Essa abordagem, teoricamente, existe. Na prática, eu não tenho uma informação concreta de como ela ocorre (E4).
>
> No 2º ano, aliás, o tema adolescência acaba surgindo em vários momentos no módulo de pediatria, no eixo habilidades e atitudes em pediatria, no eixo habilidades e atitudes de saúde da mulher[...]. Aqui, surpreendentemente tem, no bloco de habilidades e atitudes tem a semiologia de atendimento ao adolescente. É 2º ano [...], a gente tem como realizar a semiologia na saúde de adolescentes (E7).
>
> No 2º ano: módulos temáticos e no IESC [...] (E8).

3ª série: os entrevistados referem que não há ensino sobre saúde de adolescentes na 3ª série.

> Bom, dentro do escopo das matérias do 3º ano não há. Então, é um tema que não está contido, pelo menos em habilidades e em tutorial, eu acho que no IESC também não. Com isso, lamentavelmente, na 3ª série, eu já estou aqui desde 2003, lamentavelmente, nós não discutimos o tema saúde do adolescente (E6).
> Na 3º série não há. Sou do tutorial e da IESC. No tutorial não dá para incluir a adolescência nos módulos e no IESC pode até aparecer por conta de o cenário prover, mas não é assunto da 3ª série, entende? (E9).

Estágio Curricular obrigatório – Internato (5ª e 6ª séries): pelos relatos, a adolescência é abordada no rodízio de pediatria da 5ª série, mas somente em um cenário de aprendizagem, entre os dois existentes. Assim, somente é oportunizada essa experiência a cerca da metade dos estudantes da série.

> No internato, eles veem a adolescência meio parecido como eu vi na minha graduação, dentro da pediatria. Eles acabam vendo no quinto ano, doze semanas de Pediatria. No sexto ano, oito semanas. E fica ali, perdido. Não tem um olhar diferenciado, ainda para eles nem mesmo, no internato. Como o internato é fragmentado, o quinto ano fica uma parte em Taguatinga, uma parte em Sobradinho. Taguatinga tem uma estruturação, um pouquinho melhor, eles têm ambulatório de adolescentes. Quem roda em Taguatinga, ainda vê ambulatório de adolescente. Mas, quem roda em Sobradinho, não tem. No sexto ano, não tem, porque eles rodam no HMIB, basicamente no pronto-socorro, em que é o atendimento de porta e aqueles boxes, além da sala de parto. Até mesmo, gravidez na adolescência, eles veem no contexto ali, mas não tem uma questão mais direcionada (E3).
> Eu acho que falha um pouquinho no internato, fica tradicionalismos de novo; e, acaba que eu acho que eles não veem o adolescente como um todo, eles veem mais a doença no adolescente (E7).

Ao correlacionar os achados da análise documental, as percepções dos participantes estão de acordo com os documentos, exceto o módulo 207 de Locomoção e Preensão, destacado aqui como programa da 2ª série, no qual também se discute o tema. Na análise do PPC 2012 e do manual desse módulo, não foram identificados termos que se referem à adolescência. Podemos inferir que apesar de não ter sido encontrado o tema nesse programa, por ele fazer parte da 2ª série, ano letivo em que se discute a adolescência, o tema acaba sendo discutido. Nessa categoria não há menção sobre a 4ª série porque os entrevistados sabiam poucas informações sobre séries diferentes das suas e pela impossibilidade de participação da pessoa referente a essa série.

Na análise das falas, os assuntos da adolescência abordados na ESCS são: mudanças fisiológicas do corpo, diferenças entre os sexos feminino e masculino, crescimento e desenvolvimento, famílias com adolescentes, aspectos escolares, comportamentais e psicológicos, consulta do adolescente: história clínica e exame físico, saúde da mulher, sexualidade e gravidez na adolescência.

> Em relação à fisiologia e às questões das mudanças de comportamento do adolescente e mudanças fisiológicas do corpo, os sinais do menino, da menina, a velocidade de crescimento, mudanças emocionais, esses temas específicos e a parte do estímulo à atividade física para o crescimento ósseo. (E1).
> Nós temos o módulo 102, que é justamente a parte de concepção e formação e a gente fala muito da fisiologia. No IESC eles fazem muitos temas sobre a adolescência, gravidez na adolescência [...]. O problema de relacionamento, nas visitas domiciliares. Conhecendo a família que está inserida um adolescente (E2).
> Vejo o adolescente homem meio separado aí, porque na saúde da mulher, eles fatalmente vão atender as pacientes adolescentes [...], talvez mais no período de pós-púbere. (E7).
> Como nós vamos para a escola, fazemos atividades nas escolas, a abordagem tem sido em cima disso daí (E8).

Quanto ao tipo de abordagem, os participantes observam que o ensino ocorre de forma fragmentada, superficial, pontual, com olhar biologizante, algumas vezes estigmatizante, no currículo oculto e de forma descontínua de uma série para outra. Essa percepção é encontrada na literatura com conclusões semelhantes, como nas pesquisas de Vale (2013) sobre a fragmentação do ensino; de Mata (2015), ao concluir que o tema está na maioria das vezes junto da saúde da criança, saúde da mulher, pediatria e ginecologia; de Belfor (2018), sobre a desarticulação dos programas educacionais, e de Xavier et al., (2013) sobre a dificuldade de integração entre as disciplinas e do olhar biologizante sobre o ensino da adolescência.

> [...] não está tão inserido, não, e faz falta, A gente não aborda todos os temas possíveis, acho que é pontual (E2).
> É muito solto. Se comenta alguma coisa nas tutorias, nas habilidades, mas não tem uma diferenciação no currículo voltada para o adolescente. Pelo menos, eu não percebo. Eu não acho que eles consigam ver isso na ESCS, não. Talvez, pontualmente, um grupo ou outro tenham um docente com uma visão um pouquinho mais aberta (E3).
> Eventualmente, os estudantes são colocados para fazer uma história clínica com adolescentes [...]. Como eu trabalho no primeiro ano, é um período bem inicial [...], mas eles conseguem fazer uma história clínica de um modo geral, e incluem, em um momento ou outro, adolescentes. É uma abordagem que não é voltada, especificamente, para esta clientela. Mas que, de certa forma, há essa aproximação na abordagem da história clínica com pacientes nos hospitais. São atividades pontuais (E4).

> Continua aquela visão do pediatra, o adolescente problemático, não vejo adolescente sendo tratado do modo que deveria ser feito. (E9).

Uma explicação para isso é a formação acompanhar o que acontece na atenção à saúde. Como vimos anteriormente, o modelo de atenção ainda tem predomínio no modelo biomédico e, consequentemente, reflete na formação em saúde. Xavier et al., (2013) encontraram resultados semelhantes no conteúdo dos currículos, bem como Mata (2015), que em sua pesquisa relata que o processo de formação está impregnado pelo modo assistencialista e tecnicista.

A formação deve ser mais ampla e contextualizada, assim como se preconiza para a atenção à saúde, de modo a propiciar um ensino sobre comunicação em saúde, escuta, compreensão sobre as diferenças de valores e culturas, trabalho em equipe, articulação com outros setores e mobilização de soluções que integrem a realidade contextual (BÁRBARO; LITTIERE; NAKANO, 2014). No entanto, isso é um desafio, porque uma mudança de paradigma implica no redirecionamento de toda a educação médica, ou seja, não é só no currículo, mas nos cenários de aprendizagem, nos processos de trabalho, nos docentes e nos próprios discentes (SUCUPIRA, 2007).

Embora a ESCS tenha nascido com uma proposta de método diferente (logo após a promulgação das DCN de 2001), a maioria dos seus docentes teve uma formação baseada na metodologia tradicional. A formação profissional acaba influenciando no ensino. Desse modo, mesmo com a qualificação dos profissionais nas metodologias estabelecidas, observam-se ainda práticas acadêmicas que reproduzem a lógica fragmentada própria do cientificismo (VALE, 2013), como destaca E3 "*A gente peca demais, ainda. A gente quer ser diferente, mas ainda trazemos o ranço da nossa formação".*

Para acontecer uma transformação é necessário ter uma desconstrução e uma reconstrução de conceitos consolidados, a fim de gerar novas crenças para, então, o ser humano permitir agir de forma diferente, superando a fragmentação do saber sedimentado (MATA, 2015). Para o docente se adaptar a essa proposta mais inovadora, é preciso adquirir habilidades cognitivas e não cognitivas, entre elas o domínio do conteúdo, boa comunicação com os discentes, planejamento acadêmico, didática, empenho, envolvimento em pesquisas, atualização constante, organização, autocrítica, capacidade de fornecer *feedback* e de integrar a teoria com a prática (BELFOR, 2018).

Em relação à fala de um entrevistado sobre o currículo oculto, esse não aparece no currículo oficial ou nos objetivos de aprendizagem. Seu conteúdo é baseado nas subjetividades e aceito socialmente. Advém da comunicação de massa que circula entre os integrantes ou não da comunidade médica. Surge de forma discreta, mas influencia o aprendizado dos discentes. Está, por exemplo, na observação de como o docente se relaciona, nas sessões clínicas e na maneira como é construída a relação com os pacientes e discentes (STELET, 2017). O entrevistado E6 refere esse aspecto "*Eu vejo do ponto de vista, no currículo oculto, [...] nos projetos de orientação de PIC e PIBIC esse tema".*

Tendo em vista que esta categoria descreve a percepção dos entrevistados quanto ao currículo da ESCS, é possível correlacionar os resultados da análise documental, que teve o mesmo objetivo. Na análise documental foi observada uma inserção do tema de forma pontual e fragmentada, pois o tema apareceu mais e predominantemente na segunda série e em alguns momentos em outras séries. A percepção dos entrevistados confirma esse achado e está de acordo com a literatura encontrada, a qual afirma que a adolescência não é abordada de forma integral nos currículos (BELFOR, 2018; MATA, 2015; VALE, 2013).

Outro aspecto observado, tanto na análise documental quanto na análise das entrevistas, é que a aprendizagem do tema não é feita em espiral, pois não há integração entre os programas educacionais e nem entre as séries. O tema é tratado de forma quase exaustiva na segunda série e pouco abordada nos outros anos, sem continuidade de um ano para o outro. Os autores BELFOR, (2018), Vale (2013) e Xavier (2013) corroboram com esses resultados.

Em relação à abordagem do tema nos Módulos Temáticos, na qual se utiliza a metodologia ABP, observa-se um enfoque mais biológico, o que está de acordo com a literatura que também achou esse caráter biomédico (XAVIER et al., 2013). No entanto, tanto na análise documental quanto na análise dos relatos dos entrevistados, houve um avanço na inserção de situações-problemas que englobam desenvolvimento psicológico e promoção de hábitos de vida saudável: alimentação e atividade física. Para não haver a dicotomia teoria-prática, é fundamental a articulação entre os programas educacionais. Para BELFOR , (2018), as atividades práticas contribuem para a assimilação dos conhecimentos teóricos, levando à formação de profissionais críticos e mais preparados para a realidade profissional. Para que isso ocorra, os temas abordados nos módulos temáticos de forma teórica devem ser vistos nos programas práticos, como o IESC e o H.A. Nesse sentido, a segunda série apresenta um

programa adequado, mas somente essa série propicia o ensino sobre adolescentes nessa perspectiva.

Foi verificado, também nos documentos analisados, o olhar estigmatizante quanto à adolescência referida pelos sujeitos da pesquisa, principalmente, no módulo temático 206, no qual esse tema é discutido com os pontos: gravidez na adolescência, maturação sexual e caracteres sexuais secundários. Embora o título do módulo seja "saúde da mulher, sexualidade humana e saúde reprodutiva", não se verifica abordagem sobre a sexualidade e promoção da saúde da mulher na faixa etária adolescente. Conforme já citado no item 7.1 – Análise Documental, algumas descrições encontradas no módulo 206 trouxeram incômodo, como: a gravidez na adolescência ser considerada um problema de saúde pública e gravidez de alto risco. Para Diniz, Cunha e Ferreira (2008) e Vale (2013), a atenção à saúde de adolescentes deve ser integral, associando ações de promoção à saúde àquelas voltadas para as necessidades em saúde; ademais, não deve estar direcionada para assuntos estigmatizantes, sendo alguns exemplos: gravidez, uso de drogas e IST.

Face ao exposto, é necessário que o projeto pedagógico do curso de medicina da ESCS seja revisado de forma sistemática, de modo a rever seu modelo de formação, para garantir a integralidade do cuidado aos diferentes grupos populacionais, especialmente para as necessidades em saúde dos adolescentes.

7.3.4 Categoria D: Propostas de aprofundamento do tema no currículo médico

Por fim, os entrevistados recomendaram proposições para tornar o currículo mais inclusivo em relação à atenção à saúde de adolescentes. Eles sugeriram mudanças nos programas educacionais, nas séries, nos cenários e no currículo em si. Trouxeram como propostas: reforma curricular, abordagem da adolescência em espiral, integração e articulação entre as séries e programas educacionais, avaliação de cenários reais, intersetorialidade e interdisciplinaridade, ou seja, currículo integrado com outras áreas do conhecimento.

As mudanças curriculares são necessárias em determinados momentos, principalmente quando os resultados não são os almejados e esperados. No entanto, o processo de reforma

curricular não é tarefa fácil e simples, pois deve levar em conta as novas realidades científicas, sociais, pedagógicas, epistemológicas e políticas, além de envolver toda a comunidade acadêmica. Todos devem estar comprometidos com as transformações, adequando-se aos novos processos formativos (MAIA, 2014). A reforma curricular apareceu na fala de dois entrevistados:

> Eu acho que a gente ainda precisa evoluir e crescer. Então, espera-se o momento único que, muitas vezes, é restrito em poucas semanas e ele deixa de trabalhar com isso durante toda a sua formação. A gente poderia ter esse cuidado de fazer uma revisão e ver como poderia dar mais atenção à assistência nesses períodos de evolução (E2).
> Nós estamos negligenciando uma fase muito importante, talvez, a fase depois da primeira infância, né, do primeiro ano de vida [...], uma das [...], a segunda, ou pelo menos, no mínimo, a terceira fase mais importante de amadurecimento do ser humano, que é a adolescência. Então, isso tem que mudar, não pode ficar assim (E6).

Na proposta de reforma curricular, com intuito de propiciar a integralidade do cuidado em relação à atenção à saúde de adolescentes, os participantes sugerem a inserção do tema em espiral, baseado na teoria de Jerome Bruner. A aprendizagem nesse caso consiste na apresentação do mesmo tema em vários momentos do currículo, porém, a medida que o discente revisita o conteúdo, são incorporados outros conhecimentos mais complexos sobre o fenômeno, como em uma espiral (LIMA, 2017). A articulação entre as séries e programas, indicada pelos participantes, é uma forma de tornar o currículo com aprendizagem em espiral.

> Talvez, nós pudéssemos pensar numa forma mais longitudinal onde os temas, de um modo geral, pudessem perpassar por essas áreas (E1)
> Considerando que, na escola, você fala em espiral de conhecimentos, deveríamos abordar isso lá, desde o primeiro ano, considerando as competências e habilidades que eles vão adquirir, no formato de eixo. Deveríamos tentar escalonar, em espiral (E3).
> Eu acho que desde o primeiro ano, tem que começar a abordagem, porque como a escola é em espiral, vai aprofundando os temas, você conhece no primeiro, depois no segundo vai aprofundando mais e no terceiro ele já vai atender. Eu acho importantíssimo que se inclua em todo o currículo: do primeiro até o sexto ano (E5).
> Olha, não pode ser uma disciplina, um módulo isolado. Sinceramente, eu acho que ele deve estar nos três ciclos: no segundo ano, que é o fechamento do ciclo básico, no terceiro ou no quarto, que é o ciclo intermediário; e, também, deve estar no internato (E6).

A integração entre os currículos, permitindo o contato e vivência dos discentes com outras áreas do conhecimento, tanto na academia quanto nos serviços, foi outra recomendação

dos participantes para melhorar o ensino em relação à saúde de adolescentes, tendo em vista que a atenção a essa faixa etária necessita de um olhar multiprofissional. Eles abordam a integração, tanto entre as diferentes especialidades médicas quanto às outras categorias profissionais.

> Acho que tem outros profissionais de saúde que fazem parte dessa integração nos currículos de formação, que o médico poderia participar dessa atuação. O educador físico tem esse contato bacana com o adolescente, o psicólogo também, eles têm uma forma de abordar que é diferente do médico. Acho que a gente aprenderia muito (E1).
> Eu acho que tem que haver uma abordagem sistematizada [...], mas tem que haver uma sistematização entre as diversas especialidades: ginecologia, pediatria, endocrinologia e dermatologia (E6).
> Acho que falta a gente valorizar os outros profissionais, com determinadas orientações. É necessário entender essa integração com os outros profissionais e isso estimularia que o currículo da ESCS participasse também de um currículo integrado, multiprofissional, que a gente não tem (E9).

Essa integração entre as diversas áreas do conhecimento, podemos chamar de interdisciplinaridade, a qual consiste em uma troca de práticas e saberes entre as diferentes disciplinas de um projeto, com interdependência e conexões recíprocas, para alcançar um objetivo em comum. No contexto da integralidade do cuidado, a interdisciplinaridade é de suma importância para a atenção à saúde de adolescentes. Pode ser contemplada em vários cenários, tanto na atenção primária com as ESF e equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da família (NASF), quanto na atenção secundária, terciária, nos Centros de Apoio Psicossocial (CAPS) e outros. No contexto das IES é também imprescindível para assegurar um currículo integral, que supere a prática individual em busca de um trabalho em prol do coletivo, considerando todas as áreas importantes. (BELFOR, 2018; MATA, 2015; VALE, 2013).

A atenção à saúde de adolescentes, em especial, requer uma atuação multidisciplinar, com enfoque interdisciplinar, tendo em vista as suas características biológicas, psíquicas e sociais. As diferentes disciplinas que conheçam as peculiaridades dessa faixa etária são capazes de fazerem juntas um trabalho que atenda suas necessidades em saúde. Segundo alguns autores, há uma contribuição significativa na redução de comportamentos de risco dos adolescentes, quando os serviços promovem ações interdisciplinares, propiciando a formação dos vínculos e o acompanhamento longitudinal. (DINIZ; CUNHA; FERREIRA, 2008). O desenvolvimento de competências, para a solução de problemas multidimensionais, requer habilidades interdisciplinares para exercer a prática colaborativa.

> Abordar o adolescente na escola, em grupos, é a forma que vamos ter mais aceitação desse adolescente. Mas a escola, em si, trabalha ainda de forma muito pontual, essas discussões sobre adolescentes. Então, é o público que não é abordado nem pelo adulto, nem pela pediatra. É muito falha essa assistência e, sendo falha a assistência, a gente não tem muito como apresentar esses cenários para o estudante. Ou a gente vai para ambientes estigmatizados onde o adolescente não teve a oportunidade de ter a orientação, para prevenir um agravo e você pega situações já extremada, a adolescente que já teve a gravidez, que não foi prevenida, ou o adolescente que não completou o ensino fundamental básico, o adolescente que já está no mundo do trabalho e desistiu de seguir a carreira de estudante e se profissionalizar. (E1).

Os participantes apresentaram também como proposta de aprofundamento do tema nos currículos, a escolha de outros cenários de aprendizagem para facilitar o processo de ensino-aprendizagem. A escola foi citada por alguns entrevistados como exemplo desses cenários diferenciados e como um local de aprendizagem médica a ser apreciado pelos adolescentes. Além da escola, outros dispositivos dos territórios podem ser interessantes cenários de aprendizagem, para além dos muros das IES, como: creches, unidades de acolhimento e convivência e outros órgãos governamentais e não governamentais. Dessa forma, a compreensão da proposta é no sentido da intersetorialidade, utilizada como ferramenta para aproximar os diferentes setores para uma mesma finalidade. Ao mesmo tempo em que as IES ganham novas vivências e promovem uma ampliação no olhar de seus discentes, os serviços parceiros qualificam a sua produção com a presença do ensino, ganhando educação permanente e intercâmbio de conhecimentos (FORSTER et al., 2017; HIGA et al., 2015; MORAES et al., 2014).

Com isso, as propostas trazidas pelos participantes podem ser vistas como oportunidades para a reorientação da formação na ESCS, em relação ao tema estudado. A aprendizagem em espiral promove a articulação das séries e programas. A interdisciplinaridade gera práticas colaborativas e trocas de conhecimentos entre áreas distintas e a intersetorialidade possibilita aos discentes uma aproximação de cenários reais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizar esta dissertação, retoma-se a pergunta norteadora do problema da pesquisa: *Como o tema atenção à saúde de adolescentes está inserido nos programas educacionais da ESCS?* De modo geral, conclui-se que a análise dos instrumentos utilizados foi capaz de responder às inquietações iniciais e aos objetivos da pesquisa, ou seja, os objetivos foram alcançados. Por meio da análise documental do projeto pedagógico atual da ESCS e dos manuais das séries e programas educacionais, ficou claro como está inserida a atenção à saúde de adolescentes no currículo dessa instituição. E pelas entrevistas podemos compreender a percepção dos entrevistados acerca das especificidades da adolescência e suas necessidades em saúde, diferenças na abordagem entre a adolescência e os outros ciclos de vida, bem como conhecer a formação profissional deles, sua percepção sobre o currículo da ESCS e suas propostas de aprofundamento para melhoria do currículo com a inserção do tema de forma mais integral.

Tanto pela análise documental quanto pela análise das entrevistas, ficou evidente que a 2ª série é o ano letivo da formação médica da ESCS com maior abordagem da adolescência em todo curso. Em relação aos programas educacionais, verificou-se uma abordagem pontual, fragmentada e desarticulada. Os assuntos referentes ao tema são diferentes entre os programas, sem continuidade entre eles, não propiciando uma aprendizagem em espiral preconizada para cursos que tenham as metodologias ativas como estratégia pedagógica dominante.

No programa MT - Módulos Temáticos, no qual se tem a metodologia da aprendizagem baseada em problemas (ABP), a adolescência é ensinada em cinco módulos, nos anos iniciais, representados pelos módulos 102, 201, 206 e 207, e nos anos finais, representado pelo módulo 401. Os dos anos iniciais abordam mais sobre o funcionamento do organismo relacionado a essa faixa etária, incluindo a gravidez na adolescência, e o módulo dos anos finais traz o adoecimento mental, esquizofrenia e uso de drogas. No entanto, como é um programa de ABP, os objetivos de aprendizagem não são específicos da saúde de adolescentes, ou seja, são situações problemas para tratar de determinado assunto, nos quais se coloca a faixa etária da adolescência.

No programa H.A. - Habilidades e Atitudes, que engloba a semiologia e a comunicação em saúde, a adolescência é tratada especificamente na 2ª série. Nas 1ª e 4ª séries, se os pacientes a serem consultados para o ensino forem dessa faixa etária, ocorre a instrução sobre a história clínica e exame físico na primeira série e diagnóstico e tratamento na quarta série e na 3ª série não há abordagem da adolescência.

No programa IESC – Interação Ensino-Serviços e Comunidade o estudo sobre saúde de adolescentes acontece de forma específica na 2ª série, em que além de serem tratados assuntos sobre o crescimento e desenvolvimento, discute-se sobre direito à saúde, considerações éticas e legais do atendimento, aspectos psicossociais, atividades de promoção e prevenção e ações intersetoriais. É o programa que versa de forma mais integral sobre o tema da pesquisa, porém, não apresenta articulação entre as séries. Na primeira série inova quando ensina sobre a teoria psicológica do curso de vida, conversando sobre o estágio das mudanças no ciclo de vida familiar chamado *Família com adolescentes*, mas isso somente é debatido nessa série, não tendo continuidade na 2ª e 3ª séries.

O ECO - Estágio Curricular Obrigatório ou internato acontece na 5ª e 6ª séries, em que os discentes têm a oportunidade de desempenhar a prática de forma intensa e contínua, em cenários reais do exercício profissional. Nesse programa, a adolescência é inserida somente na 5ª série e somente num dos cenários de atividades, entre os dois existentes. Nesse sentido, não são todos os estudantes que exercitam a vivência com adolescentes.

Quanto ao modelo de formação em relação a essa temática, observa-se a predominância do caráter biomédico, embora a instituição tenha nascido após recomendações diferentes das DCN, como apresentar metodologias ativas de aprendizagem e objetivar um modelo mais inovador de ensino-aprendizagem. Podemos inferir que a formação profissional dos docentes influencia no modelo de formação, pois a grande maioria dos docentes da escola teve uma formação tradicional e está exercendo sua profissão no modelo assistencial do SUS no estilo biomédico. No DF ainda há uma discrepância entre o que é recomendado nas políticas norteadoras e a prática cotidiana dos serviços, principalmente relacionada à atenção à saúde de adolescentes.

Entre as categorias compreendidas na pesquisa, as que trouxeram maior impacto na análise foi a “A) Conhecimento das especificidades da linha de cuidado da saúde de adolescentes” e a “D) Propostas de aprofundamento do tema no currículo médico”. A

primeira aventou questões que não se imaginava serem discutidas na pesquisa, e a segunda foi progressista no sentido de indicar melhorias no currículo com intuito de torná-lo mais inclusivo em relação à saúde de adolescentes.

Os subtemas abordados na categoria *Conhecimento das especificidades da linha de cuidado da saúde de adolescentes* foram sobre direito à saúde, processo saúde-doença na adolescência, considerações éticas e legais, diferenças entre a abordagem de adolescentes com os outros ciclos de vida, necessidades prevalentes na adolescência, olhar biologizante e estigmatizante sobre a adolescência e técnicas na abordagem com adolescentes. Durante o estudo foi factível discutir sobre assuntos de muita relevância, como: necessidades em saúde e sua diferença em relação às demandas em saúde; estigmas ou etiquetamento social, termo muito utilizado no Direito (*labelling approach*); redes; comunicação em saúde; autonomia e aspectos psicossociais. Nessa categoria foi possível observar também que os entrevistados trouxeram conceitos importantes para o modelo de atenção à saúde, como os atributos da atenção primária. Os atributos derivados também foram lembrados, pois, muitas vezes, eles são esquecidos na prática cotidiana, porque se acha difícil a sua execução, a exemplo da competência cultural e da abordagem familiar. Sem dúvida, para a atenção à saúde de adolescentes faz-se necessária uma atuação dentro desses atributos, tendo em vista os aspectos socioculturais dessa faixa etária.

A categoria *Propostas de aprofundamento do tema no currículo médico* tratou das perspectivas para inclusão do tema no currículo. Nesse sentido, foi sugerida por alguns entrevistados uma reforma curricular na ESCS, de modo a incluir o tema em uma aprendizagem em espiral, articulando, assim as séries e os programas educacionais. Além disso, a categoria propiciou o debate sobre outros temas: fragmentação do cuidado e do ensino, currículo em espiral, currículo oculto, intersetorialidade e interdisciplinaridade. A interdisciplinaridade é uma necessidade em muitas práticas, não só de forma acadêmica, mas nos processos de trabalhos dos serviços e pressupõe a troca de saberes e experiências para o mesmo fim. Em relação à saúde de adolescentes, é indiscutível, pois as necessidades em saúde reveladas por eles, na maioria das vezes, carecem de uma atuação multiprofissional, com olhar interdisciplinar, orientada para a integralidade do cuidado.

É urgente a elaboração de normas de ensino, a fim de orientar as competências dos currículos a serem alcançadas pelos discentes das profissões da saúde, principalmente da

profissão médica. A especialidade *Medicina de Família e Comunidade* apresenta uma diretriz para a elaboração dos currículos por competências dos programas de residência médica. Essa matriz orienta as instituições de ensino superior em seus currículos de pós-graduação, mas também serve para os currículos de graduação. Pode-se utilizar esse modelo para direcionar um currículo voltado à Saúde de Adolescentes, a fim de orientar não só a graduação, mas também a pós-graduação e as ações de educação permanente nos serviços.

O cuidado das necessidades em saúde de adolescentes na perspectiva da integralidade do cuidado não cabe em protocolos, sendo necessário realizar a problematização das situações, permeá-las por uma escuta sensível, a fim de elaborar o planejamento das ações. No entanto, essa proposta da elaboração de uma diretriz para os currículos sobre o tema é importante para reverter condutas equivocadas e mitos e tabus existentes no atendimento dessa clientela. Uma forma é utilizar as metodologias ativas, como a de problematização e recomendá-las nesse documento norteador.

Após a realização desta pesquisa, compreende-se como imperativo o desenvolvimento de pesquisas complementares. O estudo em questão apresenta limitações metodológicas próprias, por se tratar de uma pesquisa qualitativa, realizada por meio de análise documental e por entrevistas semiestruturadas. O tamanho da amostra foi feito por conveniência, ou seja, os participantes foram convidados a participar e não foram entrevistados discentes, somente os gestores da instituição e uma docente. Existe ainda a dificuldade em se comparar os resultados deste estudo com outros, uma vez que nem todos os achados tiveram o mesmo desenho metodológico.

Em termos de originalidade, não foi encontrado estudo igual, somente um estudo que se ateve à análise documental de currículos sobre o tema saúde de adolescentes, mais especificamente sobre os assuntos direitos humanos sexuais e reprodutivos e o Estatuto da Criança e do Adolescente. A pesquisa que gerou esta dissertação foi além. Associou a análise documental com entrevistas para obter a percepção dos sujeitos acerca do tema investigado. No entanto, faz-se necessária a realização de outros estudos com essa proposta, incluindo mais docentes e também discentes para qualificar a pesquisa. Além disso, é importante realizar estudos com profissionais da saúde que trabalham com adolescentes para saber o que eles esperam da formação profissional em relação à atenção à saúde de adolescentes.

Para finalizar, a maioria dos discentes do curso de medicina e de outros cursos da área da saúde está na faixa etária da adolescência ou são jovens adultos. Como esse ponto pode auxiliar ou ser um desafio para o ensino sobre a atenção à saúde de adolescentes? Esse enfoque foi trazido por uma entrevistada, mas é também um questionamento da pesquisadora. Encerra-se a pesquisa com a fala de uma participante:

Na verdade... a gente já lida diretamente com os adolescentes. Eles entram na faculdade, ainda na idade da adolescência (E4).

REFERÊNCIAS

ABERASTURY, A. et al. *Adolescência*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1980.

AGUIAR, A. C. et al. O Ensino da Comunicação na Formação Profissional em Saúde no Brasil: Análise da Literatura Especializada Posterior à Homologação das Diretrizes Curriculares Nacionais. *Cadernos ABEM*, Porto Alegre, RS, v.10, p. 69-77, agosto 2014.

AYRES, J. R. C. M. Organização das ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas. *Revista Saúde Sociedade*, São Paulo, SP, v.18, n.2, p.11-23, mai./ago. 2009.

AYRES, J. R. C. M. et al. Caminhos da Integralidade: adolescentes e jovens na atenção primária à saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, SP, v.16, n.40, p.67-81, jan./mar. 2012.

ALMEIDA, B. C. *Avaliação do docente pelo discente: análise das percepções de utilização ideal e efetiva. 2014.* 105 f. Dissertação (Mestrado em Administração pelo Núcleo de Pós-Graduação em administração) - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Bahia, Escola de administração, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

ALMEIDA, I. S. et al. O adolescer...um vir a ser. *Revista Adolescência & Saúde*, Rio de Janeiro, RJ, v.4, n.3, mês, p. 24-28, jul./set. 2007.

AQUINO, J. H. Pediatria brasileira: um novo século, novos desafios - Adolescência. *Revista Adolescência & Saúde*, Rio de Janeiro, RJ, v. 8, n. 3, p. 5, jul./set. 2011.

AZEVEDO, M. R. D. Desenvolvimento psicossocial. In: Comissão de saúde do Adolescente. *Adolescência e Saúde III*. Secretaria de Estado de São Paulo. São Paulo: Ed. Impressão Oficial, s/n, 2008. p.72-81.

ARAÚJO, Y. B. et al. Enfrentamento do adolescente em condição crônica: importância da rede social. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 64, n. 2, p. 281-286, mar-abril. 2011.

ARAÚJO, R. T. *Demandas de Saúde de Adolescentes: construindo bases para o cuidado.* 2016. 179f. Tese (Doutorado em Gênero, Cuidado e Administração em Saúde, linha de pesquisa Mulher, Gênero e Saúde). Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

BÁRBARO, M. C., LETTIERI, A., NAKANO, A. M. S. A assistência pré-natal à adolescente e os atributos da atenção primária à saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 22, n. 1, p.108-114, jan./fev. 2014.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, edição revisada e ampliada, 2011.

BELFOR, J. A. Competências pedagógicas docentes sob a percepção de alunos de medicina de universidade da Amazônia brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva.* Rio de Janeiro, RJ, v 23, n.1, p. 73-82, janeiro 2018.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado, 1988. 511p.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução nº 4, de 07 de novembro de 2001. *Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina*. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 09 nov. 2001. p. 38-39.

_____. Ministério da Saúde. *Marco legal: saúde, um direito de adolescentes*. Série A. Normas e Manuais Técnicos, Brasília, DF, 2005. p. 5-19.

_____. Presidência da República. Decreto nº 6286. *Institui o Programa Saúde na Escola*. Brasília, DF, 2007. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm>. Acesso em: 08 mar. 2018.

_____. Ministério da Saúde. *Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da saúde*. Série A: Normas e Manuais Técnicos do Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2010. p. 14-81.

_____. Secretaria de Direitos Humanos. *Estatuto da Criança e do Adolescente*: Lei Federal nº 8.069/1990. Conselho dos Direitos da Criança e do Adolescente. Secretaria de Direitos Humanos. 6 ed, Brasília, DF, 2011, 197 p.

_____. Ministério da Saúde. Curso de autoaprendizado. *Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde.* Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN), Organização Panamericana da Saúde (OPAS), Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutrição (OPSAN), Universidade de Brasília (UnB), Brasília, DF, 2012. p. 7-12.

_____. Ministério da Saúde. *O SUS e a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens no Brasil*. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2013. p. 8-39.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1082 de 23 de maio de 2014. *Redefine as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), incluindo-se o cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e fechado*. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2014a. 13p.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014b. *Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em*

Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 jun. 2014. n. 117, Seção 1, p.8-11.

_____. 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, DF, 2017. Disponível em: <http://189.28.1 28.100/dab/docs/portaldab/ publicacoes/saude_adolecentes.pdf>. Acesso em: 08 mar. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Coordenação-geral de saúde do adolescente e do jovem. *Nota técnica nº 4: direito de adolescentes serem atendidos nas UBS desacompanhados.* Brasília, DF, 2017. Disponível em: http://www.sprs.com.br/sprs2013/bancoimg/170416213755MSSASNT04042017.pdf. Acesso em: 14 mar. 2018.

BREHMER, L. C. F; RAMOS, F. R. S. Experiências de integração ensino-serviço no processo de formação profissional em saúde: revisão integrativa. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*, Goiânia, GO v. 16, n. 1, p. 228-37, jan./mar. 2014. Disponível em: http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i1.20132. Acesso: 12 mar. 2018.

CARDENAS, S. I. La adolescencia: añejos debates y contemporáneas realidades. *Rev. Última Década*. La Havana, [s./v.], n. 31, p. 55-71, dez 2009.

CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar. In: CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. (Orgs). *As mudanças no ciclo de vida familiar*. Tradução de Maria Adriana Veríssimo Veronese. 2ª ed. Porto Alegre: ed. Artmed, 1995. p. 7-29.

CFM - Conselho Federal de Medicina. *Código de Ética Médica*. Resolução 1.931, de 24 de setembro de 2009 (versão de bolso). Brasília, 2010, 14p.

CIRINO, A. A.; MORAES, M. A.; HIGA, E. F. O cuidado integral na formação médica: percursos e desafios. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*, Três Corações, MG, v. 15, n. 2, p. 711-720, ago./dez. 2017.

COATES, V. História brasileira da medicina do adolescente: comemoração de 10 anos da ASBRA – Associação Brasileira de Adolescência. *Adolescência latino-americana***,** Porto Alegre**,** v. 1, n. 4. p. 1 - 12, out./dez. 1999.

COIMBRA, C. C.; BOCCO, F.; NASCIMENTO, M. L. Subvertendo o conceito de adolescência. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 57, n. 1, p. 2-11, s/mês. 2005.

CONCEITO. DE. *Rede de apoio*. s/p. 2018. Disponível em < https://conceito.de/?s=REDE+DE+APOIO&x=0&y=0>. Acesso em: 23 mar. 2018.

COSTA, B. E. P. et al. Reflexões sobre a importância do currículo informal do estudante de medicina. *Scientia medica - Educação em Ciências da Saúde***.** Porto Alegre, RS, v. 22, n. 3, p. 162-168, jul./set. 2012.

CRESPIN, J. Consulta clínica. In: COATES, V.; BEZNOS, G.W.; FRANÇOSO, L.A. (Org.). *Medicina do Adolescente*. 2. ed. São Paulo: Sarvier, 2003. p. 9-17.

_____. Ética no atendimento de adolescentes. In: COATES, V.; BEZNOS, G.W.; FRANÇOSO, L. A. (Org.). *Medicina do Adolescente*. 2. ed. São Paulo: Sarvier, 2003. p. 35-38.

CYRINO, E. G. et al. Há pesquisa sobre ensino na saúde no Brasil? *ABCS Health Sci*, Santo André, São Paulo, v. 4, n. 3, p.146-155, 2015.

DÁVILA L. O.; GHIARDO F. C. M. *Os deserdados:* Trajetórias de vida e novas condições da juventude. 4 ed. Cidade: Ediciones. NPRDC, 2008.

DEL CIAMPO, L. A; DEL CIAMPO, I. R.L. O adolescente e a puericultura. *Revista Medicina (Ribeirão Preto on line)*, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, v. 50, n. 1, p. 76-81, jan./fev. 2017.

DEMO, P. *Pesquisa e informação qualitativa*. 3 ed. Campinas: Papirus. 2001.

DIAS, L. C. Abordagem familiar. TARGA, L. V.; OLIVEIRA, F. A. Cultura, saúde e o médico de família. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. *Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática.* 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2012, p.221-231.

DINIZ, C. S.; CUNHA, C. F.; FERREIRA, R. A. Medicina do Adolescente: avaliação de uma experiência de ensino interdisciplinar. *Revista Méd. Minas Gerais.* Belo Horizonte, MG, v. 18, n. 4, supl. 1, p. 173-178, novembro 2008.

DISTRITO FEDERAL. Decreto n. 22.074 de 11 de abril de 2001. *Dispõe sobre a alteração do artigo 9 do Estatuto da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, aprovado pelo Decreto 21941, de 06 de fevereiro de 2001, e dá outras providências*. DODF nº 71 seções 1, 2 e 3 de 12 de abril de 2001, Brasília, DF, 2001. Disponível em: <http://www.dodf.df.gov.br/listar#2001>. Acesso em: 8 mar. 2018.

_____. *Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Brasília*. Disponível em: < http://www.saude.df.gov.br/sobre-a-secretaria/subsecretarias/463-nucleo-de-atencao-integral-a-saude-do-adolescente-nasad.html >. Acesso em: 12 mar. 2018.

ESCS. *Projeto pedagógico do curso medicina da Escola Superior de Ciências da Saúde*. Brasília, 2012, p. 13-24.

_____. *Concepção e formação do ser humano*. Módulo 102. Manual do tutor. Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde. Escola Superior de Ciências da Saúde. Curso de Medicina - 1ª série. Brasília, 2015 – 2017a.

_____. *Habilidades, Atitudes, Comunicação e Semiologia I. Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde*. Escola Superior de Ciências da Saúde. Curso de Medicina - 1ª série, Brasília, 2015 – 2017b.

_____. *Habilidades, Atitudes, Comunicação e Semiologia II*. Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde. Escola Superior de Ciências da Saúde. Curso de Medicina - 2ª série, Brasília, 2015 – 2017c.

_____. *Habilidades, Atitudes, Comunicação e Semiologia III*. Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde. Escola Superior de Ciências da Saúde. Curso de Medicina - 3ª série. Brasília, 2015 – 2017d.

ESCS. *Habilidades e Atitudes (UA 404), Comunicação, Interação Ensino-serviços e Comunidade (IESC 404)*. Manual do estudante e do instrutor. Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde. Escola Superior de Ciências da Saúde. Curso de Medicina - 4ª série. Brasília, 2015 – 2017e.

_____. *Interação Ensino-Serviços e Comunidade I*. Manual do estudante. Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde. Escola Superior de Ciências da Saúde. Curso de Medicina - 1ª série. Brasília, 2015 – 2017f.

_____. *Interação Ensino-Serviços e Comunidade II*. Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde. Escola Superior de Ciências da Saúde. Curso de Medicina - 2ª série. Brasília, 2015 – 2017g.

_____. *Interação Ensino-Serviços e Comunidade III*. Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde. Escola Superior de Ciências da Saúde. Curso de Medicina - 3ª série. Brasília, 2015 – 2017h.

_____. *Nascimento, crescimento e desenvolvimento*. Módulo 201. Manual do tutor. Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde. Escola Superior de Ciências da Saúde. Curso de Medicina - 2ª série, Brasília, 2015 – 2017i.

_____. *Saúde da mulher, reprodução humana e saúde reprodutiva*. Módulo 206. Manual do tutor. Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde. Escola Superior de Ciências da Saúde. Curso de Medicina - 2ª série, Brasília, 2015 – 2017j.

_____. *Transtornos mentais e de comportamento*. Módulo 401. Manual do tutor. Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde. Escola Superior de Ciências da Saúde. Curso de Medicina – 4ª série, Brasília, 2015 – 2017l.

_____. *Plano de Desenvolvimento institucional (2017-2021)*, Brasília, 2018.

FALEIROS, V. P. Infância e processo político no Brasil. In: PILOTTI, F.; RIZZINI, I. (Org.). *A Arte de governar crianças*: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Interamericano del Niño, 1995. p. 49-98.

FLICK, U. *Introdução à pesquisa qualitativa*. 3 ed. Porto Alegre: Artmed. 2009.

FORMIGLI, V. L. et al. Projeto Político-Pedagógico do curso de graduação em medicina da FMB/UFBA. *Gazeta Médica da Bahia*, Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, v. 144, n. 1, p. 3-47, jan./abr. 2010.

FORSTER, A. C. et al. A abordagem da intersetorialidade para o ensino médico em atenção primária. Temas de ensino médico. *Medicina (Ribeirão Preto, Online)*, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, v. 50, n. 1, p. 58-65, jan./fev. 2017.

FREIRE, P. *A pedagogia da autonomia:* saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social***.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. *Revista de Administração de Empresas***,** São Paulo, SP, v. 35, n. 2, p. 57-63, Mar./Abr. 1995.

GOMES, S. M. T. Atenção Integral à Saúde. In: COATES, V.; BEZNOS, G.W.; FRANÇOSO, L.A. (Org.). *Medicina do Adolescente.* 2. ed. São Paulo: Sarvier, 2003. p. 19-24.

GROSSMAN, E. A. Adolescência através dos tempos. *Adolescência latino-americana*, Porto Alegre, v. 1, n. 2, p. 68-74, jul./set. 1998.

_____. A Construção do conceito de adolescência no ocidente. *Rev. Adolescência & Saúde,* Rio de Janeiro, RJ, v.7, n. 3, p.47-51, jul./set. 2010.

HAFNER, M. L. M. B. et al. A formação médica e a clínica ampliada: resultados de uma experiência brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, RJ, v.15, Supl. 1, p. 1715-1724, junho 2010.

HIGA, E. F. R. et al. A intersetorialidade como estratégia para promoção da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, SP, v. 19, Supl 1, p. 879-891, jan./abr. 2015.

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

JORGE, K. J. et al. Formação para o cuidado à criança e adolescente na graduação em enfermagem: revisão integrativa. *Rev enferm., UFPE on line*, Recife, PE, v. 8, n.6, p. 1764-73, junho 2014.

JILLSON, I. A.; EISENSTEIN, E. Direitos à saúde e questões éticas durante a adolescência: desafios atuais. *Rev. Adolescência & Saúde*, Rio de Janeiro, RJ, v.10, suplemento 2, p 53-59, maio 2013.

KNOBEL, M. Desenvolvimento psicológico do adolescente. In: *Adolescência & Saúde III*. São Paulo: Comissão de Saúde do Adolescente da Secretaria de Estado de São Paulo, 2008. 63-71 p.

KUSCHNIR, M. C. C. Espaço e tempo a percorrer entre a vida privada e a vida pública. *Revista Adolescência & Saúde*, Rio de Janeiro, RJ, v. 2, n. 4, p.26-27, novembro 2005.

LAWRENCE, R. S; GOOTMAN, J. A; SIM, L. National Research Council and Institute of Medicine. Committee on Adolescent Health Care Services and Models of Care for Treatment, Prevention, and Healthy Development. *J. Adolescent Health Services: Missing Opportunities*. s/v, s/n,2009, p.246-247.

LEITE, M. T. S.et al. Unidade teórico-prática na práxis de um currículo integrado: percepção de docentes de enfermagem na saúde da criança e do adolescente. *Rev. Bras. Enf.*, Brasília, DF, v. 64, n.4, p. 717-724, jul./ago. 2011.

LIMA, V. V. Espiral construtivista: uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, SP, *v. 21, n. 61, p.421-34, abr./jun. 2017.*

LIBÂNEO, J. C. *Didática.* São Paulo: Cortez, 2006.

LOPEZ, S. B; MOREIRA, M. N. Quando uma proposição não se converte em política? O caso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens – PNAISAJ. *Ciência & Saúde Coletiv*a, Rio de Janeiro, RJ, v. 18, n. 4, p. 1179-1186, abril 2013.

MACHADO FILHO, C. Uma visão ética e bioética do atendimento ao adolescente. *Residência Pediátrica*, Rio de Janeiro, RJ, v. 5, n. 3, s. 1, p. 10-12. Set./dez. 2015.

MAIA, J. A. Metodologias problematizadoras em currículos de graduação ensino médica. *Rev. Bras Educação Médica*, Brasília, DF, v. 38, n. 4, p. 566-574, out./dez. 2014.

MARQUES, J. F.; QUEIROZ, M. V. O. Cuidado ao adolescente na atenção básica: necessidades dos usuários e sua relação com o serviço. *Rev Gaúcha Enferm*., Porto Alegre, RS, v. 33, n. 3, p. 65-72, jul./set. 2012.

MATA, R. N. *Saúde do adolescente e o processo de formação dos profissionais da atenção primária à saúde.* 2015. 32f. Dissertação (Mestrado profissional do Programa de Pós-graduação em Ensino na saúde) - Faculdade de Ciências Biològicas e da Saúde, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina, 2015.

MEIRELES, A. L. et al. Bem-estar da criança e do adolescente: um construto multidimensional. *Rev Med. Minas Gerais*, Belo Horizonte, MG, v. 23, n. 2, p. 138-148, abr./jun. 2013.

MESQUITA, R. M. Comunicação não-verbal: relevância na atuação profissional. *Rev. Paul. Educ. Fís.*, São Paulo, SP, v. 11, n. 2, p. 155-163, jul/dez. 1997.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? *Cad. Saúde Públ*., Rio de Janeiro, RJ, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul/set, 1993.

MINAYO, M. C. S. *O Desafio do conhecimento.* Pesquisa qualitativa em Saúde. 4 ed. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO. 1996.

MORAES, R. B. et al. Ações multidisciplinares na saúde integrando ensino-serviço: uma experiência de dez anos. *Rev Cinergis*, Santa Cruz do Sul, RS, v. 15, n. 3, p. 112-117, jul./set. 2014.

MORAES, S. P. ; VITALLE, M. S. S. Direitos sexuais e reprodutivos na adolescência : interações ONU-Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, RJ, v. 20, n. 8, p.2523-2531, agosto 2015.

MOREIRA, C. O. F.; DIAS, M. S. A. Diretrizes curriculares na saúde e as mudanças nos modelos de saúde e de educação. *ABCS Health Sci*, Santo André, SP, v. 40, n. 3, p.300-305, 2015.

MOTA, L. L. R. ECA e RHC 73121: o *estigma se sobrepõe aos direitos da juventude.* 2017. Monografia (Curso de Direito) - Faculdade de Direito, Universidade de Brasília, Brasília, DF. 2017. Disponível em: <http://bdm.unb.br/handle/10483/17767>. Acesso em: 09 mar. 2018.

MOZZATO, A. R.; GRZYBOVSKI, D. Análise de conteúdo como técnica de análise de dados qualitativos no campo da administração: potencial e desafios. *RAC*, Curitiba, PR, v. 15, n. 4, p. 731-747, jul./ago. 2011.

OCAMPOS D. L. Adolescência, uso de álcool e outras drogas e transtornos mentais: pontos de reflexão. In: COSTA I.L.; GRIGOLO T. M. (Org). *Tecendo redes em saúde mental no Cerrado*: estudos e experiências de atenção em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, Universidade de Brasília, 2009. p. 432-445.

OLIVEIRA, R. C.; SILVA, C. A. F. O adolescente em consulta: percepções biomédicas. *Saúde Sociedade*. São Paulo, SP, v. 24, n. 3, p. 964-976, set./dez. 2015.

OZELLA, S. Adolescência: uma perspectiva crítica. In: CONTINI, M.L.J. KOLLER, S.H. (org.). *Adolescência & psicologia:* concepções, práticas e reflexões críticas. Conselho Federal de Psicologia. Brasília, DF. 2002. p.25-32.

PENSO, M. A. *Dinâmicas familiares e construções identitárias de adolescentes envolvidos em atos infracionais e com drogas.* Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) - Instituto de Psicologia e Cultura, Universidade de Brasília, Brasília, 2003.

_____; OCAMPOS, D. L.; LORDELLO, S. R. A prevenção da violência: políticas públicas de saúde para adolescentes. In: AMPARO, D. M. et al (Org.). *Adolescência e violência e estudos clínicos, psicossociais e educacionais.* Brasília: Líber livro e Universidade de Brasília, 2012, p. 357-365.

PERES, J. R. R.; PASSONE, E. F. Políticas sociais de atendimento às crianças e aos adolescentes no Brasil. *Cadernos de Pesquisa,* São Paulo, SP, v.40, n.140, p. 649-673, maio/ago. 2010.

PINTO, E. B. A. Pesquisa Qualitativa em Psicologia Clínica. *Instituto de Psicologia da USP*, São Paulo, SP, v.15, n.1/2, p.71-80, jan./jun. 2004.

PIOVESAN, A.; E. R., TEMPORINI. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, SP, v. 29, n. 4, p. 318-325, out./dez. 1995.

QUEIROZ, L. B. *A medicina de adolescentes no estado de São Paulo de 1970 a 1990: uma dimensão histórica*. 2011. 219 f. Dissertação (Mestrado do Programa de Medicina preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

REATO, L. F. N. *Avaliação do ensino de medicina do adolescente no 5° ano do curso de graduação: experiência da disciplina de Pediatria e Puericultura da Faculdade de Medicina da Fundação ABC.* 1999. 225 f. Tese (Doutorado em Medicina) - Departamento de Pediatria, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo: 1999.

REIS et al. Vulnerabilidades à saúde na adolescência: condições socioeconômicas, redes sociais, drogas e violência. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, São Paulo, v. 21, n. 2, [9 telas], mar./abr. 2013.

ROCHA, M. L. Contexto do Adolescente. In: CONTINI, M. L. J. KOLLER, S. H. (Org.). *Adolescência & psicologia:* concepções, práticas e reflexões críticas. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2002. p. 25-32.

ROSA, A.; LOUREIRO, L,; SEQUEIRA, C. Literacia em saúde mental de adolescentes: Um estudo exploratório. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, Ed especial, Coimbra, n. 1, p. 125-132, abril 2014.

ROZENBERG, R.; CRUZ, T. J. Consulta: abordagem do adolescente e de sua família. In: LIBERAL, E. F.; VASCONCELOS, M. M.; NOGUEIRA, K. R. J. *Adolescência.* Rio de Janeiro: ed. Guanabara Koogan. 2012, 532 p.

RUZANY, M. H. Atenção ao adolescente: considerações éticas e legais. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações

Programáticas Estratégicas. Saúde do adolescente: competências e habilidades. *Série B. Textos Básicos da Saúde,* Brasília, DF, 2008. CD ROM. 753 p.

SALLES, L. M. F. Infância e adolescência na sociedade contemporânea: alguns apontamentos. *Estud. Psico.* Campinas, SP, v. 22, n. 1, p. 33-41, mar. 2005.

SANTANA, F. R. et al. Integralidade do cuidado: concepções e práticas de docentes de graduação em enfermagem do Estado de Goiás. *Ciênc. & Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, RJ, v. 15, supl. 1, p. 1653-1664, junho 2010.

SANTOS, I. R. N. *O sigilo na relação médico-adolescente: um dilema ético?* 2014. Monografia (Curso de graduação em medicina) – Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia. Universidade Federal da Bahia. Repositório institucional. Salvador, BA, 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/17662>. Acesso em: 07 mar. 2018.

SANTOS, D. S. et al. Processo saúde/doença e estratégia de saúde da família: o olhar do usuário. *Rev. Latino-Am. Enfermagem,* Ribeirão Preto, SP, v.*22, n.6, p. 918-25, nov./dez. 2014.*

SAUPE, R. et al. Avaliação das competências dos recursos humanos para a consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, SP, v.9, n.18, p.521-36, set./dez. 2005.

SENNA, DESSEN, Contribuições das Teorias do Desenvolvimento Humano para a Concepção Contemporânea da Adolescência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa,* Brasília, DF, v. 28, n. 1, p. 101-108, jan./mar. 2012.

SHIMIZU, H. E; ALVÃO, D. C. Jr. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. *Ciência & Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, RJ, v. 17, n.9, p. 2405-2414, setembro 2012.

SHOEN-FERREIRA, T. H.; AZNAR-FARIAS, M.; SILVARES, E. F. M. Adolescências através dos séculos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa,* Brasília, DF, v. 26, n.2, p. 227-234, abr./jun. 2010.

SILEO, E.; VILAGRASA, G. Conocimiento em medicina del adolescente em cursates del postgrado de pediatra del Hospital J.M. de Los Rios, Caracas. *Arch. Venez. Pediat*., Caracas, v. 65, supl. 3, p. 9-12, abr./jun. 2002.

SOUZA, A. P. L. Criando contextos ecológicos de desenvolvimento e direitos humanos para adolescentes, *Paidéia*, Ribeirão Preto, SP, v. 21, n. 49, p. 273-278, maio/ago. 2011.

STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia,* Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. p. 481-514.

STELET, B.P. et al. Ensino de comunicação clínica no âmbito da prática médica. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, RJ, v. 33, n. 2, abr./jun. 2017.

SUCUPIRA, A. C. A importância do ensino da relação médico-paciente e das habilidades de comunicação na formação do profissional de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, SP, v. 11, n. 23, p. 624-627, set./dez. 2007.

TARGA, L. V.; OLIVEIRA, F. A. Cultura, saúde e o médico de família. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. *Tratado de medicina de família e comunidade:* princípios, formação e prática. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2012, p.52-59.

TAQUETTE SR. Conduta ética no atendimento à saúde de adolescentes. *Adolesc. Saúde*, Rio de Janeiro, RJ, v. 7, n. 1, p. 6-11, janeiro 2010.

TELES, N.; FREITAS, R. Políticas públicas e juventude no Brasil. In: BRASIL. *Um olhar sobre o Jovem no Brasil.* Série B. Brasília: Textos Básicos de Saúde, 2008. p.189-196.

UNFPA. Fundo de Populações das Nações Unidas. *Direitos da População Jovem:* um marco para o desenvolvimento. 2. ed. Brasília: Positiva Gráfica, 2010. 123 p.

VALE, C. R. N. *A consulta do adolescente: um manual de orientação para os alunos de graduação em medicina. 2013*. 99f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde e do Meio Ambiente) - Pró-Reitoria de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão, Centro Universitário de Volta Redonda, Fundação Oswaldo Aranha - UNIFOA, Volta Redonda, 2013.

XAVIER, J. N. et al. Estatuto da criança e do adolescente e direitos humanos sexuais e reprodutivos na formação de enfermeiros e médicos. Universidade Federal do Paraná. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, PR, v. 18, n. 1, p. 64-70, jan./mar. 2013.

Apêndice A - Roteiro da Análise Documental

NÚMERO (enumerar): _____ DATA: __/__/__

TÍTULO DO DOCUMENTO:

_____

_____

DATA PUBLICAÇÃO/APRESENTAÇÃO: _____

TIPO DE DOCUMENTO (Norma, manual, resumo de trabalho): _____

OBJETIVOS:

_____

_____

LEGISLAÇÃO RELACIONADA (Caso esteja descrito):

_____

ASPECTOS RELACIONADOS À SAÚDE DE ADOLESCENTES:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

ALTERAÇÕES EM RELAÇÃO À EDIÇÃO ANTERIOR RELACIONADA À SAÚDE DE ADOLESCENTES (caso tenha edição anterior):

_____

_____

IMPRESSÕES SOBRE O DOCUMENTO:

_____

_____

_____

_____

Apêndice B - Roteiro da Entrevista Semiestruturada

Orientações (deve ser lida antes de cada entrevista):

a) A resposta às perguntas não é obrigatória podendo o/a entrevistado/a desistir da entrevista a qualquer momento;
b) As infomações prestadas não serão divulgadas de forma a identificar o/a entrevistado/a;
c) Qualquer dúvida relacionada às questões poderá ser solucionada pelo/a entrevistador/a assim que solicitar.

Desde já, agradecemos sua colaboração!

DATA: ____/____/_____

IDENTIFICAÇÃO DO/A ENTREVISTADO/A

QUAL SUA INSTITUIÇÃO DE FORMAÇÃO?

_____

_____

QUANTO TEMPO DE FORMADO VOCÊ TEM (ANOS)? _____

VOCÊ FEZ RESIDÊNCIA OU PÓS-GRADUAÇÃO? ( ) SIM ( ) NÃO

QUAL SUA ESPECIALIDADE? _____

EM QUAL (IS) PROGRAMA (S) EDUCACIONAL (IS) DA ESCS VOCÊ TRABALHA? _____

QUAIS SÃO AS ÁREAS TEMÁTICAS DE ATUAÇÃO NA ESCS?

_____

_____

VOCÊ FEZ MESTRADO OU DOUTORADO? ( ) SIM ( ) NÃO

QUAL?_____

_____

QUESTÕES

1. Em sua opinião, há diferenças entre a saúde de adolescentes e a saúde dos outros ciclos de vida? Comente.
2. A abordagem médica de adolescentes deve ser diferente da abordagem dos outros ciclos de vida? Por quê?
3. No seu ponto de vista, quais são as especificidades da saúde dos adolescentes que o profissional médico deve saber?
4. Em sua opinião, quais as principais necessidades em saúde da faixa etária adolescente?
5. Como foi o ensino-aprendizagem sobre saúde de adolescentes durante sua graduação?
6. Caso você tenha pós-graduação (residência, especialização e formação strito senso), como foi o ensino-aprendizagem sobre saúde de adolescentes durante esse (s) processo (s) educacional (ais)?
7. Você tem abordado sobre a adolescência em sua atuação como docente? Como? Por quê?
8. Você verifica a inclusão do tema *Atenção à Saúde de Adolescentes* no currículo da ESCS?
9. Se afirmativa o item 8, perguntar: como é essa inclusão? Em quais programas educacionais? Em quais séries? Como é abordada?
10. O que você pensa sobre a inserção da abordagem a saúde de adolescentes na formação médica? Dê sugestões.
11. Em qual momento da formação médica você acha adequada a abordagem da saúde de adolescentes?

Apêndice C - Quadro 1: Documentos analisados

(continua)

Nomenclatura	Título	Ano publicação	Tipo documento	Adolescência	Diferenças entre as edições	Impressões
PPC 2012	Projeto Pedagógico do Curso de Medicina da ESCS	2012	Projeto	Descrição igual dos manuais. De um modo geral, o tema encontra-se na 2ª série e no Internato.	O projeto de 2001 (anterior) não foi encontrado para avaliação.	Tendência nos aspectos desenvolvimentais e questões biológicas, exceto no programa IESC.
IESC 1 2015 **IESC 1 2016** **IESC 1 2017**	Interação Ensino-serviços e Comunidade I. Manual do estudante.	2015, 2016 e 2017	Manual	Genograma e ecomapa, classificação das família, estágio "conviver com adolescentes".	Não há diferenças	Importante a abordagem trazida neste manual sobre os aspectos da adolescência dentro da família.
IESC 2 2015	Interação Ensino-serviços e Comunidade II.	2015	Manual	Caderneta de saúde de adolescentes, planejamento sexual e reprodutivo, calendário vacinal, avaliação e monitoramento do crescimento e desenvolvimento, abordagem do uso de drogas lícitas e ilícitas, postura adequada na consulta, participação em práticas educativas coletivas com adolescentes, avaliação das mudanças psicossociais e das situações de vulnerabilidade.	Houve alterações de 2015 a 2016. Os de 2016 e 2017 são iguais.	Avanços em relação a associação da teoria com a prática, devido propiciar contato dos discentes com adolescentes nas consultas e práticas educativas e discussão das principais necessidades dessa faixa etária.

(continua)

IESC 2 2016 **IESC 2 2017**	Interação Ensino-serviços e Comunidade II	2016, 2017	Manual	Acrescenta-se ECA e os direitos fundamentais do adolescente, alimentação e aspectos nutricionais desse público, atenção integral à saúde de adolescentes nas escolas, violências e vulnerabilidades, fatores de risco e ações intersetoriais	Houve alterações de 2015 a 2016. Os de 2016 e 2017 são iguais.	Os assuntos acrescidos nestes manuais promoveram uma aprendizagem mais integral em relação ao tema, devido trazer os assuntos direito à saúde, intersetorialidade (ações nas escolas) e abordagem da violência e vulnerabilidades.
IESC 3 2015 **IESC 3 2016** **IESC 3 2017**	Interação Ensino-serviços e Comunidade III	2015, 2016, 2017	Manual	Não há menção sobre adolescência no documento	Não há diferenças	Os documentos analisados não trazem em suas competências o tema adolescência. Parece não haver continuidade da 2ª para a 3ª série em relação aos ciclos de vida neste programa educacional.
H.A. 1 2015 **H.A. 1 2016** **H.A. 1 2017**	Habilidades e Atitudes (Comunicação e Semiologia) I	2015, 2016, 2017	Manual	Orientações quanto a elaboração da história clínica de um modo geral, sem a especificidade da adolescência	Não há diferenças	A história clínica é trazida de uma forma geral, ficando a cargo dos docentes ensinar, como conteúdo extra, as peculiaridades da semiologia do adolescente.
H.A. 2 2015 **H.A. 2 2016** **H.A. 2 2017**	Habilidades e Atitudes (Comunicação e Semiologia) II	2015, 2016, 2017	Manual	Anamnese e exame físico de adolescentes; filme sobre gravidez na adolescência	Não há diferenças	É fundamental o ensino sobre a anamnese e o exame físico de adolescentes na semiologia. Não ficou claro se são abordados aspectos da comunicação em saúde específica com adolescentes. O filme gravidez na adolescência pareceu entrar sem contexto, dando a impressão de um olhar estigmatizante a esse processo de vida.

(continua)

H.A. 3 2015 **H.A. 3 2016** **H.A. 3 2017**	Habilidades e Atitudes (Comunicação e Semiologia) III	2015, 2016, 2017	Manual	A adolescência é descrita em uma narrativa na parte de comunicação em saúde (profissionalismo) da série.	Não há diferenças	Há uma oportunidade de inclusão do tema, quando o manual descreve uma narrativa, onde o adolescente é o protagonista. No entanto, vai depender do enfoque discutido pelos discentes e docentes.
H.A. 4 2015 **H.A. 4 2016** **H.A. 4 2017**	Habilidades e Atitudes (H.A. 404), Comunicação e Interação Ensino-Serviços e comunidade (IESC 404). Manual do estudante e do instrutor.	2015, 2016, 2017	Manual	O tema não faz parte das competências da série.	Não há diferenças	Nesta série cada discente realiza atendimentos sozinhos com supervisão, na atenção primária e nas emergências de clínica médica e pediatria. Pode-se atender adolescentes nesses cenários, mas a discussão vai depender dos discentes e docentes.
MT 102 2015 **MT 102 2016** **MT 102 2017**	Concepção e formação do ser humano – Módulo 102. Manual do tutor.	2015, 2016, 2017	Manual	Trata-se sobre adolescência quanto a: puberdade, pré-natal, desenvolvimento sexual, eixo endócrino-metabólico (hipotálamo-hipófise-gônadas), maturação sexual e esteroidogênese.	Não há diferenças	É de caráter predominante biológico, relacionado a anatomia, embriologia, histologia e fisiologia.
MT 201 2015	Nascimento, crescimento e desenvolvimento – Módulo 201. Manual do tutor.	2015	Manual	Apresenta duas situações problemas que permitem a abordagem do crescimento e desenvolvimento de adolescentes, gravidez na adolescência, nutrição, sobrepeso e obesidade, vacinação e aspectos psicológicos.	Houve diferenças entre 2015, 2016 e 2017	Incentiva os discentes quanto à aprendizagem sobre adolescência e a importância da atuação médica no desenvolvimento da faixa etária. Incrementa ao discutir os aspectos psicológicos.
MT 201 2016	Nascimento, crescimento e desenvolvimento – Módulo 201. Manual do tutor.	2016	Manual	Inclui os direitos de adolescentes e sobre a necessidade de uma atenção multiprofissional. Foi retirado a discussão de gravidez na adolescência.	Houve diferenças entre 2015, 2016 e 2017	Tanto a garantia ao direito à saúde quanto a interdisciplinaridade são essenciais na discussão sobre adolescência.

(conclusão)

MT 201 2017	Nascimento, crescimento e desenvolvimento – Módulo 201. Manual do tutor.	2017	Manual	Houve aprofundamento nos determinantes ambientais do crescimento e desenvolvimento, acréscimo da fisiologia do hormônio do crescimento e importância da prática de atividade física nessa faixa etária.	Houve diferenças entre 2015, 2016 e 2017	Inovação quanto a inserção sobre determinantes sociais no processo de crescimento e desenvolvimento e na abordagem de assuntos interdisciplinares.
MT 206 2015 **MT 206 2016**	Saúde da mulher, reprodução humana e saúde reprodutiva – Módulo 206. Manual do tutor.	2015, 2016	Manual	Gravidez na adolescência, como objetivo específico para estudo em uma situação problema, envolvendo aspectos sociais, culturais, econômicos e familiares	Não houve diferenças entre 2015 e 2016	O enfoque é somente sobre gravidez, perdendo a oportunidade de debater sobre sexualidade e aspectos relacionados a promoção da saúde da mulher. Discussão estigmatizante sobre a gravidez ser um problema de saúde pública.
MT 206 2017	Saúde da mulher, reprodução humana e saúde reprodutiva – Módulo 206. Manual do tutor.	2017	Manual	Inserção sobre modificações no corpo da mulher adolescente e menstruação e sobre as complicações da gravidez na adolescência.	Houve algumas alterações em relação ao anterior.	Desenvolve sobre aspectos da saúde da mulher relacionados aos aspectos biológicos, além da gravidez, porém, não avança em relação a sexualidade e promoção da saúde sexual. Um equívoco trazido é o entendimento de gravidez na adolescência como gravidez de alto risco.
MT 401 2015 **MT 401 2016** **MT 401 2017**	Transtornos mentais e de comportamento – Módulo 401. Manual do tutor.	2015, 2016, 2017	Manual	Adoecimento Mental da Criança e Adolescente, esquizofrenia com início na adolescência e problemas relacionados ao uso de drogas.	Não há diferenças	É muito relevante abordar sobre os distúrbios psiquiátricos na adolescência, mas é importante abordar sobre saúde mental e as questões específicas da adolescência que não são discutidas neste manual.

Fonte: Ocampos, 2018.

Apêndice D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

O (a) Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa intitulado "*O ensino sobre a saúde de adolescentes em uma escola pública de medicina do Distrito Federal*".

Pesquisadora Responsável: Denise Leite Ocampos

Instituição a que pertence o Pesquisadora Responsável: Escola Superior de Ciências da Saúde – ESCS/FEPECS/SES

Telefones para contato: (61) 3325-4963

O presente trabalho tem como objetivo descrever como é realizada a inclusão do tema *Atenção à Saúde de Adolescentes* no currículo de uma Escola Pública de Medicina do Distrito Federal.

Os materiais utilizados, bem como os dados analisados na pesquisa ficarão sobre a guarda da pesquisadora, de forma que a identidade do (a) entrevistado (a) seja preservada.

Os resultados obtidos serão divulgados em publicações científicas, sem que a identidade do (a) entrevistado (a) seja revelada. Em qualquer momento desta pesquisa, o (a) Sr (a) pode solicitar esclarecimentos da referida pesquisa e retirar seu consentimento, sem a necessidade de explicações.

Os procedimentos não alterarão a rotina de organização dos Programas Educacionais da ESCS e não afetarão os processos de trabalho dos participantes envolvidos. Sua contribuição é muito importante e contribuirá para melhoriada formação médica.

Brasília, ___ de _____de 201__.

_____

Nome / assinatura do entrevistado

_____

Nome / assinatura do entrevistado

Apêndice E - Quadro 2: Perfil Sociodemográfico dos Sujeitos

	TEMPO FORMAÇÃO	IES	RM OU PÓS	ESPECIALIDADE	MESTRADO	DOUTORADO	PROGRAMA ESCS	AREAS TEMÁTICAS
E1	17	UnB	RM	Pediatria	X	0	HA, MT	Módulos temáticos diversos
E2	23	EMESCAM	RM	GO	0	0	Coordenação	Semiologia, módulos temáticos diversos
E3	21	UFAL	RM	Pediatria	X	0	Coordenação	Coordenação
E4	32	UFMA	RM	MFC	X	0	HA, IESC	Gestão, ética, educação em saúde
E5	42	UFPE	RM	Pediatria	0	0	HA, IESC	Saúde da criança e outros ciclos de vida
E6	30	UFU	RM	Urologia	X	X	Coordenação	Coordenação
E7	13	UNB	RM	Pediatria, Hebiatria, Medicina do Esporte	X	0	Coordenação	Pediatria, clínica médica, módulos temáticos diversos
E8	22	UFMT	RM	Pediatria	0	0	HA, IESC	Pediatria, comunicação em saúde, APS
E9	9	UFSC	RM	Pediatria	0	0	IESC, MT	Pediatria, módulos temáticos, APS

Fonte: Ocampos, 2018.

EMESCAM: Escola de Medicina da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – ES, **UFAL:** Universidade Federal de Alagoas, **UFMA:** Universidade Federal do Maranhão, **UFMT:** Universidades Federal do Mato Grosso, **UFPE:** Universidade Federal de Pernambuco, **UFSC:** Universidade Federal de Santa Catarina, **UnB:** Universidade de Brasília, **UFU:** Universidade Federal de Uberaba**. MFC:** Medicina de Família e Comunidade. **GO:** Ginecologia/Obstetrícia**. RM:** Residência Médica. **HA:** Habilidades e Atitudes. **IES:** Instituição de Ensino Superior, **IESC:** Interação Ensino-Serviços e Comunidade. **MT:** Módulos Temáticos.