

**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS
FACULDADE DE MEDICINA
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO – MESTRADO EM PEDIATRIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO – BIOMÉDICA: ATENÇÃO INTEGRADA À
CRIANÇA E AO ADOLESCENTE**

LUIZA HELENA ANDRADE DE PAULA

**O ADOECER DO ADOLESCENTE E SUA VIVÊNCIA
HOSPITALAR: um estudo na ótica da atenção integrada**

Niterói

2006

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

LISTA DE ABREVIATURAS

HUAP	Hospital Universitário Antônio Pedro
CMM	Clínica Médica Masculina
CMF	Clínica Médica Feminina
CCF	Centro Cirúrgico Feminino
CCG/SO	Centro Cirúrgico Geral/Sala de Operações
CCEma/mi	Centro Cirúrgico Especializado Masculino/Mista
CD	Clínica de Diálise
CTI	Centro de Terapia Intensiva
DIP	Doenças Infecto-parasitárias
DST	Doenças Sexualmente Transmissível
PED	Pediatria
PROSAD	Programa de Saúde do Adolescente
MS	Ministério da Saúde
ORL	Otorrinolaringologia
OFT	Oftalmologia

LUIZA HELENA ANDRADE DE PAULA

O ADOECER DO ADOLESCENTE E SUA VIVÊNCIA HOSPITALAR: um estudo sob a
ótica da atenção integrada

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Escola de Medicina da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre. A área de concentração: Atenção Integrada à criança.

Orientadora: Professora Doutora Marilda Andrade.

Niterói

2006

P 324 Paula, Luiza Helena Andrade de
O adoecer do adolescente e sua vivência hospitalar:
um estudo na ótica da atenção integrada/Luiza Helena Andrade de
Paula. – Niterói: [s.n.], 2006.
87 f.

Dissertação (Mestrado em Pediatria)- Universidade
Federal Fluminense, 2006.

Orientadora: Prof^a. Dr^a Marilda Andrade

1. Adolescente. 2. Hospitalização. 3. Cuidado
integral. 4. Políticas de saúde. I. Título.

LUIZA HELENA ANDRADE DE PAULA

O ADOECER DO ADOLESCENTE E SUA VIVÊNCIA HOSPITALAR: um estudo sob a
ótica da atenção integrada

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Escola de Medicina da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre. A área de concentração: Atenção integrada à criança.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Dra. Marilda Andrade

1º Examinador: Dr. Mauro Leonardo Salvador C. Santos

2º Examinador: Dr. Jairo Werner

3º Examinadora: Dr^a Maria Cristina Caetano Kuschnir

Niterói

2006

Dedico este trabalho, em especial, à minha orientadora que tanto me ajudou a crescer profissionalmente e pessoalmente. Acreditando em mim e me mostrando o caminho que devia percorrer. Uma pessoa especial, grandiosa, mestre e amiga. Obrigada por ter me escolhido.

AGRADECIMENTOS

A Deus por me dar forças para caminhar, por me iluminar e me fazer feliz;

Aos meus pais pela minha vida, pois sem eles não estaria aqui;

A minha orientadora, por ter me encontrado, me acolhido, acreditado no meu potencial, pois foi através dela que consegui tornar o meu sonho em realidade;

Ao meu esposo pela compreensão das horas em que estive ausente e por todo incentivo que me deu para que eu chegasse até aqui;

Ao meu filho Gabriel, por ter me esperado várias vezes até que pudéssemos brincar;

Às enfermeiras do setor de internação e alta por deixar que eu pesquisasse no livro que estava sendo utilizado no momento;

Aos profissionais de saúde que contribuíram com a pesquisa, em especial aos da pediatria;

Aos adolescentes, a quem respeito muito;

À Tânia, funcionária responsável pela estatística, que se disponibilizou a me ajudar nos momentos em que lá estive;

À secretária Adilza por sua prontidão e boa vontade com a liberação de documentos sempre que necessários;

Aos professores do mestrado, em especial Maria Lúcia e Jairo Werner com suas aulas agradabilíssimas;

Aos professores Plínio e Gesmar, pela contribuição com seus conhecimentos, na construção do trabalho durante os seminários.

“Em um mundo que se fez deserto, temos sede de encontrar
companheiros (...)
Cada um que passa em nossa vida, passa sozinho, pois cada pessoa é
única e nenhuma substitui outra.
Cada um que passa em nossa vida, passa sozinho, mas não vai só nem
nos deixa sós.
Leva um pouco de nós mesmos, deixa um pouco de si mesmo.
(...) Tu te tornas eternamente responsável por aquilo que cativas”.

Antoine de Saint-Exupéry

RESUMO

Esta pesquisa tem como objeto de estudo o adoecer do adolescente sob a ótica da atenção integrada. Tendo como objetivos identificar as causas de entrada dos adolescentes no hospital; discutir a relação da equipe multidisciplinar no cuidado do adolescente no âmbito hospitalar. Sua metodologia foi quantitativa para enumerar quantos adolescentes entraram no hospital e o que os levou a isso e, uma pesquisa qualitativa-descritiva. O cenário foi o Hospital Universitário Antônio Pedro, localizado na cidade de Niterói. Os dados foram coletados através do livro de registros de internação e alta, entrevistas com os funcionários e questionário para os adolescentes. Para os resultados quantitativos foram feitas tabelas e quadros com frequência absoluta e percentual. Para os qualitativos foram agrupados em quatro categorias: dimensão do conhecimento sobre o PROSAD; relação profissional-adolescente; a capacitação do profissional e o espaço próprio para atender aos adolescentes; relação adolescente-profissional de saúde. Os resultados apontam que não há políticas próprias para os adolescentes, os profissionais não estão capacitados para atendê-los e reconhecem a necessidade de uma enfermaria própria para os adolescentes e uma equipe interdisciplinar. Os adolescentes diferenciam os cuidados dos diferentes profissionais e consideram os melhores cuidadores aqueles que atendem com atenção, com carinho. Com isso, podemos afirmar a importância da implantação das políticas de saúde para os adolescentes, juntamente com a capacitação dos profissionais, priorizando as peculiaridades daqueles, sendo assim, sua assistência será mais integral e humanizada.

Palavras Chaves: Adolescente, hospitalização, cuidado integral, políticas de saúde.

ABSTRACT

This research has as a purpose of studying the adolescent sickness under the prism of the whole attention. It has as purposes to identify the reasons of the access of adolescents in the hospital; to discuss the relation of the multidisciplinary team in the care of the adolescent in the hospital environment. Your methodology was quantitative to number how many adolescents entered in the hospital and the reason that brought them to this place and, a qualitative-descriptive research. It has happened in the Antonio Pedro Hospital, in the city of Niteroi. The data were collected through the registration book of interment and release, interviews with the employees and a questionnaire with the adolescents. For the quantitative results were done lists and boards with absolute and percentual frequency. The qualitative ones were formed a group with four categories: dimension of the knowledge about the PROSAD; relation between the professional-adolescent; the ability of the professional and the appropriate place to take care of the adolescents; relation between the adolescent and the health professional. The results show that they haven't any appropriate politics to the adolescents, the professionals aren't able to take care of them and admit the necessity of an appropriate infirmary to the adolescents and a interdisciplinary team. The adolescents discriminate the care of the different professionals and consider that the best caretakers are the ones that care with attention and affection. With reference to this, we can affirm the importance of the implantation of health politics to the adolescents, pointly with the ability of the professionals, giving priority to the peculiarities of them, and so their welfare work will be more complete and humanized.

Keywords: Adolescent, hospitalization, completed care, health politics

SUMÁRIO

CONSIDERAÇÕES INICIAIS	12
SITUAÇÃO PROBLEMA:	14
OBJETO DE ESTUDO:	16
OBJETIVO GERAL:	16
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	16
JUSTIFICATIVA:	16
CAPÍTULO I: ESTADO DA ARTE: A ADOLESCÊNCIA E SUAS VICISSITUDES	18
1 . REVISÃO DE LITERATURA	20
1.1 – UM SER CHAMADO ADOLESCENTE	20
1.1.1 - Busca de Identidade	22
1.2 – O ADOECER DO ADOLESCENTE	27
1.3 – CUIDAR DO ADOLESCENTE: UMA ESTRATÉGIA DA ATENÇÃO INTEGRADA	30
1.4 – A TRAJETÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE	35
1.5 – AS POLÍTICAS DOS ADOLESCENTES	38
CAPITULO II: REFERENCIAL METODOLÓGICO	42
2 - SOBRE O CAMINHO METODOLÓGICO	43
2.1 - O CENÁRIO:	44
2.2 - OS SUJEITOS:	45
2.3 – A AUTORIZAÇÃO:	46
2.4 - OS INSTRUMENTOS:	46
2.5 – A COLETA DE DADOS:	47
2.6 – A ANÁLISE DOS RESULTADOS:	48
2.6.1 - Dos resultados, dos dados e das informações	48
2.6.2 – Das dificuldades e das facilidades da coleta de dados e informações	50
CAPÍTULO III: ANÁLISE DOS RESULTADOS	52
3 – RESULTADOS E ANÁLISES	53
3.1 - RESULTADOS E ANÁLISE DA PRIMEIRA ETAPA:	53
3.2 - RESULTADOS E ANÁLISE DA SEGUNDA ETAPA	55
CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	78

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A fase da adolescência é considerada uma das etapas mais saudáveis da vida. Escapa dos problemas da infância, mas na realidade alguns adolescentes necessitam de um atendimento hospitalar e de cuidados peculiares.

A hospitalização é um momento difícil que requer adaptação e esta nem sempre é adequada e satisfatória para o cliente. Não importa a idade, seja criança, adulto, idoso ou adolescente, esta situação pode ser estressante e traumática pelo simples fato de se estar em um local desconhecido, fora do convívio cotidiano. Contudo, alguns elementos podem intensificar este momento, assim alterando o comportamento do sujeito internado. O despreparo do profissional de saúde em lidar com os adolescentes, a falta de um local específico para recebê-los, são fatores que fazem diferença na qualidade assistencial prestada. Portanto a hospitalização traz perplexidade e torna-se assustadora para a adolescência, sendo esta considerada uma fase mais saudável da vida do ser humano.

O adoecer é um momento difícil para o adulto e não é diferente para o adolescente, que possui suas necessidades e peculiaridades específicas. Para que o adoecer e a hospitalização do adolescente tenham respostas adequadas, é necessário, por parte dos profissionais, conhecerem essa fase do crescimento e do desenvolvimento, que é a adolescência; conhecer a estrutura familiar e o ambiente em que esse adolescente vive.

A fase da adolescência é caracterizada por suas rápidas transformações. Os hormônios sexuais atuam consideravelmente no crescimento biológico e seu desenvolvimento psicológico exige muitas adaptações. Não há uma estabilidade emocional. Em certo momento eles podem parecer bem, exuberantes, entusiasmados e, logo em seguida, aparecerem deprimidos e isolados. Esses são considerados estados normais de um adolescente.

O adolescente é aquele sujeito que está em franca mudança comportamental e ao ser hospitalizado será submetido às regras e normas institucionais, o que o faz sentir-se angustiado pela pressão dos cuidados e cuidadores.

Contudo, quando falamos de cuidados nos reportamos, não apenas, àqueles que receberam, mas também àqueles que irão cuidar. É preciso entender as necessidades dos adolescentes, mas também é necessário que os profissionais de saúde estejam abertos, aptos para prestar esse cuidado, não só pela patologia em si, mas pelas necessidades que emanam desses clientes.

Na tentativa de minimizar as dificuldades existentes na assistência ao adolescente, foram criadas políticas de saúde onde as estratégias visam atender às necessidades destes, assim como, o preparo do cuidador.

Sabe-se que existe uma distância entre o que se propõe e o que de fato acontece. Nem todas as instituições de saúde implementam as estratégias políticas propostas. Este fato dificulta a assistência na saúde, pois nestas políticas estão contidas estratégias de capacitação profissional para lidarem com determinados grupos específicos.

Poucas são as instituições que investem na proposta de uma assistência aos adolescentes. Nelas estão contidas o que é importante saber para então adequar os cuidados necessários a esta faixa etária. Está preparado e qualificado para tal cuidado, garante uma assistência mais adequada e humanizada, tanto para o cuidador quanto para o ser cuidado.

O Ministério da saúde, com suas políticas propõem uma assistência integral ao adolescente. Este considera o adolescente aquele que está na idade entre 10 e 19 anos. O Estado diz que para assistir ao adolescente é importante interagir com outros setores no sentido da promoção da saúde, da identificação dos grupos de risco, detecção precoce dos agravos, tratamento adequado e reabilitação dos indivíduos dessa faixa etária, sempre de forma integral, multifatorial e interdisciplinar (BRASIL, 1993).

A criação de políticas de saúde para o adolescente surgiu mediante os dados demográficos que, no ano de 1989, mostravam-se significativos que era em torno de 23,4% (BRASIL, 1993), e sua vulnerabilidade aos agravos de saúde, assim como fatores sócio-econômicos, culturais, educacionais etc, determinavam a necessidade de uma atenção específica e mais abrangente.

O Censo do IBGE (2000) mostra que a população nacional estava em torno de 169.872.856 habitantes e dentre estes estão os adolescentes entre 12 e 18 anos que representam 15% deste total.

Esta população está diante de uma série de agravos como a violência, incluindo os homicídios, acidentes de trânsito, violência doméstica, doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), uso de drogas e a gravidez precoce.

Afetam ainda a saúde do adolescente as questões referentes ao contexto social do nosso país. A situação econômica atual força uma evasão escolar em prol de um alto número de adolescentes no mercado de trabalho, em especial o informal.

Desta forma, vemos que as ações voltadas para a população em questão não se restringe apenas à área da saúde. Daí a importância da intersectorialidade no acompanhamento do adolescente.

É de conhecimento que as possíveis soluções para os problemas populacionais perpassam pelos setores sociais e econômicos com a participação da comunidade, por isso o MS considera importante o trabalho da equipe interdisciplinar nesse processo de integração com instituições e comunidades (ibid).

SITUAÇÃO PROBLEMA:

A doença, em geral, traz consigo uma fragilidade tanto física quanto psíquica, que exige do adolescente uma adaptação que, por sua vez, já está em dificuldades devido ser a adolescência uma fase de transição entre a infância e a fase adulta. As exigências emocionais são muito fortes, vive as perdas e conseqüentemente os lutos. Para se chegar a ser um adulto é necessário perder algumas características infantis.

Ao adoecer o adolescente fica mais fragilizado e essas exigências mais exacerbadas. A partir daí pensa-se que para se ter uma hospitalização menos traumática é necessário que a equipe de saúde, para receber e acolher o adolescente, compreender bem os seus anseios, suas necessidades que são peculiares a essa fase, esteja preparada.

Como se não bastasse o estresse de conviver com o desconhecido, soma-se a este as condições de saúde fragilizadas e, ainda, as ações terapêuticas impostas pela doença e realizadas pelos profissionais de saúde, muitas vezes dolorosas e traumáticas pela própria natureza do procedimento.

Com a hospitalização as dificuldades do adolescente podem aumentar, pois nesta fase há uma busca incessante de uma identidade. Sua permanência no hospital se dá em setores infantis ou de adultos. Não há um setor específico, onde ele possa sentir-se à vontade com seu grupo, o que o ajudaria no seu processo de identificação. É importante ressaltar que o

adolescente tem o direito de estar com um acompanhante durante sua internação, mas a falta do espaço físico próprio dificulta o cumprimento da lei. Art.12 : “Os estabelecimentos à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsáveis, nos casos de internação de criança ou adolescente”.

Ainda, também, o adolescente preocupa-se muito com a imagem corporal, e a internação o incomoda muito a partir do momento em que, assim, perde sua privacidade, fica impossibilitado de escolher suas próprias vestimentas, no caso de instituições que tenham roupas padronizadas. Algumas patologias podem deixar seqüelas, assim como, causar alguns danos físicos, sendo estes difíceis de serem aceitos.

A equipe de saúde precisa estar preparada para entender a linguagem do adolescente. Muitas vezes ele pode parecer agressivo, mas na realidade pode estar com muito medo. Caso o profissional esteja preparado, seu cuidado tornar-se-á diferenciado, pois seu acolhimento será adequado a real necessidade do adolescente. Caso contrário, o despreparo contribui para dificultar as ações interdisciplinares na saúde.

O preparo dos profissionais se inicia com as propostas de políticas que se volta para o cuidado específico com os adolescentes. Possuem sua linguagem própria, suas estratégias que visam minimizar o estresse da hospitalização.

Meu interesse em desenvolver este trabalho surgiu a partir do momento em que ao permanecer na enfermaria pediátrica, para a realização da pesquisa para meu trabalho de conclusão de curso*, percebi o quanto o adolescente parece deslocado no local. A linguagem do profissional de saúde é a mesma usada para com uma criança, o que me parece inadequada para este grupo. E quando o adolescente não ia para a Pediatria, era mandado para a Clínica Médica do HUAP, onde também tive a oportunidade de acompanhar um caso na Hematologia. Assim como, também, desenvolvi um trabalho intitulado: “O Adoecer do Adolescente no Contexto Hospitalar: um ambiente estranho” **, com a professora Doutora Marilda Andrade, que trata da hospitalização do adolescente.

Pude, com isso, perceber que em alguns momentos os profissionais de saúde tratam os adolescentes como crianças e em outros cobram deles uma atitude de adulto, como se houvesse uma padronização de como um adulto deve se comportar.

A partir deste momento dei início a algumas reflexões, como: Do que os adolescentes estão adoecendo? Como é para o adolescente permanecer em uma enfermaria que não é

* PAULA, L.H.A. **O Riso como Estratégia Terapêutica no Cuidar em Pediatria**. Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem. Apresentado em 10/02/04, na Universidade Federal Fluminense.

** PAULA, L.H.A et al. **O Adoecer do Adolescente no Contexto Hospitalar: um ambiente estranho**. Trabalho apresentado no 55º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Realizado de 10 a 15 de novembro de 2003, RJ.

específica para seu grupo etário? Como seria sua vivência hospitalar caso estivesse em uma enfermaria própria para adolescentes? Como a equipe de saúde poderia contribuir para minimizar o sofrimento de sua internação hospitalar? Os profissionais de saúde estão preparados para lidar com os adolescentes internados? Os profissionais conhecem as ações e políticas voltadas à assistência da juventude?

OBJETO DE ESTUDO:

O adoecer do adolescente e sua vivência hospitalar na ótica da atenção integrada.

OBJETIVO GERAL:

Analisar a relação entre o adoecer do adolescente e o contexto hospitalar na visão da equipe de saúde.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Caracterizar a causas de entrada dos adolescentes no HUAP;
- Descrever a relação da equipe de saúde no cuidar do adolescente no ambiente hospitalar.

JUSTIFICATIVA:

Este estudo tem sua relevância no que tange a importância do preparo do profissional de saúde em lidar com os adolescentes. No seu conhecimento das políticas de saúde para o acolhimento do adolescente hospitalizado o que o ajuda no cuidar e o que o torna diferenciado.

O profissional de saúde, quando ciente de sua importância enquanto agente terapêutico é capaz de minimizar o estresse de uma internação. Para isso, é necessário conhecer as necessidades peculiares à adolescência, o que facilita sua relação com o grupo e o que transforma a assistência, que passa a ser mais humanizada. A individualidade e a subjetividade de cada um deve ser respeitada. O adolescente precisa ser visto como um todo e

à medida que se estabelece uma boa relação com o profissional de saúde, sua internação, quando necessária, será melhor vivenciada, assim como, sua adaptação será mais tranquila, não exigirá tanto, pelo contrário, a boa relação passa a ser um grande aliado para diminuir o impacto da internação e para a recuperação da saúde.

A hospitalização, para os adolescentes, pode ser um momento angustiante, pela própria doença em si, o que pode ser reforçado por ora estarem internados na pediatria, ora na clínica de adultos e por eles estarem sob cuidados de profissionais despreparados pela falta de conhecimento das peculiaridades da adolescência, tratando-os como crianças ou como adultos esclarecidos. Daí a importância de se ter um local específico para recebê-los e profissionais preparados para assistí-los. A falta de preparo inclui a capacitação técnica, a vontade afetiva e os recursos físicos e ambientais.

A partir de então este trabalho vem mostrar a importância da pesquisa em saúde, pois esta é um complexo processo que necessita de investigações e explicações que esclareçam suas diferenças, sua história, determinação, modelos de intervenção, sendo de caráter não apenas objetivo e material, mas também, subjetivo, individual ou coletivo.

Segundo Lopardi (2001, p.31) “... ao se tratar da saúde de pessoas, há que se considerar a própria produção da sua subsistência, no interior das relações múltiplas que elas constroem na sua formação social e cultural, o que lhe atribui história”.

Não é possível vislumbrar uma pesquisa em seres humanos sem pensar e falar de sua subjetividade, de sua individualidade. Por isso, a necessidade de se conhecer as peculiaridades dos adolescentes. Sendo assim, sua linguagem tornar-se-á mais clara e evidente para o profissional de saúde e, conseqüentemente sua saúde será vista de forma integral.

CAPÍTULO I

ESTADO DA ARTE: A ADOLESCÊNCIA E SUAS VICISSITUDES

“A maior liberdade do ser humano é a liberdade de escolha, mas sua maior qualidade é a disciplina para realizar as escolhas”.

Içami Tiba

1. REVISÃO DE LITERATURA

1.1 – UM SER CHAMADO ADOLESCENTE

A adolescência sofre fortes influências dos aspectos sócio-culturais e sua evolução independe das circunstâncias, ou seja, todo adolescente, de qualquer área geográfica passará por transformações biológicas (hormonais), psicológicas, assim como, sofrerá influências sócio-culturais.

Deve-se pensar que as condutas que, para a sociedade pode parecer anormal, na adolescência são normais. Condutas estas que implicam na busca de uma identidade e de uma liberdade; o desafio de superar suas perdas infantis (corporal e psicológica), a aceitação de sua imagem corporal; sua regressão e agressividade diante de situações desconhecidas, novas, vivenciar o luto dos pais infantis.

Neste período, o adolescente necessita desprender-se de sua auto-imagem infantil. Obriga-o a reformular seus conceitos acerca de si mesmo, o que o torna vulnerável. Esta vivência será marcada pelas peculiaridades de sua cultura que o favorecerão ou dificultarão, de acordo com as circunstâncias. Estes deverão aceitar sua nova condição de adulto, sua morfologia, sua capacidade de procriação, suas responsabilidades.

A estabilidade da personalidade de um adolescente se dá mediante sua aceitação da perda da identidade infantil. Aberastury (1981, p. 27) diz que: “a estabilização da personalidade não se consegue sem passar por um certo grau de conduta patológica, que devemos considerar inerente à evolução normal desta etapa da vida”.

A normalidade é determinada de acordo com a relação com o meio sócio-econômico, político e cultural. Busca-se adaptar-se da melhor maneira, usando de estratégias que facilitem esta adaptação. Por ainda não ter sua personalidade determinada, o adolescente sofre com rotulações: é aquele que desafia, que não tem disciplina, nem regras, que aborrece, irrita; acaba tendo condutas marginalizadas pela sociedade, quando na verdade ele está em busca de uma integração com a nova situação e nova personalidade.

Suas agressões e rebeldias são frutos de sua tentativa de resolução de conflitos da dependência infantil para sua independência.

Ana Freud¹ (1958) apud Knobel (1981, p.27) diz que “é muito difícil assinalar o limite entre o normal e o patológico na adolescência...”, e considera que na realidade toda comoção neste período da vida deve ser considerada como normal, assinalando também que seria anormal a presença de um equilíbrio estável durante o processo da adolescência.

Os adolescentes passam por momentos de desequilíbrios e instabilidades intensas e extremas, o que configura uma anormalidade, sendo que essa anormalidade é necessária no processo da adolescência. É chamada de “Síndrome normal da adolescência” (ABERASTURY & KNOBEL, 1981). Neste processo o adolescente está buscando sua identidade.

Esse desequilíbrio desnorreia os adultos que começa a introduzir conceitos como: crise, etapa aborrecente etc.

O processo da adolescência é marcado por uma disputa entre o mundo adulto, o qual o adolescente tem que enfrentar, até porque o desconhece, e o mundo infantil, onde estava comodamente vivendo. A perda do mundo infantil inclui a perda da exclusiva atenção, da satisfação de suas necessidades básicas.

O adolescente precisa realizar três lutos fundamentais: o luto pelo corpo infantil, que é a base biológica da adolescência mas que tem uma representação fundamental na psique do adolescente, vindo de forma imponente, fazendo com que o adolescente vire um mero espectador desta mudança; luto pelo papel e identidades infantis, isto é, obriga o adolescente a assumir responsabilidades e perder as dependências existentes; o luto pelos pais da infância, que o faz protegê-los em sua personalidade. Momento difícil também para os pais, que já deverão reconhecer-se envelhecendo. Perde-se, também, a bissexualidade infantil.

A partir destas perdas, fica caracterizado o confundimento do adolescente diante de quem realmente ele é seguido de uma busca de identidade.

¹ FREUD, A. Adolescence, en R. Eissler y otros: *The psychoanalytic study of the child*. New York, International University Press, XIII, 1958.

Este processo não afeta apenas aos adolescentes, mas também aos adultos. É difícil para os pais aceitarem as flutuações imprevistas do adolescente sem comover-se, já que reeditam suas ansiedades básicas, as que tinham sido controladas até certo ponto. Pode-se dizer que esta idade é a mais apta para sofrer os impactos de uma realidade frustrante. Acredita-se que o meio tenha uma influência muito forte na personalidade do adolescente. O meio poderá determinar como o adolescente se apresentará diante de suas transformações. Sabendo que, não se pode condicionar o meio externo como sendo responsável único no processo evolutivo do adolescente.

As mudanças biológicas são avassaladoras, rápidas e invasoras, o que não acontece com as mudanças psicológicas que são muitas vezes imperceptíveis, mais lentas. É preciso que o adolescente se familiarize com as mudanças biológicas, amadurecendo, também, as relações externas (sociais, familiares) e harmonizando sua estrutura psíquica para que se consiga conhecer sua nova identidade. Para isso, deve-se renunciar e viver seus lutos, juntamente com seus pais que também estão perdendo seus filhos infantis e que conseqüentemente precisam renunciar suas ideologias criadas para os filhos e refletir sobre envelhecimento, morte etc.

Muitas vezes, o adolescente é visto como aquele que está em crise, mas não podemos esquecer que os pais também estão, pois eles estão perdendo os filhos infantis e nascerão sujeitos que os criticarão, não os vendo mais como pais super-heróis e perfeitos.

Os adultos tentam lhe impor valores, os quais eles não querem aceitar. Pelo contrário, os adolescentes querem adaptar o mundo externo às suas necessidades, por isso a busca por reformas sociais.

Com todas essas mudanças, o adolescente se sente ameaçado, invadido, atacado, indefeso, fazendo com que ele reaja sem a menor consciência do que de fato deve fazer.

Aberastury (op.cit., p.19): “A violência dos estudantes não é mais do que a resposta à violência institucionalizada das forças de ordem familiar e social”. O mundo dos adultos deseja impor os seus valores de forma a não possibilitar nenhum tipo de contestação dos jovens. Daí a rejeição e a revolta contra os adultos e tudo que lhe é imposto.

Neste período é comum o adolescente vivenciar momentos de instabilidades extrema como elação, introversão, audácia, timidez, descoordenação, urgência, desinteresse ou apatia, conflitos afetivos, crises religiosas, intelectualizações, ascetismos.

Quando consegue elaborar seus lutos os conflitos diminuem e sua normal anormalidade torna-se menos perturbadora. Características presentes: busca de si mesmo e da identidade, tendência grupal, necessidade de intelectualizar e fantasiar, crises religiosas,

deslocalização temporal, evolução sexual manifesta, atitude social reivindicatória, contradições sucessivas de conduta, separação progressiva dos pais, flutuações no humor.

As nossas estruturas institucionais, nosso convívio social estabelecem normas de condutas através dos adultos, ou seja, estes são os reagentes da nossa maneira de agir; os adolescentes são os reflexos do adulto.

1.1.1 - Busca de Identidade

A identidade é marcada de acordo com o momento evolutivo. É preciso olhar a adolescência como um momento atual e não apenas como uma preparação para a vida adulta.

O fato de saber que poderá procriar faz com que surjam conflitos com sua identidade. O conceito de si mesmo implica no conhecimento individual e social, pois o mesmo acontece em todas as etapas da evolução, sendo que com menos intensidade. Neste contexto o corpo assume um papel relevante.

Knobel (1981, p.30) diz que: “o corpo e o esquema corporal são duas variáveis intimamente inter-relacionadas que não devem desconhecer-se na equação do processo de definição de si mesmo e da identidade”.

O esquema corporal é a representação mental que o sujeito faz de seu próprio corpo como consequência de suas experiências em contínua evolução. Neste momento é importante conhecer o processo de luto vivido pela perda de seu corpo infantil.

Sherif e Sherif² (1965) apud Knobel (ibid, p.31) diz que: “este auto-conceito vai se desenvolvendo à medida que o sujeito vai mudando e vai se integrando com as concepções que muitas pessoas, grupos e instituições têm a respeito dele mesmo...” concomitantemente vai se formando este sentimento de identidade.

Todas as experiências vividas por ele devem ser integradas às novas de maneira contínua, onde, então, dar-se-á a construção de sua identidade. É necessário que haja uma continuidade e semelhança de si mesmo, pois a identidade se constrói através do já existente e das vivências atuais. Não significa ser um sistema fechado, interno, pelo contrário é um processo que sofre várias mudanças.

A busca pela identidade requer cuidados, pois o jovem pode buscar uma identidade positiva, assim como, pode ser uma negativa, pois ele acreditará que é melhor identificar-se

² SHERIF, M. y SHERIF, C. Problems of youth: transition to adulthood in a changing world. Chicago, Aldene Publishing co. 1965.

com alguém perverso a não ser nada. Para que ocorra de maneira positiva é necessário que sua aquisição da identidade infantil e seu luto pela perda do mesmo aconteçam tranquilamente, pois poderá tornar-se patológico na adolescência.

Entretanto, esta vem acompanhada de uma angústia que tenta acelerar o tempo como se isso fosse fazer com que os jovens adquirissem sua identidade e sua maturidade mais rapidamente. Em parte, sua vida sexual precoce é decorrente desta ansiedade que gera a angústia.

É preciso citar as identidades transitórias que também estão presentes nesta etapa e que muitas vezes causam uma confusão nos adultos. Essa transitoriedade é característica e acontece devido ao processo de separação das figuras parentais, até que se tenha sua identidade independente.

A adolescência impõe constantes reestruturações externas e internas onde o adolescente precisa voltar a sua infância ao mesmo tempo em que se projeta na fase adulta. Este é o processo de conquista de sua própria identidade.

Para que o jovem sinta sua integridade precisa sentir a continuidade progressiva do que foi, anteriormente, na sua infância e no que tornar-se-á. Essa integridade se ajusta a partir do que cada um percebe de si mesmo juntamente com o que os outros o vêem.

A busca de identidade faz com que o adolescente deseje uniformidade, o que proporciona segurança e auto-estima, daí a necessidade de estar em grupo. É este grupo que reforçará os aspectos mutáveis do ego que acontecem neste período da vida.

O grupo passa a ser o suporte. A dependência familiar deixa de existir intensamente. Após sua passagem pelo grupo é possível começar a sua separação da turma e dar-se-á, então, a sua individualização. Seus aspectos mutáveis do ego serão reforçados pelo grupo.

A passagem entre os atributos infantis e a aquisição de responsabilidades exigidas aos adultos, requer certa atenção, pois esta despersonalização poderá acarretar danos na identidade dos adolescentes. E o grupo é que o ajudará a suportar essa mudança.

“Aceitar a perda da infância significa aceitar a morte de uma parte do ego e de seus objetos para poder localizá-los no passado”.....quando se nega a passagem do tempo, pode-se conservar a criança dentro do adolescente como um objeto morto-vivo. Isto está relacionado com o sentimento de solidão tão típicos dos adolescentes.....a tentativa de negar a perda do corpo e do papel infantil, especialmente, provoca modificações no esquema corporal que se tenta negar na elaboração dos processos de luto normais da adolescência...”. (ABERASTURY, 1981, p.43)

É importante sabermos que a família é a primeira instituição com que o adolescente se depara e conseqüentemente sofre fortes influências.

As figuras parentais carregam consigo as primeiras identificações, o que não descarta as identificações que ocorrem através do meio em que se vive.

Cabe ressaltar que a conduta principal do jovem é a ação. Até o pensamento precisa ter uma ação e, assim, ser controlado. Essa é a maneira pela qual ele consegue se expressar.

Os mecanismos que mais estão presentes na personalidade dos adolescentes são a introjeção e a projeção. É uma personalidade permeável, por isso sua atitude muda sempre, mas de certa forma é considerada normal esta anormalidade. Aquele que não apresenta esta flexibilidade deve-se ficar atento, pois pode ser considerado doente.

Entretanto, esta flexibilidade de conduta que o adolescente possui é insuportável para os adultos. Estes são incapazes de aceitá-los com esta conduta, por isso exigem que os adolescentes se comportem como adultos. Eles não aceitam as identidades transitórias, contraditórias.

Estas contradições são utilizadas como defesa, facilitando a elaboração dos lutos típicos deste período da vida o que ajuda a caracterizar a identidade adolescente.

A fase em que determina a separação dos pais é a da genitalidade. Neste momento, os aspectos biológicos têm um papel forte na identidade do adolescente.

Por isso, é importante ressaltar que muitas vezes essa separação se torna mais difícil, devido à dificuldade que os pais têm de encarar o crescimento do próprio filho. Não conseguem compreender as mudanças de humor que são típicas da adolescência, cujos sentimentos de ansiedade e depressão são os mais aparentes.

“O adolescente é um ser humano que quebra em grande parte as suas conexões com o mundo externo, não porque esteja doente, mas porque uma das manifestações da sua crise de crescimento é o afastamento do mundo para se refugiar num mundo interno que é seguro e conhecido” (ibid, p.69).

O adolescente precisa estar só em seu mundo interno para, então, agir no mundo externo. É como se a adolescência desse a oportunidade de errar: esquecer de estudar para a prova etc. A adolescência é um momento bom. Ser contestador pode produzir um adulto adaptado.

Nesta fase há uma alternância no pensamento entre o lógico e o mágico. Esta oscilação ainda traz uma confusão já que não eliminou de todo a magia dos acontecimentos.

Segundo Campos (1986, p.45): “o reconhecimento da realidade e o inconformismo com a mesma são motivos de sofrimento e de angústia para o adolescente...”.

A busca pela maturidade emocional faz com que se alcance a satisfação de seus impulsos e desejos juntamente com as exigências sociais. Para que isso aconteça de maneira equilibrada é necessário que seu processo de crescimento e desenvolvimento aconteça razoavelmente bem. Aqui há influências de experiências anteriores. Seu ambiente familiar torna-se a base fundamental neste processo de amadurecimento. “[...]as emoções são as forças que motivam todo comportamento[...].” (ibid).

Os adolescentes vivem vários desafios: preparação profissional e independência econômica; formação de atitudes maduras para com o sexo e estabelecimento de interesses heterossexuais; busca do significado e finalidade da vida; descoberta de seu eu e de seu lugar no mundo, independência no lar e estabelecimento de novas relações fora do grupo familiar. Estes se tornam difíceis, pois a permeabilidade e sua instabilidade de personalidade permitem que isso aconteça.

Para que o processo de amadurecimento se dê de maneira adequada, é necessário que o adolescente se identifique com o grupo, isso lhe dará segurança.

Campos (ibid, p.57): “[...]as moças e rapazes necessitam de companheiros da mesma idade, com quem possam partilhar interesses, valores, alvos e manter uma relação de dar e receber, de forma sadia e mútuo respeito”.

Quando da falta do grupo de identificação, o adolescente vivenciará fortes emoções que dificultará as vivências de controle emocional, já que este ainda não está amadurecido o suficiente para saber quem de fato ele é.

O conceito de adolescência varia muito de cultura para cultura. Em algumas tribos esse período não existe. As crianças são consideradas como tal, até que ocorram as maturações e alterações biológicas, o que caracteriza sua passagem para o mundo adulto.

Para os ocidentais, a adolescência é encarada como um momento de transição que vai da infância até a idade adulta. As transformações são muitas e rápidas. Inclui a maturação física, cognitiva, emocional e social. Possui três subfases: adolescência inicial (11 a 14 anos); adolescência média (15 a 17 anos); adolescência tardia (18 a 20 anos).

As mudanças são muito rápidas no que diz respeito ao desenvolvimento biológico. Os hormônios sexuais começam a atuar de forma considerável no corpo do adolescente. Há um crescimento físico tão acelerado que pode causar expectativas no adolescente em relação a sua imagem corporal.

No que diz respeito ao desenvolvimento psicossocial, um autor chamado Erik Erickson sustenta a idéia de que essa “crise” no desenvolvimento leva o indivíduo à formação de identidade. Ele considera o desenvolvimento humano como um ciclo vital e as crises que se dão a partir da adolescência, que coincidem com a fase genital de Freud são: identidade x confusão de papéis; intimidade x isolamento; integridade de ego x desesperança.

Na adolescência, cresce no indivíduo, a necessidade de pertencer a um grupo, o que faz diferenciá-los de seus pais. Essa diferença se dá através das roupas usadas, das músicas, linguagem, dança etc. Junto com a busca de identidade com um grupo, se dá também a identidade pessoal. As mudanças corporais vão fazendo com que os adolescentes comecem a ter autoconsciência.

“é característica do adolescente adotar identidades diferentes durante este processo crítico que antecede suas definições. Estas múltiplas identidades constituiriam para o adulto um processo patológico, mas fazem parte de um quadro normal da adolescência” (KNOBEL apud RAPPAPORT, 1982).

Devemos citar que a adolescência é o período em que se irá consolidar, no indivíduo, o seu papel sexual, a sua identidade sexual. O grupo tem um papel fundamental neste momento, pois nos encontros, nas festas, estarão presentes os sexos opostos, o que proporcionam um estreitamento nas relações heterossexuais.

O teórico Piaget³ (1939) apud Rappaport (1982, p. 69), fez um estudo do desenvolvimento cognitivo e diz que: “na adolescência há a capacidade de realizar operações lógicas ao nível das idéias, desvinculando-se do palpável ou do concreto”. Desde criança vem se construindo um caminho de pensamento que permite o adolescente pensar desta maneira. Neste período se é possível formular hipóteses sem se chegar a verdadeiras conclusões. Ele chama este estágio de “operações formais”.

Se for possível pensar além do presente, podem-se imaginar eventos que poderiam ocorrer; algo que gostariam que acontecesse. Os adolescentes pensam e repensam sobre os mistérios da natureza, tentam buscar respostas possíveis e impossíveis para resolução de situações difíceis, enfim, são capazes de idealizar, refletir com as situações concretas.

³ PIAGET, J. *The moral development of the child*. New York, Macmillan, 1939.

1.2 – O ADOECER DO ADOLESCENTE

A concepção do processo saúde-doença, tem sua trajetória na história que se inicia na antigüidade, onde há a crença mágico-religiosa. Neste paradigma o adoecer era o resultado de transgressões individual ou coletiva. Para que houvesse a libertação dos doentes era preciso de rituais, que variam de acordo com o contexto cultural. Seus líderes eram os feiticeiros, sacerdotes e xamãs. Os responsáveis pela prática médica eram obrigados a acatar as forças sobrenaturais.

Um outro paradigma é o dos pressupostos hipocráticos que traz avanços significativos nas concepções diagnóstico-terapêuticas, que predominou durante quase toda idade média.

O médico Galeno inspirou-se nas idéias de Hipócrates. Sua idéia central estava na visão da fisiologia dos humores que podiam sofrer influências internas, estas ligadas à constituição e predisposição individual. E as externas, referentes a excessos alimentares, sexuais ou de exercícios físicos e até mesmo, conjuntos.

Seu diagnóstico levava em consideração, além do cuidadoso exame do doente, o conhecimento do seu estado quando sadio, seu temperamento, regime de vida, alimentação, além das condições ambientais e a época do ano (BARROS, 2002). Sua terapêutica, ainda contemporânea, baseia-se no potencial curativo dos medicamentos.

Em seguida a este paradigma vem à contribuição de Paracelso, que considera a influência do micro e do macrocosmo na saúde. A doença era determinada por influências cósmicas, além de substâncias tóxicas e venenosas, bem como a predisposição do próprio organismo e das motivações psíquicas (BARROS, 2002). Dentre suas contribuições terapêuticas estão: o tratamento de feridas e úlceras crônicas que se baseava no poder curativo da natureza; o reconhecimento do bócio e do cretinismo como decorrência de deficiências minerais; a utilização de compostos de mercúrio no tratamento da sífilis etc.

O modelo que predomina até hoje é o biomédico. Aqui, a doença passa a ter uma descrição clínica dos achados. Este período foi rico em descobertas como estudos anatômicos de Vesalius; circulação sanguínea de William Harvey; o papel das bactérias; a vacina anti-rábica.

A teoria microbiana tem uma forte fundamentação que predomina e, com isso, causa certa descrença nas concepções que destacavam a multicausalidade das doenças e que valorizavam a participação dos fatores de ordem sócio-econômica.

Este modelo impossibilitou a compreensão dos componentes psicológicos ou subjetivos que acompanham, em menor ou maior grau, a doença. Este tipo de atenção faz com que os médicos trabalhem com o cartesianismo e mantenha um olhar objetivo sobre o doente.

Sendo assim, o sujeito torna-se fragmentado e, conseqüentemente a relação médico-paciente também está. Sabe-se que uma boa relação estabelecida contribui para uma boa recuperação da saúde. Com essa fragmentação o ser humano passa a ser visto por seus pedaços e não por um todo. São exaltados aspectos de ordem quantitativa. O que tem valor, aqui são os efeitos e as conquistas que os remédios podem alcançar.

Já na Medicina Oriental os médicos possuem uma sensibilidade e valoriza os aspectos qualitativos. O ser humano é visto como um todo.

O adoecer do ser pode ser expresso de diferentes maneiras, o que irá determinar é o contexto onde ele vive. Por isso, a leitura que se faz de um adolescente quando se dá entrada a um hospital, deve-se levar em conta sua história e seu contexto social.

Para a área biomédica, o corpo é apenas o depósito de processos biológicos que podem indicar saúde ou doença.

O conceito de saúde e doença é construído de acordo com a sociedade. O corpo apresenta seus signos para comunicar-se, enquanto o profissional de saúde tenta diagnosticar diante do que vê e do que o doente relata. Sendo assim, é de fundamental importância que se faça um exame clínico, sabendo que há todo um significado que perpassa pelos sinais e sintomas apresentados.

A escuta do profissional de saúde para com o doente deve ser singular à medida que este relata seus sintomas, pois neles estão contidos seus valores e seu contexto social.

Segundo Minayo & Alves (1994, p.102): “...o corpo pode ser tomado como um suporte de signos, ou seja, suporte de qualquer fenômeno gerador de significação e sentido”.

A comunicação entre adolescente cujo corpo adocece e o profissional de saúde, deve ser a mais compreendida possível, pois já existe a linguagem corporal, juntamente com toda a turbulência emocional e física que é inerente à adolescência. Esta linguagem, por si só, já é de difícil compreensão, o que a torna mais fácil para o adolescente, que está num momento de inúmeras transformações.

O fato do corpo (doente ou saudável) pertencer a um contexto social faz com que pensemos na importância das representações sociais deste corpo. Minayo & Alves (op.cit., p.104) dizem que: “...qualquer alteração na qualidade de vida, como por exemplo, quando o indivíduo não consegue trabalhar, comer, dormir ou realizar qualquer outra atividade que habitualmente está acostumado, implica estar doente”.

Para o adolescente torna-se um agravante, pois o mesmo ainda não tem uma estruturação da sua imagem corporal totalmente definida, o que o torna inseguro tendo um corpo doente, quando na verdade ele ainda não conhece o seu verdadeiro corpo, que carrega consigo a sua identidade que ainda busca e, o que de fato ele representa socialmente.

O conflito emerge da imagem de um corpo idealizado, que se faz através dos valores estéticos transmitidos e de um corpo real que ainda sofre mudanças físicas que talvez não atendam a este corpo idealizado.

A não estruturação de sua imagem corporal influencia na identidade do Eu (adolescente). As transformações que ocorrem, fisicamente, fazem com que eles sintam este corpo como não pertencentes a si. Então, sabe-se que o corpo carrega consigo experiências subjetivas e emocionais desse ser que está em transformação.

Cano et al (1999) diz que:

“Existe uma grande dificuldade do adolescente em integrar todas as alterações que vêm ocorrendo em seu corpo, às vezes este lhe dá a sensação de não lhe pertencer[...].Não é somente a imagem do físico, mas toda representação de si mesmo[...].imagem corporal e identidade estão fortemente associados”.

As transformações físicas acontecem e a falta de identidade faz com que os adolescentes sintam-se angustiados e preocupados o que pode deixá-lo um pouco afastado do convívio social. O isolamento faz parte da busca de identidade.

O adolescente está extremamente sensível às mudanças corporais. Este pode ter problemas como a obesidade, o uso de óculos, excesso de pêlos, aumento passageiro dos mamilos (nos homens), seios muito grandes ou muito pequenos (nas mulheres) etc. Isso pode deixá-lo desvalorizado, levando-o a isolar-se, ou até mesmo, à depressão. Sendo que é importante enfatizar o quanto este conflito é normal na adolescência. É transitório e solucionável. A atenção e a preocupação devem existir quando há um agravante desses aspectos a ponto de impedi-lo de viver. Neste momento é importante o auxílio de um profissional capacitado para ajudá-lo.

Diante da nova imagem corporal, que traz angústia, está a perda do corpo infantil. Na realidade o sofrimento é duplo, por isso a sensação de perda de si mesmo. Ser adolescente é viver entre o ser e o não ser.

Segundo Outeiral⁴ (1994) apud Cano et al (1999):

“o corpo assume um importante papel na aceitação ou rejeição da turma. O adolescente começa a perceber se seu corpo corresponde ou não ao corpo idealizado para si e também para o grupo de iguais, e via de regra, é através da identificação e comparação com outros adolescentes, que ele começa a ter uma idéia concreta de seu esquema corporal”.

A construção da identidade pessoal na adolescência inclui necessariamente a relação com o corpo. Com isso, os profissionais de saúde ao interessar-se em conhecer, em analisar os aspectos do corpo que são mais valorizados para os adolescentes, estão contribuindo para a promoção da saúde que está mais voltada à realidade da adolescência. Isto é, estar aceitando o adolescente como um ser único e peculiar.

1.3 – CUIDAR DO ADOLESCENTE: UMA ESTRATÉGIA DA ATENÇÃO INTEGRADA

A história da medicina dos séculos XVII e XVIII se inicia com uma preocupação de cuidados voltados para população que tenha condições econômicas melhores. A população de um modo geral não era alvo de preocupação. A partir da Revolução Industrial, o cuidado volta-se para o corpo do trabalhador, pois dele dependia o progresso econômico do sistema capitalista vigente.

A medicina da época era uma medicina da exclusão. Afastavam-se os leprosos da cidade, internavam-se os loucos e malfeitores para manter a cidade purificada.

Os pobres iam para os hospitais a fim de obter uma assistência de quem está morrendo, mas também, tornava-se perigoso para sociedade, pois era portador de uma doença que poderia contagiar a outros. Ainda no século XVIII o hospital não era local onde se curava e sim aquele que excluía e separava os pobres do resto da sociedade. E como eles estavam morrendo, dava-se uma assistência espiritual.

As pessoas que trabalhavam nos hospitais, que eram religiosos e leigos, não estavam voltadas para a cura dos doentes e sim, preocupados com sua própria salvação. Não havia uma função médica para essa assistência.

⁴ OUTEIRAL, J.O. *Adolescer: estudo sobre adolescência*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

Neste hospital havia leprosos, loucos, devassos, prostitutas, ou seja, não havia uma separação de doentes era, apenas, um depósito de pessoas que causariam transtornos na ordem social.

Vê-se, então, que a medicina era exercida fora do âmbito hospitalar. Medicina e hospital eram diferenciados. O hospital possuía um saber diferenciado do da medicina.

A organização hospitalar vem a partir de um contexto sócio-econômico, onde o trabalhador precisava ser atendido quando acometido por alguma doença, pois este era força de trabalho e, se estivesse doente, não haveria produção.

A preocupação começou com o aparecimento das epidemias que tinham sua porta de entrada a área marítima, por isso a fiscalização e a disciplina foram implementadas nos hospitais marítimos, primeiramente. Então, a partir daqui, a preocupação estava na disseminação das doenças que atrapalhariam o mercado financeiro.

Os hospitais, ainda administrados por religiosos, passam a ter um olhar voltado para a cura. Os médicos começam a falar a linguagem de uma disciplinarização do espaço para cada indivíduo, já não é mais esperado que se tenham um dormitório para mais de um, como era o caso. Surgem, então, os leitos.

A nova roupagem hospitalar, com a disciplina, permite a vigilância constante dos indivíduos. Esta disciplina é confiada ao saber do médico. Nesta época dar-se-á início ao saber e a prática médica. O hospital passa a ser um local de estudo da medicina e não mais um depósito de excludentes.

É através da observação contínua, desse novo espaço terapêutico, que o hospital passa a ter sua organização voltada para a formação e transmissão do saber. Surge a clínica como dimensão essencial do hospital.

O modelo capitalista, até hoje, mais fortemente, estimula o homem a produzir mais e, com o avanço tecnológico e médico isso se torna agravante, pois o indivíduo passa a ter seu adoecimento como objeto de estudo e de publicações. O verdadeiro sentido de sua doença e de seu sintoma se perde diante da busca incansável de mais tecnologia.

O que importa, neste adoecer, é a produção, o número, o uso dos equipamentos de última geração, a medicação. Não importa o ato de ser cuidado e de cuidar, pois há um esvaziamento do sujeito sob a doença. Tanto a doença quanto esse sujeito esvaziado passam a ser objetos das ações de saúde, que levaram a grandes experimentações e publicações.

Com isso, há um distanciamento do olhar para e com o outro. Não há mais uma atenção voltada para o cuidado. No âmbito hospitalocêntrico não há este cuidado ao cuidar, pois suas preocupações estão direcionadas para os resultados científicos numéricos.

O método científico tem suas bases nas disciplinas que traz consigo a delimitação de um objeto de estudo aludindo a uma ilusão do saber completo. Quanto mais especializações, mais fragmentado se torna o sujeito que adoeceu. Sendo assim, a visão do adoecer em vez de multifatorial, onde se inclui a história do sujeito, os agentes e fatores circunstanciais, sua história orgânica, sexual e sua inserção social são desprezadas e o que tem valor é a causalidade única.

Atualmente fala-se de uma prática integral de assistência. A integralidade permeia diferentes significados. Ela permite pensar na interação dos sujeitos (profissionais de saúde) no seu dia-a-dia em suas práticas de saúde. Abrange os atos preventivos, curativos, sendo estes individuais ou coletivos de diferentes níveis de complexidade.

Na visão dos que buscam atendimento, a integralidade tem uma relação estreita com a forma do cuidado. É ser tratado com dignidade e respeito, tendo como base da qualidade da assistência o acolhimento e o vínculo estabelecido.

Este conceito vai além das práticas de saúde. Alcança uma prática social. Busca uma construção social através dos valores individuais e coletivos.

Entretanto, para que a conquista, desta prática, seja efetiva é necessário que haja uma conformidade na equipe dos profissionais que prestam a assistência. Contudo, é necessário que a capacitação dos sujeitos da prática aconteça, pois assim, há um reconhecimento e uma valorização de seu trabalho.

Faz-se necessário reconhecer os valores e o contexto social de cada usuário, assim como, o de cada profissional e os seus diferentes locais de trabalho.

Desta maneira, deve-se pensar na saúde com políticas que permitam a participação ativa dos usuários. A política estreita o contato da saúde com a democracia e a cidadania.

Na realidade não é o que se vê. Os cidadãos não exercem sua cidadania e isso fica evidente quando se sentem agradecidos por terem sido atendidos, quando na verdade a saúde é o direito de todos. Os sujeitos precisam saber que o direito é um instrumento de mudança social.

Pinheiro (2005, p.60) propõe:

“a integralidade como princípio educativo[...] aumenta a porosidade institucional da gestão em saúde às demandas sociais, auxiliando na elaboração de respostas mais eficazes aos problemas de saúde da população, além de produzir aprendizado institucional aos dois campos de exercício da cidadania: o direito e a saúde”.

As políticas criadas buscam uma interação entre os saberes para que desta forma o sujeito possa ser visto como uma totalidade.

Com as especializações o saber torna-se esfacelado, assim como também, as relações. Não dá para imaginar um ser cuidado sem um cuidador e para que o cuidado aconteça, efetivamente, é necessário que se estabeleçam relações.

Japiassu (1976, p.14) diz: “Quanto mais se desenvolvem as disciplinas do conhecimento, diversificando-se, mais elas perdem o contato com a realidade humana”.

A partir de então, a interdisciplinaridade vem propor um questionamento sobre estas relações, no sentido do interagir, do comunicar, do trocar e reafirmar a importância das diferenças, da individualidade e especificidade nas relações profissional de saúde-paciente e interprofissional.

Parte-se, então, para a formação de equipes de integração, onde a hegemonia do poder não é possível. Cria-se um espaço para discussões que incluem a subjetividade do sujeito, o conflito nas relações interpessoais, a afetividade, ou seja, há uma troca de saberes essencial para o entendimento da condição de ser humano.

É preciso ter cuidado com o preconceito, o que nos impede de vivenciar e de ter uma visão mais aberta para as situações.

A interdisciplinaridade é um desafio, investe na formação de vínculos e laços sociais; propõe uma troca entre os profissionais que possibilita um novo aprendizado e, conseqüentemente, uma mudança de referencial teórico prático de cada categoria profissional.

A articulação dos saberes permite a diminuição da fragmentação, o que possibilita uma visão mais integral e compreensiva do binômio saúde-doença; facilita a compreensão deste ser-cuidado. Entretanto, é necessário que o profissional tenha uma escuta diferenciada, não apenas com aquele que necessita de cuidados, mas também com os outros profissionais. “A dificuldade de ouvir o outro e com ele interagir aparece também nas relações interprofissionais”, disse Pinheiro (op.cit., p.82).

O modelo biomédico organizou-se de maneira a privilegiar a tecnologia que explora os aspectos biológicos, sendo assim, a objetivação do cuidado torna-se mais evidente, o que diminui a valorização do sujeito e de seu contexto vivido em relação a sua doença.

A equipe de saúde deve ser conhecedora de que cuidar em saúde significa encontrar-se com pessoas em sofrimento e necessitadas. Os profissionais são aqueles que trazem consigo o conhecimento específico e os instrumentos que podem ajudar na solução dos problemas dos necessitados. Sendo que, para se alcançar a solução é preciso que haja o encontro e este é

mobilizado por sentimentos, emoções, identificações que podem contribuir ou não na assistência, no cuidado.

Com o adolescente a assistência não deve ser diferente, pois necessita de uma maior complexidade, deve ir de acordo com a demanda, estabelecendo uma ação diferenciada no modo de trabalhar, tanto no assistencial, no gerencial e educativo.

Ramos et.al (2001, p. 19), cita que em trabalhos desenvolvidos com os adolescentes, literatura e fóruns de debate, é evidente que há um esforço para uma prática interdisciplinar, analisando criticamente a construção social do conhecimento sobre adolescente e adolescência, com a finalidade de prestar assistência integral, historicamente construída, diante de suas várias dimensões biológica, social, cultural e psicológica individualmente e coletivamente.

Percebe-se então que o atendimento ao adolescente está em construção, visando garantir a qualidade na assistência e na vida.

Segundo Burt (1998) apud Ramos (2001, p. 24):

“no caso dos adolescentes, diferentemente de outras etapas do ciclo vital, como por exemplo, as crianças e os idosos, não há substrato biológico fortemente vinculado às suas necessidades de saúde socialmente expressas. Dito de outro modo, a vulnerabilidade e os agravos vividos na adolescência irá evidenciar efeitos e custos, em termos de transtornos e sofrimentos, em etapas futuras da vida, principalmente quando tomamos casos como o consumo de substâncias psicoativas, sexo desprotegido e infecção por DST e AIDS, entre outros”.

Uma internação pode acarretar um dano psico-emocional. Romano (1999, p. 59) cita que: “Certa vez, a equipe solicitou atendimento para uma menina adolescente que havia acabado de sofrer uma grande cirurgia. O período pós-anestésico havia acabado e ela contactava com a equipe através de gestos, olhares, frases. De repente, cessam todos os contatos. A menina fecha os olhos, não responde a estímulos verbais, nem ao contato. O psicólogo é chamado. O que poderia se pensar? Uma adolescente, que só por esse fato, deve estar constrangida de o seu corpo (aquele que ela mesma já não conhece mais) estar sendo manipulado? Regressão? Reação histérica? Quadro depressivo porque viu sua cicatriz? Indo ao local, o psicólogo pôde verificar que algum tempo atrás havia ocorrido uma parada cardíaca em leito próximo ao dela. Apesar de todos os esforços para criar um espaço privativo, ela (a adolescente) pôde observar, através de frestas, as ações assexuadas da equipe. Todos, sem distinção de sexo, diante de um corpo nu de um homem adulto. E a paciente

imaginou-se em seu lugar. A partir daí, resolveu ignorar qualquer coisa que fosse feita com o seu próprio corpo, desligando-se de todos os contatos possíveis”.

Os serviços de saúde ao adolescente ainda não tem essa visão, das transformações somáticas ocorridas nesse período, pois não é vista como condição de sofrimento ou risco importante para incluí-las em demandas sistemáticas por cuidados clínicos.

As unidades de internação são características marcantes de um hospital. É um local destinado a receber pacientes que necessitam de assistência médica e de enfermagem 24h, em regime de internação. Os pacientes submetem-se a rotinas e normas pouco ou nada individualizadas, compartilham seu espaço físico, intimidade, emoções com outras pessoas que nem ao menos conhecem, tanto os outros pacientes como os profissionais. Estão afastados do seu cotidiano, dos seus afazeres do dia-a-dia, das pessoas que lhe são próximas. Apesar de o hospital estar cada vez mais à procura da humanização, particularizando o indivíduo, seu compromisso é com uma comunidade, com um grupo de pessoas, tornando-se difícil o que almeja.

De acordo com Vieira e Lima (2002),:

“a hospitalização influi no processo de crescimento e desenvolvimento, separando-os do convívio de seus familiares, seu ambiente. O hospital tem representação de dualidade ao mesmo tempo em que gera sofrimento, também é o espaço da cura. Por isso e outras coisas, a assistência deve prever estratégias que minimizem o estresse causado durante as intervenções, seja ela física ou emocional. Esse cuidado caracteriza-se como cuidado atraumático”.

Para sabermos o que é importante para o adolescente, o que são suas necessidades, precisamos, antes de tudo, ouvi-lo para conhecê-los. Precisamos estar abertos à escuta e precisamos trocar saberes, pois só assim, conseguiremos dar uma assistência integral.

1.4 – A TRAJETÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE

Podemos definir política como: “conjunto de intenções do Estado, juntamente com a população civil, onde se estabelece diretrizes, objetivos e estratégias que coordene as ações da juventude (ou da população) de maneira que façam parte uma dinâmica de desenvolvimento” Ferreira (1986, p.1358).

Para dar início às políticas de saúde para a juventude é preciso percorrer a trajetória da história das políticas de saúde de uma maneira geral.

A modernidade tem um peso sobre a saúde no Brasil. A medicina atual está num processo extremamente acelerado; muda de acordo com a tecnologia de ponta. Ainda hoje, o seu investimento está voltado a uma prática curativa em detrimento da prática preventiva.

O sistema econômico atual tem sua grande parcela de responsabilidade diante das políticas de saúde. Ele fortalece a prática da medicina curativa: são os aparelhos tecnológicos de ponta, os medicamentos caros onde a maioria da população não possui condições financeiras para adquiri-los.

A partir deste contexto podemos pensar a saúde como sendo controlada por uma indústria de doença.

Segundo Ghiorzi (2004, p.65): “O sistema não pode reconhecer suas falhas, porque isso implicaria em dar ao outro o poder de julgá-lo, de exigir o que lhe falta e isso levaria a uma necessidade radical na formação dos cuidadores, na prática de saúde e, mais ainda, na política econômica da nação”.

Essa é a prática vista no contexto atual, mas em contrapartida, temos políticas de saúde que conceituam doença e saúde de maneiras diferentes. Após a ditadura militar, onde só tinha acesso aos serviços de saúde aqueles que contribuía com a previdência, surge uma assistência universal. Com a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), a saúde passa a ser vista como direito de todos e que este deve ser garantido pelo Estado. Foi a primeira vez que a comunidade foi convocada para participar da discussão sobre as políticas.

A partir de então, a saúde é vista no sentido mais amplo: “é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, que podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida” (Escola politécnica de saúde José Venâncio, 2005, p.30).

A Constituição de 1988, em seu parágrafo 192 diz que: “a saúde é direito de todos e dever do Estado”.

Ainda hoje, as instituições formadoras preocupam-se em preparar seus futuros profissionais a cuidarem da doença, centralizando suas ações sobre a doença. Neste momento, passa-se a ignorar as emoções dos doentes.

As políticas vão se acrescentando umas as outras de forma a tentar contemplar as reais necessidades da sociedade.

O SUS (Lei nº8080/90) surge e em suas disposições gerais está escrito: “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao

seu pleno exercício”; a lei 8.142/90 consolida a participação da comunidade nos Conselhos de Saúde. Este fato é relevante, pois existe uma diferenciação entre o que é saúde para os que pensam e para os que a vivenciam em seu dia-a-dia. A imagem daqueles que pensa e propõem as políticas de saúde não é a mesma daqueles que estão à espera de uma assistência qualificada. Os políticos ficam em suas secretarias pensando em suas prioridades e se distanciam das prioridades da comunidade.

A saúde precisa ser vista com sua estreita relação com o social, com o cultural. Ela está ligada ao seu meio ambiente, as suas inserções familiares e profissionais. “Estar em boa saúde ultrapassa o estado corporal e as atividades do sistema de cuidados” (Ghiorzi, 2004).

A saúde deve ser compreendida no âmbito das relações entre os seres humanos e seu mundo natural. Não é o fato de se ter única e exclusivamente uma gama de tecnologias que irá assegurar a boa saúde da população. O estresse e a pressão que existe em se esperar para ser atendido não serão amenizados ou apagados por um sistema de alto desenvolvimento tecnológico, um modelo mecânico e racional da medicina. Com isso, as pessoas se calam, esmagam suas emoções e se asfixiam com o não dito.

Segundo Ghiorzi (op. cit., p. 79): “o sistema de saúde compreende o sistema de cuidados e o conjunto das intervenções sociais e individuais que consolidam o elo social”.

A luta atual do Governo Federal é justamente para fortalecer a participação de todos na implantação e implementação de estratégias políticas para saúde. Há uma tentativa em sair desse sistema único de cuidados enquanto elemento de promoção de saúde. Abrem-se as portas para a participação da população no investimento do ser humano. Mas o que poderá estar impedindo o Estado de alcançar o que almeja? Talvez a saída esteja na falta de preparo dos profissionais. A formação dos profissionais não está voltada, efetivamente, para uma visão antropológica, sociológica e psicológica. Em alguns momentos estas disciplinas são incluídas, mas não são adaptadas e voltadas para o curso em questão, o que faz com que perca o seu sentido naquele contexto. Por isso, os futuros profissionais não as valorizam de acordo com seu merecimento. Eles não conseguem perceber a importância destes conhecimentos para sua atuação no cuidado.

Ainda para o não funcionamento das propostas do Governo está a falta de conhecimento da população sobre si mesma, sobre seu corpo, o que reforça a onipotência dos profissionais de saúde.

Os fatos ocorridos durante a história consolidam o pré-julgamento em relação ao estado de saúde de uma população. Por isso, o SUS ainda não parece perfeito. Sua luta é contra uma assistência enraizada na medicalização, no hospitalocentrismo, na prática curativa.

Seus dez anos de implantação ainda não parecem suficientes para tal. Para ser um sistema de saúde em evolução positiva, mas que possui suas deficiências no acesso à população.

As dificuldades de sua eficácia perpassam, também, pela gerência de cada unidade de saúde - a descentralização precisa funcionar.

O que se vê é um discurso de uma saúde preventiva, mas na prática há um grande reforço para a saúde curativa, um exemplo: criação das farmácias populares.

Ghiorzi (op.cit., p. 88) diz que: “Um primeiro passo deveria, então, visar uma mudança cultural com relação a compreensão de saúde do povo brasileiro para que a proposta de uma política de saúde mais preventiva possa realmente se concretizar”.

1.5 – AS POLÍTICAS DOS ADOLESCENTES

A concepção de adolescência predominante no interior das práticas de saúde que a tomam como seu objeto de intervenção confere a esta uma natureza estereotipada, naturalizada, situada como um conjunto de fenômenos biológicos e universais no processo de crescimento e desenvolvimento. Nota-se que a atenção ao adolescente é deficiente tendo em vista uma política de atenção global, relacionando os aspectos relativos à saúde ao âmbito biológico.

De acordo com Ramos (2001, p. 15):

“o compromisso historicamente assumido pela saúde coletiva aponta para um novo paradigma na compreensão do processo saúde-doença, entendendo-o como um processo histórico e social, problematizando a organização das práticas em saúde, enfatizando a promoção de saúde a partir da reorganização da vida social e não apenas dos serviços de saúde, articulando estratégias mais amplas na construção da cidadania e de transformação da cultura da saúde. No entanto, a incorporação deste paradigma ainda está inacabada, predominantemente focalizada no esforço dos serviços e pouco comprometida com a participação social, a qualidade de vida e perspectiva de equidades, ambientes e políticas saudáveis”.

Sendo a adolescência uma fase de intensas transformações físico-emocionais-sociais, as questões de saúde-doença devem ser vistas com mais atenção, adequando e participando o sujeito que as vivenciam.

Atualmente estuda-se a vulnerabilidade a qual os adolescentes passam. Estes estão expostos a vários fatores de risco que incluem abuso sexual, uso de drogas, sexualidade precoce, DSTs, violência urbana e doméstica, abandono nas ruas, exploração no campo de trabalho. Isso pensar que os agravos não permeiam, apenas, o âmbito da saúde, está além, ou seja, encontra-se no âmbito sócio-econômico.

Vivenciar estes fatores pode significar um prejuízo lento, mas progressivo em relação à personalidade desse sujeito que está amadurecendo.

Este se encontra extremamente vulnerável às situações que pode agravar e acentuar a doença. O risco implica em resultados negativos e indesejáveis no desenvolvimento do sujeito.

Aqueles cujos fatores de risco influenciam na sua conduta, fazendo com que desenvolvam distúrbios evolutivos e desequilíbrio emocional são considerados vulneráveis. Sabe-se que a vulnerabilidade aumenta a probabilidade de um resultado negativo diante de um fator de risco.

Os estudos atuais mostram um conceito que procura entender como e porquê alguns adolescentes, mesmo expostos aos fatores de risco, enfrentam estas experiências de maneira diferenciada. Estes adolescentes que conseguem enfrentar as dificuldades e as situações negativas, saindo ilesos a qualquer risco, que viesse degradar sua personalidade futura, são considerados resilientes. “A resiliência pode ser entendida como a capacidade dos indivíduos de superar os fatores de risco aos quais são expostos, desenvolvendo comportamentos adaptativos e adequados” (GARCIA, 2001).

Estes riscos estão presentes a todos, mas os resilientes são capazes de modificar seu ambiente e acreditam que novas situações e novas mudanças trarão oportunidades para melhorarem e adaptarem-se às difíceis situações. Esse entendimento deixa evidente a necessidade da implantação de uma política voltada para os jovens.

No Brasil, impõe-se a necessidade de configuração de uma política para a juventude que deve ser organizada e avaliada intersetorialmente, dando o caráter multidimensional da adolescência e da necessidade de suporte social a que remete.

A partir disso, o adolescente precisa receber uma assistência diante do espaço em que vive, seu contexto social, incluindo a família, a escola e a preparação profissional.

Existe despreparo dos serviços de saúde para o trabalho com adolescentes, para a atenção com as peculiaridades e complexidades de suas necessidades, faltando espaços e suporte apropriados as suas demandas, seja no campo da orientação, proteção ou recuperação da sua saúde. Os sentidos do corpo e a presença juvenil, bem como as desigualdades e diferenças de distintas ordens são frequentemente ignoradas, num processo de homogeneização e simplificação da saúde do adolescente.

O profissional tem responsabilidade no trabalho em saúde com o adolescente uma vez que busca a equidade, no cuidado, no lidar com a vida e prevenção de agravos que podem ocorrer aos adolescentes.

Segundo Ramos (2001, p. 16), o trabalho em saúde se processa como ação dirigida a necessidades específicas, com base em modos de projetar transformações desejadas. Assim, a atuação projetada se fundamenta em modos de conceber tais necessidades, de vislumbrar valores e potenciais mudanças, de organizar e concretizar a ação e de buscar instrumentos que possam intermediar tal intervenção transformadora. Este conjunto de instrumentos, na forma de saberes, técnicas, métodos e equipamentos que apontam opções e propõem soluções nas práticas da atenção à saúde, é entendido como tecnologia do trabalho em saúde. Incorporam deste modo, formas de pensamento, experiência e enfrentamento, construídas socialmente, difundidas e empregadas no interior de práticas institucionalizadas, não exclusivamente, mas estrategicamente.

No sentido de programar a assistência ao grupo de adolescentes, o Ministério da Saúde criou em 1993 o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), que define objetivos, diretrizes e estratégias a fim de promover, integrar, apoiar e incentivar práticas de saúde para a adolescência. O programa prevê a interação com outros setores no sentido da promoção da saúde, da identificação de grupos de risco, detecção precoce de agravos, tratamento adequado e reabilitação dos indivíduos nesta faixa etária, sempre de forma integral, multisetorial e interdisciplinar.

Em suas diretrizes gerais (anexo I) para atenção ao adolescente o MS (BRASIL,1993) estabelece alguns critérios básicos que remetem a implantação de uma atenção integral com abordagem multiprofissional através de um sistema hierarquizado que garanta uma referência e uma contra-referência nos diferentes níveis de complexidade da assistência, incluindo universidades, instituições governamentais e não governamentais; promove uma intervenção na atenção primária que privilegia a prevenção e a promoção da saúde e quando não for possível esta assistência deve-se fazer o encaminhamento ao setor de maior complexidade; os serviços devem estar articulados entre si, com profissionais capacitados e recursos materiais adequados; deverão ser avaliadas as necessidades de cada local onde ocorrerá a implantação do programa proposto.

O adolescente deve ser atendido por uma equipe multiprofissional interessada e capacitada para atendimento integral do indivíduo como um todo biopsicossocial, único e em constante interação com seu meio ambiente.

E deve ser constituída de profissionais das seguintes áreas: educação, enfermagem, médica, nutrição, saúde bucal, saúde mental, serviço social.

BRASIL (1993, p. 12) “É necessário que a equipe seja a mais completa possível e que atue de forma integrada. O planejamento das atividades de equipe deverá prever o tempo necessário para os profissionais desenvolverem seus atendimentos em nível individual (consulta), bem como a participação em reuniões multiprofissionais semanais, de trabalho em grupo educativo e preventivo com os adolescentes, com suas famílias e outros elementos da comunidade”.

A adolescência carrega consigo peculiaridades que vão desde características biológicas até traços culturais que marcam este momento.

Esta etapa também é marcada pela escolha da profissão, pois o ingresso no mercado de trabalho já se inicia. Daí a importância de se estabelecer uma política para a juventude, pois esta população tem grande peso para o desenvolvimento social.

O adolescente tem seu conteúdo simbólico próprio, que muitas vezes se torna inexplicável por sua complexidade. Talvez se tornem inexplicáveis porque os jovens têm suas próprias condutas, suas inconformidades com a ordem social e com a problemática cultural que os torna complexos. São eles que mostram de fato as divergências com os instituídos^{***} e buscam, de alguma maneira, valorizar e mostrar os seus instintivos^{****}.

Esta fase é conhecida como a idade da crise, mas na realidade ela elucida a crise já existente em um contexto social. Por ela mesma, ela não é a crise, ela é a clarividência de uma crise coletiva. O universo possui seus anseios que são expressos pela adolescência.

Pode-se dizer que são os adolescentes que traçam o caminho da história, derrubam os obstáculos e barreiras sociais com sua dita crise.

Entretanto, são conhecidos por não aceitarem a ordem estabelecida, eles querem que respeitem suas opiniões e sua visão de mundo. Em uma política para jovens devem estar contidos temas como: participação, desenvolvimento e paz.

É essencial que fique claro o lugar e o papel da juventude na sociedade e a responsabilidade de cada setor para com ela; formas e maneiras para que os jovens expressem suas necessidades e aspirações e, tomem parte nas decisões sobre as atividades que os atingem.

Os jovens possuem uma força positiva capaz de mudar uma sociedade, mas parece que as pessoas têm medo de assumir isso, justamente porque ficam evidenciadas as divergências existentes em uma cultura. Eles são o termômetro e a força motriz de uma sociedade, por isso, sua política deve ser estritamente peculiar a este grupo.

*** Força de inércia, conservadora, que busca preservar a situação tal como ela é.

**** Forças de transformação que contestam o instituído e demandam novas normas.

CAPITULO II

REFERENCIAL METODOLÓGICO

“Mestre não é aquele que sempre ensina,
Mas aquele que de repente aprende”.

Guimarães Rosa

2 - SOBRE O CAMINHO METODOLÓGICO

No intuito de atender as necessidades do objeto de estudo esta pesquisa apoiou-se no método descritivo com uma abordagem quanti-qualitativa. A pesquisa quantitativa tem como características o que é mais objetivo; é precisa e possibilita análises estatísticas, independe do contexto, preocupa-se com a quantidade, estabelece relações de causas. Quando se quantifica, se facilita a visualização e a leitura dos dados apresentados em sua totalidade. É possível visualizar a relação entre as partes. Em relação à pesquisa qualitativa, esta possibilita estudar o subjetivo; o todo é mais do que as partes; os elementos básicos da análise são palavras e idéias; o pesquisador participa do processo; descreve os significados.

Para Minayo (1994, p.22): “o conjunto de dados quantitativos e qualitativos, porém, não se opõem. Ao contrário, se complementam, pois a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia”.

A escolha pela abordagem quantitativa torna-se adequada para o estudo quando tratamos da identificação e descoberta das doenças que mais acometem os adolescentes, levando-os a dar entrada ou, até mesmo, a permanecerem internados em uma clínica do hospital. Através desta abordagem há o conhecimento e o levantamento numérico, a quantificação da amostragem.

Para Leopardi (2001) a abordagem da pesquisa quantitativa torna-se adequada para o estudo quando se tem um instrumento de medida utilizável e válido, deseja-se assegurar a objetividade e credibilidade dos achados, os instrumentos não colocam em risco a vida humana. A questão proposta indica a preocupação com quantificação, quando se necessita comparar eventos, ou quando for desejável replicar estudos.

O método qualitativo tem sua relevância quando se objetiva compreender a dinâmica do adoecimento e conhecer os fenômenos que estão relacionados com o momento da hospitalização, suas experiências vivenciadas, as relações interpessoais que não são passíveis de interpretação. Esta abordagem permite estudar as pessoas nos seus contextos naturais e não em ambientes artificiais. Permite analisar o significado dos fenômenos, legitimando-os, ou seja, há uma relação dinâmica entre o mudo real e o sujeito, há uma interdependência viva entre a subjetividade do sujeito e a objetividade de seu mundo.

Uma vez que a atenção à saúde lida com seres humanos e que são complexos, cada um possui uma representação, uma significação no seu contexto histórico e social, dá-se uma ênfase a utilização da abordagem qualitativa, pois esta nos dá as vantagens de identificação de fenômenos que contribuem para produção do conhecimento científico.

Minayo (ibid) diz que: “a abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas”.

Quando se fala de relação humana, abrange aqui, comportamentos, atitudes, crenças, valores, emoções que são peculiares à espécie humana, sendo assim, esta abordagem permitirá um conhecimento mais aprofundado desses fenômenos.

A junção das abordagens quantitativa e qualitativa fortalece a pesquisa e amplia o seu objeto de estudo, à medida que busca explicitar os dados reais do adoecimento dos adolescentes e sua vivencia hospitalar e sua interação com os profissionais.

2.1 - O CENÁRIO:

O cenário da pesquisa foi o Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), sendo este o primeiro hospital geral de Niterói. Antes do término de sua primeira década de funcionamento, a instituição encontrava-se em grandes dificuldades. Suas portas estavam prestes a fechar por vários motivos: falta de pagamentos dos funcionários e fornecedores, escassez de material etc.

Neste tempo, já existia a Faculdade de Medicina que necessitava de um hospital-escola para prover seus alunos com aulas práticas, que aconteciam em alguns hospitais do Rio de Janeiro.

A crise política dos anos 60 ajudou os estudantes de medicina a conquistarem este hospital como seu hospital-escola.

O grave acidente que aconteceu com o Circo Americano, em Niterói-1961, fez com que as portas do HUAP fossem abertas para atender ao grande número de vítimas. Todo o país, assim como, a América Latina e Europa se mostraram solidários à tragédia.

No ano de 1963, o hospital passou a ser administrado pelo Ministério da Saúde e, em 1964 ele passa a ser um hospital universitário da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UFERJ), que a partir de 1968 passa a ser a Universidade Federal Fluminense. Daí, então, a população é provida de assistência à maternidade e ao pronto-socorro, que até então, não havia.

Com a construção deste hospital universitário, foi possível aprender de tudo um pouco a qualquer hora do dia ou na madrugada, nos corredores, sala de cirurgias, ambulatórios, enfermarias, saídas de ambulância, sendo pioneiro nas áreas de residência multiprofissional no campo da saúde.

Para a realização da pesquisa foram escolhidas as diferentes clínicas existentes no hospital como: CMM-clínica médica masculina, CMF-clínica médica feminina, CCG-centro cirúrgico geral, CCF-centro cirúrgico feminino, CCEma/mi-centro cirúrgico especializado masculino e misto, PEDIATRIA, OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA, OFTALMOLOGIA, OTORRINOLARINGOLOGIA, dentre outras. Este foi escolhido devido a minha passagem por ele enquanto graduanda de enfermagem e autora de um projeto de estudos com adolescentes internados, anterior a esta pesquisa. A partir de então foi possível observar que não havia um trabalho voltado para a clientela em questão.

2.2 - OS SUJEITOS:

Os sujeitos desta pesquisa foram os adolescentes com idade entre 12 e 19 anos (o Estatuto da Criança e do Adolescente considera adolescente aqueles com idade entre 12 e 18 anos, mas a escolha abrangeu os de idade de 19 porque o mesmo documento assegura os direitos até os que têm 21 anos), sendo do sexo masculino e feminino que deram entrada no hospital universitário e os profissionais de saúde de diferentes clínicas. Nesta escolha não ficou pré-determinado raça, cor, período de hospitalização e nível de escolaridade. Para conhecer esses adolescentes, em um primeiro momento, a busca deu-se no livro de registro de internação e alta. No segundo momento, foram colhidas informações diretamente dos adolescentes que se encontravam hospitalizados no período da coleta de dados.

Os outros sujeitos do estudo foram os profissionais de saúde multidisciplinar das diferentes clínicas. Neste caso não foram estipulados faixa etária, sexo, raça, cor, nível de escolaridade, tempo de serviço no setor. Totalizou um número de 18 profissionais entre: um técnico em nutrição, duas enfermeiras, duas auxiliares e dois técnicos de enfermagem e uma assistente social da pediatria, uma técnica de enfermagem da UI neonatal, duas médicas pediatras, um enfermeiro do centro cirúrgico, uma técnica de enfermagem da Clínica Médica Feminina, uma residente em pediatria que estava atuando na maternidade, dois enfermeiros, uma fonoaudióloga e uma assistente social da maternidade. A faixa etária dos entrevistados variou entre 28 e 46 anos, tendo alguns, mais de 10 anos de profissão.

2.3 – A AUTORIZAÇÃO:

O pedido de autorização foi feito ao Comitê de Ética do Hospital, sendo encaminhado o referido resumo do projeto, sendo respeitadas as normas éticas que envolvem pesquisa com seres humanos (Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde). Obtendo este, o deferimento necessário para o início dos trabalhos (anexo II).

2.4 - OS INSTRUMENTOS:

Os instrumentos utilizados foram no primeiro momento, que equivale à pesquisa quantitativa, o livro de registro de internação e alta, juntamente com os dados estatísticos que informavam sobre o número total de internações, enquanto que no livro foram colhidos apenas os adolescentes que deram entrada no hospital no período de OUT/2003 a DEZ/2004. No segundo momento, o equivalente a pesquisa qualitativa, foi usado um questionário com perguntas abertas e fechadas para os adolescentes que se encontravam hospitalizados no período de SET e OUT/2005. Para os profissionais foi usado um roteiro de entrevista com perguntas semi-estruturadas, que foram gravadas em fitas cassetes e transcritas, na íntegra logo em seguida. Nas reproduções das entrevistas foram usadas apenas as iniciais dos nomes, mantendo o sigilo da pesquisa.

2.5 – A COLETA DE DADOS:

Para a realização da primeira etapa da coleta de dados, que diz respeito ao referencial quantitativo, no livro de registro de internação e alta, foi feita uma apresentação às enfermeiras da manhã e da tarde em mãos da autorização para a realização da pesquisa. Os dias para esta coleta não foram estipulados, pois o livro, na época, estava sendo usado pelo setor. Em alguns momentos era necessário parar para que os funcionários pudessem usá-lo. Algumas vezes, eu mesma fazia as anotações necessárias daqueles que estavam se internando no momento da coleta, justamente para que não fosse preciso parar o trabalho. Por isso, não pode ser estipulado um tempo para tal coleta. Neste momento estavam sendo colhidos, apenas, os adolescentes que haviam dado entrada no hospital no referido período. A ida ao setor de estatística do hospital permitiu o acesso ao número total de internações ocorridas no mesmo período estipulado para posterior análise comparativa com as entradas dos adolescentes. Sendo assim, foi possível quantificar o número de adolescentes que deram entrada no hospital e do que eles adoeceram neste período, além de identificar a porta de entrada e as clínicas para as quais eles foram encaminhados.

A segunda etapa da pesquisa, referente à parte qualitativa, foram realizadas entrevistas com dois profissionais de saúde no intuito de validar a compreensão do instrumento aplicado e caso fosse necessário fazer novos ajustes. Com as mesmas foi possível se alcançar o objetivo esperado e, sendo assim, o roteiro manteve-se inalterado.

As entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade do profissional a ser entrevistado. Dentre as 18 entrevistas, três deram-se fora do âmbito hospitalar. Os entrevistados não foram previamente escolhidos, salve os da validação do teste. Foram aleatórios, pois as entrevistas só aconteceram com aqueles que se mostraram abertos e interessados em colaborar com o estudo. Os que se mostraram mais abertos e disponíveis foram os que atuam na clínica pediátrica.

Cada entrevista teve a duração de 30 a 40 minutos. Algumas chegaram a 60 minutos, pois alguns aproveitaram para extravasar algo que já os incomodava e outros nunca tinham parado para pensar sobre o assunto e acharam interessante. Estas foram gravadas em fitas cassetes e transcritas na íntegra.

Para os adolescentes também não houve um agendamento prévio. Os dias foram aleatórios e a busca aconteceu nas enfermarias. Onde havia adolescente, a apresentação e a permissão eram feitas ao responsável e ao adolescente no ato do encontro e, então, o

questionário era passado. Alguns adolescentes pediram para que eu mesma escrevesse, pois consideravam sua letra feia.

O maior número de adolescentes foi encontrado na clínica de obstetrícia, ou seja, na maternidade do HUAP. Foram passados dez questionários, sete com autorização dos responsáveis que acompanhavam os adolescentes. Os outros três não precisou, pois tinham mais de dezoito anos e segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990, p.7) a partir de dezoito anos não é necessário autorização de responsáveis.

2.6 – A ANÁLISE DOS RESULTADOS:

Os dados estatísticos foram distribuídos em tabelas para facilitar a visualização. Nas tabelas constam números absolutos, com frequência e porcentagem comparativa. Para a etapa da pesquisa considerada qualitativa, as informações foram agrupadas em categorias e exaustivamente analisadas conforme a essência das falas. Foi feita uma análise de conteúdo das falas e dos escritos tendo como teoria básica a fundamentação de Bardin.

2.6.1 - Dos resultados, dos dados e das informações

A primeira etapa referiu-se aos dados quantitativos, ou seja, o número de adolescentes que deram entrada no hospital no período de OUT/2003 a DEZ/2004. Aqui foram incluídos os diagnósticos e as clínicas onde se encontravam estes adolescentes. A análise estatística teve como base a construção de tabelas, que consta de números absolutos para as frequências e uma porcentagem comparativa.

A segunda etapa da pesquisa refere-se a abordagem qualitativa–descritiva. Para Minayo (1994, p.22), “a abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas”.

O estudo descritivo nos permite perceber e descrever os fatos e fenômenos de uma determinada realidade com mais exatidão.

[...]é parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito. O conhecimento não se reduz a um rol de dados isolados, conectados por uma teoria explicativa; o sujeito observador é a parte integrante do processo de conhecimento e interpreta os fenômenos, atribuindo-lhes um significado. O objeto não é um dado inerte e neutro, está possuído de significados e relações que sujeitos concretos criam em suas ações”. (Chizzotti, 2001, p.79)

As falas contêm uma essência que é peculiar a cada sujeito, mas cada uma delas pode formar um todo. Existe um sentido e um significado em cada uma delas, isso nos mostra que não se pode reduzi-las a uma simples frequência.

Esta técnica possibilitou perceber as nuances existentes em cada profissional e em cada adolescente. Para cada fala manifesta existe um significado latente. A linguagem expressa não se reduz, apenas, a fala. A entonação de voz, as posturas corporais, o olhar, a relação estabelecida com o profissional é capaz de representar o que de fato está sendo dito.

Determinados acontecimentos e comportamentos podem ser interpretados e sentidos pelo entrevistador. Em alguns momentos, alguns entrevistados relataram que nunca haviam pensado no tema e que naquele momento estava considerando fundamental ser estudado, pois se reportaram a algumas situações de dificuldades.

Nesta situação citada, é possível perceber o quanto este método é capaz de evidenciar o que de fato existe, ou seja, o que está latente em cada sujeito e que muitas vezes, até pela dinâmica da prática, da rotina de procedimentos a serem realizados, não se dão conta do que realmente existe. Com isso, tornam-se evidentes os fatos e os fenômenos contidos em cada relato.

Segundo Minayo (1998, p.199):

“A expressão mais comumente usada para representar o tratamento dos dados de uma pesquisa qualitativa é Análise de Conteúdo”. No entanto, o termo significa mais do que um procedimento técnico. Faz parte de uma histórica busca teórica e prática no campo das investigações sociais”.

Este método nos possibilita perceber o mundo, no qual o profissional de saúde e os adolescentes estão inseridos. Esta percepção é bilateral, tanto que alguns não se sentiram à vontade em dar entrevistas é como se sentissem sendo desnudados a partir de suas falas.

A técnica de análise de conteúdo se aproxima da técnica de Análise Temática, sendo esta a porta de entrada para agrupar os núcleos temáticos das falas.

Para Minayo (1998, p.204) é: “Na busca de atingir os significados manifestos e latentes no material qualitativo têm sido desenvolvidas várias técnicas como Análise de Expressão, Análise das Relações, Análise Temática e Análise de Enunciação”.

Sendo assim, torna possível a identificação dos termos mais importantes nas falas dos entrevistados, salientando suas idéias, seus sentimentos, suas expressões e representações.

A categorização dos temas é que nos permite a aproximação destes aspectos. Entretanto, as falas transcritas foram exaustivamente lidas no intuito de identificar os temas comuns entre elas e categorizá-las, para, então, seguidamente analisá-las.

Minayo (ibid) afirma que:

“[...] a análise de conteúdo em termos gerais relaciona estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados. Articula a superfície dos textos descrita e analisada com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural, contexto e processo de produção de mensagem”.

Esta possibilita visualizar a representatividade das falas de uma forma mais viva e expressiva, pois estas representam os pensamentos, sentimentos, angústias, medos, facilidades e dificuldades de um cotidiano profissional. A soma de cada fala representa um conjunto, ou seja, uma fala pode expressar os mesmos sentimentos, as mesmas angústias, medos de outros.

É preciso identificar os núcleos de sentido juntamente com a presença ou a frequência de unidades de significação, o que revela o caráter do discurso dos entrevistados.

Segundo Bardin apud Minayo (1998, p.208): “O tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura”.

2.6.2 – Das dificuldades e das facilidades da coleta de dados e informações

A busca de dados da etapa quantitativa foi árdua no sentido de que os dados permaneciam no livro de internação e alta que ainda estava em uso no setor. Ao mesmo tempo em que eu colhia esses dados, acontecia de chegar algum paciente para ser internado. Meu horário disponível para tal exercício era a parte da tarde. Foram várias às vezes em que entrei à noite fazendo as anotações necessárias. Com o decorrer do tempo, peguei a rotina do setor e eu mesma ia anotando os dados no referido livro daqueles que se internariam.

A partir de então, o processo passou a ficar um pouco mais fácil, pois não tinha que dar a outro o livro para que isso fosse feito.

Quanto à receptividade no setor por parte dos profissionais, não tive dificuldades e nenhum tipo de problema, pois todos os plantões me receberam muito bem e quando falei do que se tratava a pesquisa, ficaram surpresos e interessados em saber os resultados, pois acharam interessante. Disseram que nunca ninguém havia falado sobre o assunto.

A pesquisa qualitativa, por sua essência é fantástica, mas também possui o seu lado difícil. No momento da coleta de informações, tive algumas dificuldades em relação à disponibilidade dos profissionais. As entrevistas não foram marcadas previamente, por isso tive que estar por vários dias e horas à espera de uma oportunidade. Os profissionais estavam em seu horário de trabalho, por isso tive que permanecer nas clínicas por tempo indeterminado, a fim de esperar por um momento mais adequado. Muitas das vezes, esperava e até o final da tarde o profissional não se mostrava disponível e dizia que “hoje não vai dá, você pode vir outro dia?”. Neste momento me via enraivecida, mas voltaria, pois sabia que os mesmos estavam resistindo à entrevista. Então, perguntava qual seria o melhor dia para que a entrevista acontecesse. Eles pareciam surpresos quando me viam no dia sugerido, pois acho que não acreditavam que eu voltaria. Pude observar que os profissionais que mais estiveram disponíveis e a fim de colaborar foram os da pediatria. Estive bem à vontade por lá. Já tinha uma boa interação com o grupo, pois meu trabalho de conclusão de curso foi feito com os mesmos profissionais. Tive a sensação de que eles acreditavam no meu trabalho, talvez por isso eles também tenham se sentido mais à vontade para darem as entrevistas.

Não posso negar que isso me trouxe certo mal estar, mas sabia que fazia parte do processo de pesquisa.

Em relação aos adolescentes, alguns também não estiveram disponíveis. Na maternidade, algumas adolescentes estavam de alta, com isso estavam excitadas e aceleradas para irem embora, então não quiseram responder os questionários. Nas outras enfermarias a dificuldade foi de encontrar os adolescentes, já que estavam espalhados pelo hospital. Apesar do número de internações serem significativo, as mesmas se dão em espaços de tempo considerável, não incluindo aqui a maternidade que o número é bastante alto em pouco tempo.

Tenho que acrescentar, neste espaço, que foi de grandiosa valia a escolha que fiz em relação à metodologia da pesquisa.

As dificuldades apresentadas são para mostrar que todo trabalho de cunho científico exige além de conhecimento teórico, disponibilidade de tempo e disponibilidade interior para se realizar.

CAPÍTULO III

ANÁLISE DOS RESULTADOS

De tudo ficaram três coisas:

A certeza de que estaremos sempre começando,

A certeza de que é preciso continuar,

E a certeza de que seremos interrompidos antes de terminar.

Fazer da interrupção, um novo caminho, do medo, uma ponte, da procura, um encontro.

Fernando Sabino

3 – RESULTADOS E ANÁLISES

3.1 - RESULTADOS E ANÁLISE DA PRIMEIRA ETAPA:

A primeira etapa referiu-se aos dados quantitativos, ou seja, o número de adolescentes que deram entrada ao hospital no período de OUT/2003 a DEZ/2004.

Os dados levantados nesta etapa, quantitativa, foram organizados estatisticamente em tabelas e gráficos. Constitui uma distribuição de frequência simples em forma de tabela, estabelecendo uma comparação percentual entre as diferentes variáveis: porta de entrada, sexo, idade.

A tabela I demonstra o quantitativo total de pessoas que deram entrada no hospital universitário no período de OUT/2003 a DEZ/2004. Mostra as 9 clínicas que mais havia pessoas. Dentre as clínicas estão: Obstetrícia, CCG, ORL/OFT, pediatria, CCEma/mi, CMF, CMM, CCF, ginecologia e outras (UTI neonatal, berçário, CTI, CD, DIP). Os números e as clínicas estão apresentados em ordem decrescente. A clínica de obstetrícia apresenta 1926 internações, sendo 578 adolescentes o que corresponde a 30.01%. O CCG/SO tem 1075 no total para 158 de adolescentes, equivale a 14.69%. Em seguida apresentam-se as clínicas de ORT/OFT com 1069 pessoas com 150 adolescentes, sendo 14.03% deste total. Estas três clínicas são as que apresentam um número bastante significativo de adolescentes. Na tabela II estão detalhados os diagnósticos mais frequentes na obstetrícia. O restante das clínicas apresenta um percentual abaixo de 10.

Esta tabela mostra que de um total de 9920 entradas no HUAP, 1182 foi de adolescentes que corresponde a 11.91% do total. É um número significativo, já que este hospital não é de referência para cuidados com adolescentes.

Tabela I – Número total de pessoas que deram entrada no HUAP, e número de adolescentes

Clínicas	Geral	Adolescentes	%
Obstetrícia	1926	578	30.01
CCG/SO	1075	158	14.69
ORL/OFT	1069	150	14.03
PEDIATRIA	702	68	9.68
CCEma/mi	1075	77	7.16
CMF	546	27	4.94
CMM	580	27	4.65
CCF	774	31	4.00
GINECO	305	10	3.27
Outras	1868	56	2.99
Total	9920	1182	11.91

O quadro II consta de dados colhidos no livro de internação e alta do HUAP. Foram registrados aqui os cinco motivos mais frequentes de entrada deste hospital, no período de OUT/2003 a DEZ/2004 entre os adolescentes. São adolescentes entre 12 e 19 anos. O maior registro foi encontrado nas queixas de trabalho de parto, gestação a termo e prolongada entre as adolescentes de 12 – 15 anos foi um número de 29 casos, enquanto que entre 16 – 19 anos foi de 174 casos. A segunda queixa está em abortamento que foram 11 casos entre as adolescentes de 12 – 15 anos e 46 casos nas adolescentes de 16 – 19 anos. O trabalho de parto prematuro e a amniorrexe prematura, a terceira queixa, acometeu 23 adolescentes entre 12 – 15 anos e 12 entre as de 16 – 19 anos. Como a quarta causa de internação temos a DHEG (doença hipertensiva específica da gravidez), foram 7 casos entre 12 -15 anos e 23 casos entre 16 – 19 anos. Acrescento 39 casos de outras queixas para as adolescentes de 16 -19 anos e 14 casos de trabalho de parto juntamente com DHEG nas idades de 16 e 19 anos.

Quadro II - Número de Adolescentes que deram entrada no HUAP de OUT/2003 - DEZ/2004 na clínica de obstetrícia

Motivos	Idade 12 - 15 anos	16 - 19 anos
Trabalho de Parto/ gestação à termo e prolongada	29	174
Trabalho de Parto Prematuro/ amniorrexe prematura	23	12
Abortamento	11	46
DHEG	7	23
Outras	9	39
Trabalho de parto e DEHG	3	14
Total	82	308

Diante destes dados devemos nos ater ao número das adolescentes que dão entrada no hospital em período expulsivo. É um dado muito significativo que nos remete a importância de um atendimento primário, onde se formariam grupos de adolescentes para se esclarecer dúvidas e fornecer informações referentes a como se deve evitar uma gravidez, como se fazer sexo mais seguro, até mesmo para proteção de DSTs.

3.2 - RESULTADOS E ANÁLISE DA SEGUNDA ETAPA

A partir dos resultados a análise feita foi através de uma leitura flutuante, ou seja, de um exaustivo contato com o material coletado. Esse procedimento é feito para que possa obter o máximo de informações dos fenômenos manifestos e latentes.

Os profissionais aqui citados, através de suas falas, são apresentados pela sua profissão e a clínica a que pertence.

Os objetivos pertinentes a estes resultados são os que se referem a analisar e a discutir a relação entre a equipe de saúde e os adolescentes no âmbito hospitalar.

Este método escolhido possibilitou a categorização das falas através de núcleos temáticos, sendo estes, capazes, momentaneamente, de tornar transparentes os significados individuais, que em conjunto de afinidades passam a ser referências coletivas da relação entre profissionais e adolescentes e do conhecimento, pelos profissionais, das políticas públicas voltadas aos adolescentes.

Destacam-se aqui os seguintes núcleos categorizados como: categoria 1 – dimensão do conhecimento sobre o PROSAD; categoria 2 – Relação profissional-adolescente, que se divide em subcategorias: no âmbito do afeto, no âmbito da compaixão, em relação à morte e em relação ao isolamento e depressão.

Esses conteúdos foram agrupados por aproximação de idéias, o que faz surgir um espaço para reflexão sobre o que pensam os profissionais a respeito do assunto. Criou-se, também, um espaço para que os mesmo pudessem expressar facilidades e dificuldades existentes nesta relação.

Categoria 1: Dimensão do conhecimento sobre o PROSAD.

Neste grupamento foi possível verificar que os profissionais não conhecem o PROSAD, apenas cinco sabem da sua existência, mas desconhecem suas diretrizes. Referem que apenas ouviram falar.

Tal afirmação fica caracterizada pelas seguintes citações:

É um programa que está dentro do Estatuto da Criança e do Adolescente....
Aux. de enfermagem – pediatria

PROSAD.... pela sigla não sei o que significa.
Assistente Social – pediatria

Não, nunca ouvi falar
Aux. de enfermagem – pediatria

Eu não conheço. Nunca ouvi falar nesta sigla, nem a definição. Eu desconheço.
Médica – pediatria

O que é PROSAD? (a médica não responder, ela devolve a pergunta)
Médica – pediatria

Já ouvi falar durante a graduação. Estudo sobre a importância dele no atendimento dele ao adolescente, de se
respeitar essa faixa etária que tem suas peculiaridades....
Téc. De enfermagem – UI neonatal

O que eu já li sobre o PROSAD foi na época da especialização....
Enfermeira – maternidade

Na verdade, o PROSAD... só tive contato na universidade, no momento da graduação e depois disso não tenho
mais nenhum conhecimento.
Enfermeiro – maternidade

Não conheço muito sobre o PROSAD. O que eu vivenciei foi na graduação, na faculdade. Depois que entrei para
o ciclo profissional nunca mais ouvi falar sobre o PROSAD.
Enfermeiro – centro cirúrgico

É um programa de assistência à saúde da criança....e do adolescente.
Enfermeira – pediatria

Como se pode observar, o PROSAD, não é conhecido e nem mesmo usado como política institucional que preconiza a assistência integral do adolescente, segundo o Ministério da Saúde (1993).

Os adolescentes com suas peculiaridades que são inerentes a sua faixa etária, necessita de cuidados integrais por uma equipe interdisciplinar. Assim, o Ministério da Saúde define objetivos, diretrizes e estratégias para o programa Saúde do Adolescente, que tem a finalidade de promover, integrar, apoiar e incentivar práticas de saúde nos locais onde será feita a implantação e onde essas atividades já vem sendo desenvolvidas, seja nos Estados, Municípios, universidades, organizações não governamentais e outras instituições (1993, p.5).

Estamos diante de um cenário universitário onde os profissionais de saúde não conhecem, em sua maioria, uma política de saúde essencial para uma assistência de qualidade e humanizada para com um ser que exige e requer um conhecimento e um preparo específico destes profissionais que o acolherá. Para uma boa assistência é necessário identificar os grupos de risco*, detectar seus agravos, tratar adequadamente e reabilitar os sujeitos dessa faixa etária sempre de forma integral, multisetorial e interdisciplinarmente.

O PROSAD define diretrizes gerais, objetivos e áreas prioritárias para o atendimento integral do adolescente.

O ponto torna-se agravante a partir da própria academia de ensino que não apresenta o programa aos acadêmicos, o que conseqüentemente, o leva ao campo profissional desconhecendo-o.

Para muitos, a adolescência é considerada uma fase difícil de lidar. À medida que há o conhecimento das peculiaridades desta fase, o cuidado na assistência tornar-se-á de qualidade e adequada aos adolescentes. O ato de cuidar implica em Educação e Saúde.

Ainda nesta categoria, foi possível constatar que não há uma política institucional com diretrizes e normas voltadas à atenção integral dos adolescentes. Seu atendimento torna-se comum a todos os outros de diferentes faixas etárias, incluindo as diferentes clínicas. Ou seja, o adolescente é tratado de acordo com a clínica em que se encontra. Se estiver na enfermaria de pediatria, será tratado como criança e quando na clínica médica é tratado como adulto. Para exemplificar esta última frase trago uma fala:

....aqui na pediatria tudo é “inho”. Se não é, passará a ser...
Aux. de enfermagem – pediatria

Sendo assim, percebe-se que não há um atendimento ao sujeito adolescente e sim, a mais um que se encontra na clínica.

Durante a coleta de informações notou-se, através de olhares e expressões corporais, que os profissionais ficaram envergonhados por não saberem do que se tratava o PROSAD. No momento da pergunta sobre se na instituição havia uma política de assistência ao adolescente, demonstraram como se aliviados por não existir, ou seja, se o hospital não implementa uma política, eu não preciso saber.

Na instituição e nas diferentes clínicas não existem normas, nem diretrizes que garantam a qualidade da assistência.
Enfermeiro – centro cirúrgico

Não tenho conhecimento de nenhuma diretriz, aqui a gente usa o que a gente aprende no dia-a-dia.
Aux. de enfermagem – pediatria

Não é que eu desconheça. Eu conheço que não tem. Não existe no hospital nenhuma.
Assistente Social – pediatria

Durante a coleta de informações, ainda sobre o PROSAD, criou-se um espaço para que alguns profissionais falassem sobre sua percepção em relação ao que deve ser um programa de saúde do adolescente.

O programa do adolescente tem que dar assistência a pessoa do adolescente, a quem seja aquele adolescente... a parte emocional e buscar o apoio para as doenças de base do adolescente: a gravidez, as DSTs e os comportamentos de riscos-drogas, álcool, violência. É importante se ter no local, onde você pretenda atender um adolescente, toda parte holística.
Médica – pediatria

.....o adolescente se comporta de forma diferente, então, você tem de entender essa parte emocional que ele está vivendo e não só vê a patologia em si, acho que tem que ser diferenciado.
Téc. de enfermagem – UI neonatal

....se a gente ta falando de um programa do Ministério da Saúde....atender adolescentes.....o serviço da saúde necessita de atendimento qualificado.
Assistente Social – maternidade

Sabe-se que o hospital é uma organização e como tal, necessita de saberes, práticas, interesses e políticas que garantam a qualidade da assistência na saúde. Sendo assim, os profissionais de saúde precisam participar na construção de uma política na saúde.

Categoria 2: Relação Profissional-adolescente

Nesta categoria estão incluídos os aspectos referentes ao cuidado e a relação que requerem uma boa assistência.

A relação envolve um cuidar e neste cuidado podem passar dificuldades e facilidades. Esse ato de cuidar exige uma relação não apenas com o outro, mas consigo mesmo.

O cuidado técnico ou qualquer outro é sempre uma intervenção, mas a relação entre profissional-adolescente que se estabelece pode modificar o desempenho técnico deste profissional, tanto para melhor como para pior.

Com as entrevistas, foi possível perceber como há um receio do profissional em se envolver com o cliente-adolescente, sendo até mesmo, uma maneira de se proteger contra qualquer sofrimento que venha ter.

Os entrevistados revelam suas dificuldades no cuidado, no interagir com os adolescentes no âmbito do afeto, da compaixão, da morte, do isolamento e depressão.

Das dificuldades no cuidar:

No âmbito do afeto (medo de envolver-se) apresentam-se as seguintes falas:

A relação com o adolescente é boa, até demais, e esse é um problema. Eu me envolvo emocionalmente com eles e isso me faz sofrer muito.
Médica – pediatria

Eu consigo ser bem profissional, não deixo a emoção me levar muito, né. Já tive algumas pontinhas de emoção, mas até hoje consegui controlar.
Enfermeiro – centro cirúrgico

Diante destas falas percebe-se que para os profissionais de saúde, o importante é desempenhar os procedimentos necessários no momento. Quando na verdade, desconhecem a importância da relação interpessoal que deve ser estabelecida no cuidado.

O cuidar não é um ato, é uma atitude e, isso requer doação, ou seja, o profissional precisa doar-se. O que para ele é difícil, pois o envolvimento vem acompanhado de ansiedade e ao tentar livrar-se dela, os profissionais procuram estabelecer uma relação rápida, buscando apenas, valorizar os aspectos biológicos.

Waldow (2004, p.27) diz: “O ser humano manifesta comportamentos ao cuidar[...]os atributos do cuidar[...] os cinco cs, quais sejam: compaixão, competência, confiança, consciência e comprometimento”.

Ao se entregar o profissional de saúde se envolve, então, é capaz de estabelecer vínculos. O vínculo propicia o estabelecimento de uma relação de confiança. Esta confiança, para o adolescente é fundamental, pois ele se encontra sem referências devido a própria faixa etária o que se torna exacerbado pela hospitalização. Este vínculo é capaz de diminuir o impacto do adoecimento.

Segundo Mattos e Pinheiro (2004, p.95): “Cuidar é, portanto, uma atitude interativa que inclui o envolvimento e o relacionamento entre as partes, compreendendo acolhimento, escuta do sujeito, respeito pelo seu sofrimento e pelas histórias de vida”.

No âmbito da compaixão:

Eu consigo ver o adolescente como um paciente qualquer. Muitos colegas tem coisa de compaixão... digamos, eles tem uma pena maior pelos adolescentes do que do paciente adulto... eu acredito que a emoção passa a falar mais forte que o lado profissional.
Enfermeiro – centro cirúrgico

Sinto-me um pouco entristecida porque eu vejo que é um adolescente que poderia estar indo à praia... passeando, curtindo a vida fora do hospital e está envolvido num contexto de doença..... a gente fica um pouco mais sentimental, sentindo a necessidade de estar perto, mais junto....
Téc. de enfermagem – pediatria

A compaixão deve estar presente em toda relação de ajuda. Ter compaixão significa estar e pôr-se no lugar do outro.

Segundo Boff (1999, p. 126):

“A com-paixão não é um sentimento menor de “piedade” para com quem sofre. Não é passiva, mas altamente ativa. Com-paixão como a filologia latina da palavra sugere, é a capacidade de compartilhar a paixão do outro e com o outro. Trata-se de sair de seu próprio círculo e entrar na galáxia do outro enquanto outro para sofrer com ele, caminhar junto com ele e construir a vida em sinergia com ele”.

Com estas falas ficou a sensação de que eles não sabiam do que estavam falando e muito menos da sua importância para o seu cuidado com o outro. Suas falas estavam imbuídas de conteúdos significantes que eles próprios desconheciam.

Em relação à morte:

Os profissionais de saúde são preparados para a cura e quando se deparam com uma situação agravante, sentem-se impotentes e limitados diante da situação. Por um momento se esquecem que são humanos e que também possuem sentimentos. Por isso, defendem-se nas técnicas e procedimentos que cabe à sua profissão.

Vejam a seguinte fala:

....os casos graves....., são lúcidos, eles sabem que estão piorando... você fica sem palavras... você só fica na questão de amparar, de dar carinho....
Aux. de enfermagem - pediatria

O modelo biomédico forma o profissional para a cura, para uma assistência curativa e hospitalocêntrica, por isso, ao se deparar com a morte sentem grandes dificuldades.

Silva (2004, p.83) diz: “Também é importante lembrar que nesses momentos não precisamos parecer sábios nem ficar procurando algo profundo para dizer. Não temos de dizer nada especial. Temos, sim, é de ser honestos e ajudar o paciente a se aproximar de suas verdadeiras necessidades”.

Ainda nas dificuldades na relação profissional-adolescente temos o isolamento e a depressão.

No âmbito do isolamento e da depressão:

Difícil lidar com o adolescente em depressão... você tem que ter um apoio multidisciplinar... um psicólogo que esteja com u trabalho centralizado com adolescentes.
Téc. de enfermagem – UI neonatal

O adolescente fica muito fechado..., eles criam uma barreira de defesa...
Aux. de enfermagem – pediatria

.... não dá para entrar, eu não sei como entrar nessa conchinha, ela não dá espaço para a gente ter uma troca.... a gente acaba deixando ela isoladinha mesmo....
Téc. de enfermagem – pediatria

.....é o isolamento, não querem participar das atividades, é o afastamento.... agora eu estou percebendo que as particularidades são diferentes...
Aux. de enfermagem – pediatria

A partir destas falas é fácil observar a falta de informações dos profissionais a respeito das peculiaridades dos adolescentes. Sendo assim, fica cada vez mais evidenciada a necessidade de se preparar os profissionais para essa assistência especializada e integral. A necessidade da qualificação do profissional para atender de forma adequada a um sujeito hospitalizado, que neste caso é o adolescente, fica nítida.

O adolescente não matem uma rigidez em sua conduta, ela não é permanente nem absoluta, ainda que muitas vezes ele pretenda ou tente fazê-lo. Sua personalidade é permeável, isso faz com que ele tenha uma conduta determinada, o que já indicaria uma alteração da personalidade do adolescente.

Este comportamento de isolamento é considerado normal. Aberastury (1981, p.55) diz: “Só o adolescente mentalmente doente poderá mostrar rigidez na conduta”.

A conduta instável é considerada uma normal anormalidade. Um indício de normalidade, no adolescente, é observado na fragilidade da sua organização defensiva.

Esse comportamento é esperado em um adolescente que, se agrava quando o mesmo encontra-se em um local onde não há uma uniformidade. Ou seja, estar em clínicas diferenciadas não o assegura em um ambiente uniforme.

Estar longe de um grupo, cujas características não são parecidas com as suas, pode fazer com que ele use de uma defesa, isolando-se.

É importante lembrar que o adolescente necessita de um grupo, pois ele está em busca de uma identidade própria e é a uniformidade do grupo que o fortalecerá neste aspecto.

Passemos, agora, para as facilidades que foram descritas quando da relação com os adolescentes.

Das facilidades no cuidar:

Como tal apresentam-se a **comunicação** e o **entendimento**:

É fácil você conversar sobre determinados assuntos...
Residente de pediatria – maternidade

....fácil conversar, o trabalho que será realizado, todo procedimento....
Aux. de enfermagem – pediatria

Eles entendem melhor quando você vai fazer um procedimento; porque ele está precisando daquilo...
Enfermeira – pediatria

Eles respondem e compreendem melhor.
Assistente Social – pediatria

Se você consegue desenvolver uma linguagem de igual com elas, você consegue fazer um trabalho...
Téc. de enfermagem – UI neonatal

Eles entendem....., a gente explica e les cooperam com mais facilidade.
Aux. de enfermagem – pediatria

Para estabelecer uma relação é fundamental o exercício da comunicação. Para os entrevistados, em sua maioria, a comunicação, a linguagem do adolescente não é tão difícil, ou melhor, é o que há de fácil para se estabelecer algum vínculo.

A comunicação é fundamental para o desempenho das técnicas e tarefas do profissional de saúde. Muitas vezes, as técnicas não são bem realizadas devido a grande dificuldade que o profissional tem de estabelecer uma boa relação. Neste caso, temos que

estar atentos ao aspecto contagiante da rotina de trabalho, pois esta se torna um mero reproduzir de técnicas em um determinado tempo.

Silva (1996, p.22) diz que: “a comunicação interpessoal ocorre no contexto da interação face a face. Entre os aspectos envolvidos nesse processo, estão as tentativas de compreender o outro comunicador e se fazer compreendido”.

Nestes conteúdos aparece o conhecimento de alguns profissionais em relação a estabelecer vínculos com seus pacientes, sendo que praticá-los está muito distante de suas realidades.

Categoria 3: A capacitação e o espaço para atender o adolescente.

Esta categoria agrupa as falas referentes a importância da capacitação do profissional de saúde para atender o adolescente com suas exigências e necessidades próprias, assim como também, ter um espaço para atendê-lo. Que não seja, apenas, um espaço físico, estrutural, mas um espaço interno de cada profissional; um espaço político que dê liberdade para que o adolescente sinta-se acolhido, assistido, cuidado em sua integralidade.

Dividi-se nas subcategorias: necessidades – a saúde psíquica, a internação do adolescente, privacidade, isolamento, capacitação do profissional e suas experiências.

Das necessidades:

- A saúde psíquica:

Ao ler o PROSAD observamos que as estratégias incluem o cuidado integral e refere-se à saúde mental do adolescente.

Os profissionais conseguem perceber e sentir a necessidade da presença de um profissional específico, ou melhor, preparado para atender esse adolescente.

Com as entrevistas foi possível perceber a angústia do profissional em não saber lidar com determinados aspectos psíquicos. A partir daí relatam a importância de um profissional capacitado para o atendimento.

É importante estar capacitado, principalmente pelo lado psicológico do atendimento...não pelo lado biomédico.
Enfermeiro – centro cirúrgico

...a gente tem que conhecer o que se passa na cabeça do adolescente, tem que conhecer a fase que é peculiar a cada faixa etária.
Téc. de enfermagem – UTI neonatal

Justamente por ter uma formação mais específica para atender esta parte mais psicológica.
Téc. de enfermagem – pediatria

A capacitação amplia a margem da qualidade do atendimento, do cuidado para com o adolescente.

Waldow (1998, p.127) diz:

“...entender o cuidar como comportamentos e ações que envolvem conhecimento, valores, habilidades e atitudes empreendidas no sentido de favorecer as potencialidades das pessoas para manter ou melhorar a condição humana no processo de viver e morrer.

- Internação do paciente:

Toda e qualquer internação ou hospitalização remete o sujeito a uma crise, a uma desestruturação, desestabilização, o que provoca uma mudança de suas atitudes, de seu comportamento. Para o adolescente vemos algumas peculiaridades, pois popularmente pensa-se que a adolescência não é um momento de maior ocorrência de doenças. Existem alguns que acredita ser essa a etapa saudável da vida.

Essa concepção traz consigo um peso maior para os adolescentes internados. Dentre seus sentimentos, podemos observar alguns aspectos, como: deixar seus amigos – o que é importante para ele estar em grupo, pois ele está em busca de sua identidade. Ele precisa da uniformidade, da sua escola, sua família. Perde seu referencial que devido à adolescência isso se agrava.

A equipe de profissionais consegue perceber a necessidade de uma atenção maior para esses aspectos, mas ela não está preparada para lidar com esta situação. As falas abaixo ilustram esta afirmativa.

...necessidades psíquicas. É mais a parte psicológica porque a assistência da saúde física não seria muito diferente.
Téc. de enfermagem – clínica médica feminina

...eu não vejo a enfermaria como um espaço físico. É importante ter pessoal capacitado para estar lidando com essa dinâmica de pensar do adolescente que é diferenciado...respeito à privacidade.
Assistente social – pediatria

O profissional deve estar ciente de que os adolescentes necessitam de atendimento diferenciado.
Médica - pediatria

Ainda dentre as necessidades temos:

-
Privacidade

O dicionário da língua portuguesa diz que privacidade é: “vida privada, vida íntima, intimidade” (FERREIRA, 1986, p.1394).

O corpo não é apenas um objeto. Ele apresenta suas impressões subjetivas. O corpo do adolescente não é diferente, pelo contrário, talvez exija mais privacidade. As mudanças hormonais são avassaladoras, o que faz com que o adolescente nem se quer consiga elaborar o luto infantil. Sua chegada causa tamanho impacto que torna o adolescente inseguro em relação a sua própria identidade. Ter seu esquema corporal é fundamental, pois nele está como você se vê e como reflete a visão do outro sobre você. Com a perda do corpo infantil, o adolescente perde um pouco de si. Em uma hospitalização, a privacidade do adolescente precisa ser respeitada, pode-se, assim, diminuir a angústia que ele está vivendo com esta passagem.

Segundo Aberastury (1981, p.31): “O esquema corporal é uma resultante intrapsíquica da realidade do sujeito, ou seja, é a representação mental que o sujeito tem de seu próprio corpo como consequência de suas experiências em sua evolução...aqui são de fundamental importância os processos de luto com relação ao corpo infantil perdido, que obrigam a uma modificação do esquema corporal e do conhecimento físico de si mesmo...”.

Vejamos as falas:

Acho que tem que ter uma enfermaria para eles porque...é aquela questão da vergonha, do pudor...fica confuso quando é aberto, misturado.
Aux. de enfermagem – pediatria

A privacidade é outra necessidade que a enfermaria poderia atender.

Enfermeira – pediatria
...aqui é muito aberto, eles não tem privacidade.
Aux. de enfermagem – pediatria

Com estas falas também foi possível observar o quanto os profissionais consideram importante ter uma enfermaria própria para os adolescentes. Sabe-se que não é apenas pela estrutura física, mas também com a preparação dos profissionais.

O fato deles não estarem em enfermarias com outros adolescentes dificulta. Voltamos a constatar a importância da uniformidade do grupo.

Segundo Aberastury (op. cit., p.32):

“Nesta busca de identidade, o adolescente recorre às situações como sendo as mais favoráveis no momento. Uma delas é a uniformidade, que proporciona segurança e estima pessoal. Ocorre aqui o processo de dupla identificação em massa, onde todos se identificam com cada um, o que explica pelo menos em parte, o processo do qual participa o adolescente...”.

- Isolamento

Esse isolamento é característico, é como se preparasse uma atmosfera onde há somente ele e suas difíceis relações com o meio. Este aspecto mostra a grande instabilidade em que vive o adolescente.

O adolescente tem necessidade de se isolar. Parece que eles têm o mundo deles.
Téc. de enfermagem - pediatria

O adolescente...gosta de ficar muito isolado...ficar sozinho.

A capacitação é importante porque, geralmente as crianças maiores se isolam. Acredito que seja por esse tratamento não diferenciado...a capacitação seria importante para perceber outras necessidades.
Aux. de enfermagem – pediatria

Um outro dado interessante que aparece nas falas, e que é feito um destaque, é que os profissionais encaram sua capacitação como a experiência particular. Podendo esta ser adquirida através do tempo de trabalho, ou até mesmo, por ter filhos adolescentes. Há uma estreita relação entre esses dois aspectos. No caso desses profissionais, ilustrados, torna-se muito significativo porque o hospital não tem estabelecidas, políticas de saúde que o qualifique para o atendimento, então, por isso a valorização passa a ser pela experiência pessoal e pelo tempo de trabalho naquela área.

- Capacitação/experiência

As falas seguintes ilustram o que foi dito acima.

...sou mãe de duas adolescentes, isso facilita a gente entender essa dinâmica da cabeça do adolescente.
Assistente social – pediatria

...tenho uma relação muito boa, até porque eu tenho filhos adolescentes.
Téc. de enfermagem – pediatria

...já trabalho com adolescentes há muitos anos...a bagagem que tenho foi através de experiência... de experiência aqui do setor.
Enfermeira - pediatria

Diante destas falas podemos perceber que de fato as políticas de saúde não existem neste hospital universitário. Isto contraria o que lemos no PROSAD (1993, p. 5):

“O Ministério da Saúde define objetivos, diretrizes e estratégias para o Programa Saúde do Adolescente que tem a finalidade de promover, integrar, apoiar e incentivar práticas nos locais onde será feita a implantação e onde essas atividades já vem sendo desenvolvidas, seja nos Estados, Municípios, Universidades, Organizações não governamentais e outras instituições”.

A partir da exaustiva leitura das entrevistas, foi possível observar que as falas continham um confundimento, da parte dos profissionais em relação ao que é ser adolescente. Muitos, no momento das respostas ora diziam crianças, ora adolescentes. Ainda teve a que referiu-se a uma criança grande. Com isso vê-se a necessidade de se falar mais sobre esta etapa da vida em que cada um passa.

Sendo um hospital universitário vemos o quanto ainda se precisa para percorrer pelo caminho proposto pelo Ministério da Saúde; vê-se o quanto os profissionais precisam conhecer sobre os adolescentes.

A categoria agrupada a seguir é de número quatro que refere-se de informações dos adolescentes que responderam aos questionários.

De acordo com as perguntas elaboradas foi possível observar alguns aspectos referentes a relação adolescente-profissional de saúde que abrange a diferenciação nos cuidados, ou seja, se os adolescentes conseguem distinguir cada profissional que está lhe prestando assistência; da interação - com quem eles conseguem interagir mais e melhor; do tratamento – qual profissional que presta melhor assistência; do que sentem falta durante a hospitalização e o que seria necessário para sua melhor internação.

Categoria 4: relação adolescente – profissional de saúde

Esta categoria possibilitou a construção de subcategorias que nos mostra como os adolescentes estão atentos aos cuidados prestados pelo profissional de saúde. Todos responderam que se relacionam bem com os profissionais de saúde. Isto não significa que todos conseguem distinguir suas funções

- Diferenciação nos cuidados

Nesta subcategoria percebe-se a diferenciação do cuidado de cada profissional. Diante das respostas obtivemos que três adolescentes não conhecem os profissionais que estão prestando a assistência, mas consideram diferentes os seus cuidados, enquanto que sete deles reconhecem quando é a equipe de enfermagem que está atuando e Dentre os dez, seis consideram os cuidados diferenciados dos outros profissionais, ou seja, não conseguem distinguir os profissionais, mas sabem que há diferença.

os enfermeiros se dedicam mais que os outros...é, o médico nos vê e só manda.
Masculino-17anos-CMM

A formação da enfermagem está voltada para o cuidar. É um cuidar diferenciado, mas não significa que os outros profissionais não devam estar atentos a esse cuidado.

“A arte da enfermagem inclui a disponibilidade em receber o outro ser, em compreender sua experiência e em expressar isso, permitindo que o outro também expresse seus sentimentos”. Waldow (1998, p.165).

Os adolescentes que consideram seus cuidados diferenciados relatam que alguns têm mais paciência do que outros. Uns são mais arrogantes no momento da relação, na situação. Até mesmo na equipe de enfermagem existe essa diferenciação.

Uns dão mais atenção que outros.
Masculino-19 anos-CMM

Alguns são brutos e ignorantes; outros fazem as coisas com carinho; tratam com atenção.
Feminino-17 anos-maternidade

Tem uns que não têm paciência.
Feminino-14 anos-maternidade

Tem gente que trata com carinho outros não.
Feminino-15 anos-maternidade

Com estas falas fica claro e evidente para que a pessoa cuide dos adolescentes, eles esperam que se tenha paciência, carinho, atenção. A partir desses dados dá para se ter como requisitos básicos do cuidar os aspectos citados acima.

Segundo Waldow (op. cit., p.111): “...atenção e carinho, mais do que requisitos profissionais, são atributos morais, descaracterizando o cuidado como uma mera tarefa a ser desempenhada tecnicamente”.

O cuidar implica em um estabelecer de relações interpessoais. Lidamos com seres humanos e estes possuem atitudes imprevisíveis e que não devem ser preestabelecidas, isto significa que o cuidado necessita de um outro atributo, a compreensão.

Além deste atributo existem outros que possui uma estreita relação com o carinho, a atenção, que são: o amor e a compaixão.

Silva (2004, p.66) diz: “O poder de transformar pelo amor e pela compaixão nunca foi prerrogativa de pessoas santas ou especiais. Coragem e compaixão não são dons especiais de nenhuma seleta minoria, são instrumentos de cuidado”.

Não é possível falar desta subcategoria acima, sem nos remetermos a outras duas, que são a que se refere aos questionamentos de como os adolescentes gostariam de ser tratados e o que poderia tornar sua internação melhor.

- Do tratamento

Para falar desta subcategoria voltaremos a questão do cuidar como uma atitude e não apenas uma ato. Não é simplesmente reproduzir técnicas em troca de salário. O cuidado envolve os sentimentos daqueles que serão cuidados e daqueles que cuidam. O cuidar envolve a empatia, a compaixão, o amor o saber ouvir.

Diante do questionamento “como você gostaria de ser tratado?” podemos ilustrar com as seguintes respostas:

...que desse mais atenção, aceitar o que eu falo; fosse mais amigo, companheiro

Que eles examinassem com carinho. Alguns parecem gostar do serviço e outros parecem, apenas,
precisar do dinheiro.
Masculino-19 anos-CMM

Gostaria que tivessem muito cuidado e atenção.
Feminino-15 anos-maternidade

O cuidar requer envolvimento de ambas as partes. Aquele que é cuidado consegue perceber o estado emocional do seu cuidador, ou seja, se de fato ele está cuidando com amor. Estes sentimentos estão além de qualquer procedimento, de qualquer técnica profissional que tem a necessidade de ser feita.

Estamos falando de seres subjetivos, individuais. A técnica será a mesma, mas os sentimentos envolvidos serão diferenciados, pois as pessoas são diferentes.

Também é importante citar que nesta subcategoria, cinco dos adolescentes responderam que se consideravam bem tratados.

A subcategoria seguinte diz respeito ao questionamento “o que poderia tornar sua internação melhor”.

- Da internação

A relação desta subcategoria com as outras já citadas, é bastante estreita, pois perpassa pelo âmbito do cuidado.

Se todos os médicos e enfermeiros tratassem da mesma maneira com carinho.
Feminino-17 anos-maternidade

Que todos tratassem a gente bem, com carinho.
Feminino-15 anos-maternidade

Cuidar é uma atitude de crescimento pessoal. É necessário estar aberto e ser flexível a novas experiências. É preciso, também, estar aberto para toda e qualquer atitude que venha do ser cuidado, Waldow (1998, p.134) já dizia que “o cuidado requer conhecimento do outro ser. O cuidador deve ser capaz de entender as necessidades do outro e de responder a elas de forma adequada”.

- Da interação

Esta subcategoria evidencia a importância da participação e do cuidado diferenciado da equipe de enfermagem

Os adolescentes interagem mais com os enfermeiros e técnicos de enfermagem e essa interação se dá durante o tratamento.

É preciso dizer que o cuidado de enfermagem é diferenciado, até porque, é o profissional que permanece durante 24h com os pacientes de uma maneira geral. Mas é

importante salientar que não é o número de horas que determinará o cuidado diferenciado dos outros profissionais. Este cuidado pode ser diferente entre os membros pertencentes a mesma equipe.

A diferenciação encontrar-se-á na atitude ética e moral de cada profissional, assim como também, no amor por cada ser que ele irá cuidar, pelo amor ao trabalho, na capacitação do profissional e na assistência integral do sujeito, ou seja, ver o ser como um todo, inclusive o seu contexto sócio-econômico.

A subcategoria abaixo refere-se ao questionamento “do que mais sente falta neste momento da internação?”

- O que falta durante a hospitalização

Todos relataram a falta da família, de sua casa e de seu contexto sócia.

Igreja, amigos e minha família.
Masculino-17 anos-CMM

Da minha família.
Feminino-17 anos-CMF

Do meu filho, da minha esposa, da minha sogra, de casa.
Masculino-19 anos-CMM

Da minha casa.
Feminino-14 anos-maternidade

A hospitalização gera uma ruptura familiar, tanto física quanto emocional. É necessário oferecer uma infra-estrutura adequada para esta família permanecer acompanhando esses adolescentes; estimular a participação nos cuidados; permitir que ela expresse seus sentimentos de insegurança e dúvidas.

O profissional de saúde ao valorizar a família cria um espaço na tentativa de resgatar esta estrutura que fora rompida.

Com o adolescente a ruptura pode agravar-se, pois estamos falando de um ser que com suas peculiaridades necessita estar em grupo para buscar sua própria identidade. Para isso, o profissional deve estar capacitado e qualificado para a assistência aos adolescentes. Sua

linguagem é diferenciada e especial e não qualquer profissional que está aberto e pronto para entendê-la.

Ainda com este questionário foi possível identificar os sentimentos dos adolescentes presentes em uma hospitalização

- Dos sentimentos dos adolescentes

Apareceram os seguintes sentimentos: sensação de aprisionamento, agonia, tristeza, desânimo, preocupação, ansiedade, solidão.

...me sinto muito sozinha.
Feminino-18 anos-maternidade

...me sinto um pouco presa.
Feminino-17 anos-maternidade

Triste, desanimada. É chato ficar aqui.
Feminino-17 anos-CMF

Meio preso e agoniado para ir para casa.
Masculino-17 anos-CMM

Estes sentimentos apresentados reforçam a importância de uma visão integral do adolescente. Não é plausível admitir, apenas, a presença de aspectos biológicos enquanto causadores de uma doença.

Os profissionais precisam estar preparados para, pelo menos, reconhecer a existência dos sentimentos, acolhê-los com sua escuta e usar uma práxis voltada para a interdisciplinaridade. Esta possibilitará a reintegração do ser adolescente que se esfacela mediante sua própria natureza, pelo processo de amadurecimento, que se agrava com a ruptura social causada por uma hospitalização, onde os profissionais que prestam assistência não estão capacitados para, então, minimizar o estresse desta ruptura.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Cada pessoa que passa em nossa, passa sozinha, porque cada pessoa é única e nenhuma substitui a outra. Cada pessoa que passa em nossa vida, passa sozinha, mas não vai sozinha e nem nos deixa só, porque deixa um pouco de si e leva um pouco de nós. Há os que levam muito e deixam pouco, há os que levam pouco e deixam muito. Esta é a mais bela responsabilidade da vida e a prova de que não nos encontramos por acaso”.

Charles Chaplin

Este estudo mostrou o quanto é importante a criação, o conhecimento e o cumprimento de políticas de saúde em uma instituição hospitalar universitária que tem como referências seus cuidados. É importante que seus profissionais estejam envolvidos afetivamente em suas funções, estejam capacitados e qualificados tecnicamente, assim como, abertos para estabelecer relações interpessoais. Sendo assim, a assistência tornar-se-á mais adequada.

Embora o hospital não seja uma referência para assistência aos adolescentes ficou constatado, através dos dados, que há um número significativo de atendimentos a esta faixa etária. O número em destaque refere-se aos atendimentos na clínica de obstetrícia e o maior número é de trabalho de parto. Isto significa que os adolescentes estão muito vulneráveis à sexualidade precoce, o que, talvez, com implementação de políticas de saúde, poderia ser reduzido. Nesta rede ficou evidenciado a falta de protocolos de atendimento para os adolescentes. Isto confirma a importância de uma política de saúde intersetorial, integral.

Ao investigar no HUAP quanto à existência de políticas de saúde ficou evidente a falta da interdisciplinaridade. Mostra-se a existência de multi e pluridisciplinaridade, onde evoca uma simples justaposição, num trabalho determinado, dos recursos de várias disciplinas, sem implicar necessariamente um trabalho de equipe coordenada. Há um sistema de um só nível e de objetivos múltiplos que não alcançam a integralidade do sujeito adolescente.

É necessário haver um resgate do todo, que fora fragmentado através dos tempos, através dos paradigmas criados pela medicina ocidental.

Não é possível falar de uma assistência humanizada sem priorizar o respeito ao profissional que cuida, que presta assistência. Este respeito inicia-se com a valorização de suas capacitações, dar melhores subsídios para cuidar. Sendo assim, sua assistência para com o outro será mais humanizada.

A assistência e atenção à saúde devem iniciar-se desde a rede primária; as políticas de saúde ao adolescente devem atender a todas as redes de assistência.

Sabe-se que em um hospital há sofrimento, doença, morte, abandono. São situações que exigem a todo o momento um equilíbrio e uma estrutura pessoal, individual de cada profissional, o que não é fácil, pois a rotina desgasta. Deve-se haver uma dinâmica desse trabalhador.

Apesar da lacuna existente, os profissionais expressam seus sentimentos através de suas falas. Mostraram-se surpresos e interessados sobre o tema em questão, pois evidenciaram suas dificuldades em prestar um cuidado ao sujeito adolescente, mas nunca tiveram a oportunidade de falar sobre o assunto que os angustiavam.

As entrevistas possibilitaram percorrer por um caminho que assegura a necessidade de uma dinâmica diferenciada do cuidar. Através destas ficou confirmado que quando se abre espaço para o profissional, ele expressa seus sentimentos.

Contudo viu-se que para esses profissionais, as técnicas e os procedimentos ocupam uma dimensão significativa, mas há uma evidência nas falas em relação aos cuidados que exigem um estabelecimento de vínculo com o sujeito a ser assistido.

O significado do carinho, do afeto, sobressai aos cuidados em relação aos procedimentos a serem desenvolvidos. Os profissionais são capazes de perceber a necessidade da construção de uma equipe que preste uma atenção integrada, pois os aspectos emocionais apresentados pelos adolescentes são alvos de grande angústia para os cuidados.

Estes admitem a importância de conhecerem sobre as peculiaridades dos adolescentes. Reconhecem que não são preparados para lidarem com essa faixa etária. Muitos atribuem conseguir cuidar deles por experiência pessoal, ou têm filhos adolescentes ou têm muito tempo no setor. Isso é o que facilita sua assistência.

Reconhecem, também, que se estivessem capacitados para entendê-los, muitas das vezes os procedimentos a serem feitos o seriam realizados com mais facilidade.

A adolescência possui uma linguagem própria. É cheia de desafios, de sentimentos de perda, de busca de identidade que faz com que os adolescentes comportem-se de forma diferenciada e que na maioria das vezes não são compreendidos.

Viu-se, tanto da parte dos profissionais quanto dos adolescentes, a importância de se ter uma enfermaria própria para os adolescentes, que garanta sua presença em um grupo, aspecto este importante para sua identidade. Vale acrescentar que os responsáveis também consideraram importante.

A busca da identidade faz com que o adolescente deseje uniformidade, o que proporciona segurança e auto-estima, daí a necessidade de estar em grupo, a importância de se estar em uma enfermaria somente para adolescentes.

Diante da hospitalização o adolescente perde seu grupo com o qual ele se identifica do lado de fora, ele precisa de um outro na hospitalização para identificar-se.

Nesta pesquisa ficou evidenciado que a qualidade da assistência está mais voltada para o vínculo, para a relação de afeto (atenção, carinho), pela empatia do que pela estrutura física.

Segundo o relato dos profissionais não basta ter o espaço físico, é importante se ter a capacitação e a interdisciplinaridade na equipe para suprir a necessidade que se tem de entender as peculiaridades desta faixa etária.

Para os adolescentes também ficou claro, através das respostas, a necessidade de um cuidado diferenciado, que envolva mais atenção e carinho. Mostram o quanto sentem falta de seus lares e familiares, onde encontra-se seu principal referencial. Este cuidado refere-se à articulação entre os vários saberes: sócio-econômico, emocional, biológico, antropológico etc.

Sendo assim, a interdisciplinaridade tem sua fundamental importância quando falamos do ser integral. Através dela é capaz de se trocar informações. Os profissionais encontram-se em interação. Diferentemente de uma equipe multiprofissional, onde os profissionais apenas existem em quantidade, não interagindo entre si.

Os profissionais e, até mesmo, os próprios adolescentes sugeriram uma implementação de políticas de saúde que incluam a capacitação dos profissionais. Com isso, amplia a visão da assistência que se volta para a integralidade do adolescente, favorecendo uma assistência mais humanizada; dá uma qualidade melhor aos cuidados, assim como também, fortalece a interdisciplinaridade da equipe de saúde.

Sabe-se que a adolescência é um momento de inúmeras transformações, daí a necessidade de se mudar o paradigma na compreensão do processo saúde-doença, passando a entendê-lo como um processo histórico e social. Sendo assim, uma nova política para a juventude deve ser organizada e avaliada intersetorialmente, dando caráter multidimensional da adolescência e da necessidade de suporte social a que remete.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ABERASTURY, A. & KNOBEL, M. **Adolescência normal**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.

ABREU, E. S., TEIXEIRA, J. C. A. **Normas de Apresentação de trabalhos monográficos e de conclusão de curso**. 5ª ed. Niterói: EdUFF, 2001.

ALBERTI, S. **O adolescente e o outro**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.

_____. **Adolescência**. Rio de Janeiro: Kalimeros, 1996.

ALVES, P. C. & MINAYO M. C. S. **Saúde e Doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

AMORIM, J. M. L. **Psicologia Hospitalar: aspectos existenciais nas internações clínicas**. Cadernos de Psicologia. São Paulo: Font & Juliá, 1984.

BARROS, J. A. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Revista Saúde e Sociedade**. v.11, nº 1, jan-jul/2002.

BECKER, D. **O que é Adolescência**. 10ªed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1993.

BLEGER, J. **Temas de Psicologia: entrevistas e grupos**. 4ªed. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra**. 11ªed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei Federal nº 8069 de 13-07-1989. Projeto minha gente. Brasília, 1991.

BRASIL, Ministério da Saúde. Programa de Saúde do Adolescente. **Normas de Atenção à Saúde Integral do Adolescente**. Vol. 1. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília, 1993.

CAMPOS, D. M. S. **Psicologia da Adolescência: normalidade e psicopatologia**. 10ªed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1986.

CANO, M. A. T. et al. Auto-imagem na Adolescência. **Revista Eletrônica de Enfermagem** (on line), Goiânia, v.1, nº 1, out-dez 1999. Disponível: <http://www.fen.ufg.br/revista>.

COUTINHO, M. F. G. & BARROS, R. R. **Adolescência**: uma abordagem prática. São Paulo: Atheneu, 2001.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. 2ªed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986. p.1358 e 1394.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 8ªed. Rio de Janeiro; Graal, 1979.

GARCIA, I. Vulnerabilidade e resiliência. **Adolescência Latinoamericana**.v.2, n3, abr 2001.

GAUDERER, E. C., **Os Direitos do Paciente**: um manual de sobrevivência. 6ª ed. Rio de Janeiro: ed. Record, 1991. p. 161-168.

GHIORZI, A. R. **Entre o dito e não dito**: da percepção à expressão comunicacional. Florianópolis: [s.n], 2004.

GUZMAN, C., CANO, M. A. T. O Adolescente e a hospitalização. **Revista Eletrônica de Enfermagem** (on line), Goiânia, v.2, nº 3, jul-dez 2000. Disponível: <http://www.fen.ufg.br/revista>.

ISOLA, A. M. et al. Morbidade em Adolescentes: experiência do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina do ABC. **Pediatria Moderna**. v.28, nº 7, dez 1992. p. 536-546.

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e psicopatologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

LEOPARDI, M. T. et al. **Metodologia da Pesquisa na Saúde**. Santa Maria: Palloti, 2001.

LEVIN, J. & FOX, J. L. **Estatística para Ciências Humanas**. 9ªed. São Paulo: Prentice Hall, 2004.

LISBÔA, A. M. J. **Os adolescentes**: aprenda a entendê-los. Brasília: Quick Printer; 2001.

MAZZOTTI, J. & GEWANDSZNAJDER, F. **O Método nas Ciências Naturais e Sociais**: pesquisa quantitativa e qualitativa. São Paulo: Pioneira, 1998.

MINAYO, M. C. S. et al. **Pesquisa Social**: Teoria e método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento**: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 5ª ed. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec/ Abrasco, 1998.

PAULA, L. H. A. **O Riso como Estratégia Terapêutica no Cuidar em Pediatria**. Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem. Apresentado em 10/02/04, na UFF.

_____. **O Adoecer do Adolescente no Contexto Hospitalar**: um ambiente estranho. Trabalho apresentado no 11º Congresso Panamericano de Profissionais de

Enfermeria, 55º Congresso Brasileiro de Enfermagem realizado de 10 a 15 de novembro de 2003, RJ.

PERES, E. M. Juventude: uma prioridade em Políticas Públicas. **Revista de enfermagem UERJ**, v.11, nº 2, maio/agosto 2003. p.223-228.

PENDLETON, E. **Tarde demais para chorar... Cedo demais para morrer**. São Paulo. Círculo do livro, 1980.

PIGOZZI, V. **Adolescente: viva em harmonia com ele**. São Paulo: Gente,2005.

PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. **Cuidado Humano: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec/ Abrasco, 2004.

_____. **Construção Social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe e espaços públicos**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2005.

POLIZZI, V. P. **Depois daquela viagem**. 9ªed. São Paulo: ABDR, 1998.

RAMOS, F. R. S. **Bases para uma re-significação do trabalho de enfermagem junto ao adolescente**. *Adolescer: compreender, atuar, acolher: Projeto acolher*. Brasília: ABEn, 2001.

RAMOS, F. R. S., PEREIRA, S. M., ROCHA, C. R. M.. **Viver e adolecer com qualidade**. *Adolescer: compreender, atuar, acolher: Projeto acolher*. Brasília: ABEn, 2001.

RAPPAPORT, C. R. et al. **Psicologia do Desenvolvimento: a idade escolar e a adolescência**. v. 4. São Paulo: Epu, 1982.

ROMANO, B. W. **Potencialidades dos locais físicos do hospital em desencadear reações psíquicas**. In:_____. *Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. Cap. 3. p. 56 – 62.

SILVA, M. J. P. da. **O Amor é o caminho: maneiras de cuidar**. São Paulo: Loyola, 2002.

TAKIUTI, A. **A adolescente está ligeiramente grávida. E agora?** São Paulo: IGLU.

TIBA, I. **Adolescentes: quem ama educa**. 5ªed. São Paulo: Integrare Editora, 2005.

VIEIRA, M. A., LIMA, R. A. G. Crianças e adolescentes com doença crônica: convivendo com mudanças. **Revista latino-americana em Enfermagem**, São Paulo, vol.10, p. 552-560, julho – agosto. 2002.

WALDOW, V. R. **O cuidado na Saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmos**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

_____. **Cuidado Humano: o resgate necessário**. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998.

APÊNDICES

QUESTIONÁRIO ELABORADO PARA OS ADOLESCENTES

Sexo: M F

Idade:

Enfermaria :

1- Por que está internado?

2- Como você se sente neste local?

3- Como você se relaciona com os profissionais?

 bem regular mal

4- Você conhece os profissionais que estão lhe tratando?

Enfermeiro sim nãoTécnico ou auxiliar de enfermagem sim nãoMédico sim nãoAcadêmicos sim nãoAssistente Social sim nãoNutricionista sim não

5- Você acha que existe diferença no cuidado deles?

 sim Como é? não

6- Com quem você mais interage?

 Enfermeiros Técnicos e auxiliares de enfermagem Médicos Outros _____

Quando é a interação?

 no momento da visita durante o tratamento apenas como conversas informais

7- Como você gostaria de ser tratado?

8- O que poderia tornar sua internação melhor?

9- De que ou de quem você mais sente falta neste momento?

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURA ELABORADA PARA OS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Profissão:

Idade:

Sexo: F () M ()

Setor ou Enfermaria:

- 1) O que você conhece sobre o PROSAD (Programa de saúde do Adolescente)? Sua unidade segue as diretrizes?
- 2) Como você se sente ao atender um adolescente? Você tem alguma preferência de idade?
- 3) Você considera importante estar capacitado para atender a um adolescente? O que considerada fácil e difícil para atender a um adolescente?
- 4) Como é sua relação com os adolescentes internados? Fale suas facilidades e dificuldades.
- 5) Você considera importante a existência de uma enfermaria própria para os adolescentes? Por quê? Que necessidades dos adolescentes a enfermaria poderia atender?

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO ENTREVISTADO

Nome:

Idade:

RG:

Eu, _____, declaro possuir pleno conhecimento dos objetivos desta pesquisa (identificar as causas de internação dos adolescentes, descrever as políticas de saúde aplicadas ao adolescente e sua aplicação no contexto hospitalar e, discutir a relação da equipe multidisciplinar no cuidar do adolescente no ambiente hospitalar); os dados serão colhidos através de entrevista semi-estruturada com profissionais de saúde que assistem aos adolescentes; será mantido o anonimato dos profissionais, assim como o sigilo dos depoimentos; a pesquisa não oferece nenhum risco, pois não envolve experimentos com seres humanos. Esta possibilitará diagnosticar a importância do preparo do profissional de saúde para melhor acolher o adolescente hospitalizado; receberei qualquer resposta ou esclarecimento a qualquer dúvida surgida acerca dos procedimentos relacionados com a pesquisa; da liberdade de retirar o meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo; que se manterá o caráter confidencial das informações relacionadas com a minha privacidade; que obterei informações atualizadas durante o estudo, ainda que isso possa afetar a minha vontade de continuar dele participando.

Niterói, ___ de _____ de 2005.

Assinatura do Profissional de Saúde

Assinatura da Pesquisadora

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO ENTREVISTADO

Nome:

Idade:

Grau de Parentesco:

RG do responsável:

Eu, _____, declaro possuir pleno conhecimento dos objetivos desta pesquisa (identificar as causas de internação dos adolescentes, descrever as políticas de saúde aplicadas ao adolescente e sua aplicação no contexto hospitalar e, discutir a relação da equipe multidisciplinar no cuidar do adolescente no ambiente hospitalar); dos benefícios que possam ser obtidos com a realização da mesma; de que receberei qualquer resposta ou esclarecimento a qualquer dúvida surgida acerca dos procedimentos relacionados com a pesquisa; da liberdade de retirar o meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo; que se manterá o caráter confidencial das informações relacionadas com a minha privacidade; que obterei informações atualizadas durante o estudo, ainda que isso possa afetar a minha vontade de continuar dele participando.

Niterói, ____ de _____ de 2005.

Assinatura do Responsável

Assinatura da Pesquisadora

ANEXOS

ANEXO 1

Diretrizes Gerais do PROSAD (BRASIL, 1993).

- 1. A implantação do PROSAD deve ter como princípio básico a atenção integral com abordagem multiprofissional ao adolescente através de um sistema hierarquizado que possa garantir a referência e contra-referência nos diferentes níveis de complexidade da assistência.*
- 2. Farão parte desse sistema hierarquizado as unidades do Sistema Único de Saúde (SUS) e unidades de referência como universidades, instituições governamentais e não governamentais. O critério da integralidade deve ser respeitado, e garantido o retorno de informações dos procedimentos realizados no adolescente a unidade de origem.*
- 3. O acesso do adolescente no PROSAD ocorrerá preferencialmente através da rede de atenção primária com enfoque na prevenção e promoção da saúde do mesmo. A atenção primária deve abranger todo o contexto de vida do adolescente como família, escola, trabalho e comunidades (setores organizados, artísticos, culturais, desportivos e outros).*
- 4. Os adolescentes cuja problemática de saúde não tenha sido resolvida em nível da atenção primária, deverão ser encaminhados para serviços de maior complexidade. Estes serviços deverão estar articulados entre si, com recursos humanos capacitados e recursos materiais adequados, norteados pelas recomendações do PROSAD.*
- 5. Para a implantação do PROSAD em nível distrital os coordenadores de programa deverão avaliar as necessidades de sua realidade local. Os profissionais de saúde identificados deverão ser sensibilizados e/ou capacitados, visando a formação de equipes multiprofissionais voltadas para a atenção integral do adolescente.*

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)