

REFLEXÕES SOBRE A SAÚDE DO ADOLESCENTE BRASILEIRO

Sylvia Regina Carmo Magalhães Senna¹, & Maria Auxiliadora Dessen¹

¹Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília; Campus Universitário Darcy Ribeiro; Brasília, Distrito Federal, Brasil;

RESUMO - As mudanças rápidas nos processos de desenvolvimento humano durante o período da adolescência exigem adaptações constantes do indivíduo e dos contextos nos quais ele se insere. Estes ajustes são decisivos para a saúde do adolescente, da família e da comunidade, e tem implicações para os estágios subsequentes do curso de vida. Este artigo objetiva estimular uma reflexão a respeito das relações entre o desenvolvimento do adolescente e a promoção de sua saúde. Primeiramente, discutimos a complexidade do conceito de adolescência, que precisa ser compreendido na sua pluralidade, e não, simplesmente, por meio dos marcos de mudança cronológica ou fisiológica. Os indicadores de saúde associados às principais características de mudança desta fase do desenvolvimento humano são destacados, visando fornecer subsídios para as ações e políticas de cuidado e proteção dos adolescentes. Ênfase é dada à importância de se investir nas políticas públicas que consideram a diversidade cultural e regional dos adolescentes brasileiros.

Palavras-chave: Adolescente, Saúde, Desenvolvimento Humano, Políticas Públicas.

REFLECTIONS ABOUT THE HEALTH OF THE BRAZILIAN ADOLESCENT

ABSTRACT - The rapid changes in the processes of human development during adolescence require constant adaptations of the individual and the contexts in which they have lived. These adjustments are crucial to the health of the adolescent, family and community, and they have implications on the subsequent stages of the life course. This article aims to stimulate a reflection on the relationship between the development and promotion of adolescent health. Primarily, we discuss the complexity of the concept of adolescence, which must be understood in its diversity and not simply through the milestones of chronological or physiological change. The health indicators of the main characteristics of change at this stage of human development are highlighted, aiming to supply subsidies for care and protection policies and actions for adolescents. Emphasis is placed on the importance of investing in public policies that take into account the wide range of cultural and regional differences of Brazilian adolescents.

Keywords: Adolescence, Health, Human Development, Public Policies.

Recebido em 15 de Julho de 2014/ Aceite em 13 de Junho de 2015

☒ SHIN QI 07, Conjunto 05, Casa 12, Lago Norte; Brasília, Distrito Federal, Brasil; CEP: 71515-050; Telef.: [+55613368346](tel:+55613368346). Email: sylviasenna@yahoo.com.br ou dessen@unb.br

A saúde é considerada “o alicerce essencial que sustenta e alimenta o crescimento, a aprendizagem, o bem estar pessoal, a satisfação e o enriquecimento social, a produção econômica e a cidadania construtiva” (Jenkins, 2007, p. 15). É a primeira e mais importante forma de riqueza para a vida, construída pelos próprios indivíduos, no seu cotidiano, e dentro de suas possibilidades (Fleury-Teixeira et al., 2008; Horta & Sena, 2010). Vista como um fenômeno multidimensional, a saúde abrange uma combinação de fatores biológicos, genéticos, organicistas, físicos, psicológicos e sociais, que mapeiam os diferentes contextos nos quais o ser humano se insere (Costa Junior, 2005). Mais ainda, de acordo com o Ministério da Saúde do Brasil (2005a), ela envolve um conjunto de direitos de todos os seres humanos ao bem estar físico, psicológico e social, em seus ambientes mais diversificados.

Na adolescência, a saúde não se encerra apenas na ausência de doenças ou na prevenção de comportamentos de risco. Ela está relacionada à qualidade de vida do adolescente, alcançada por meio da satisfação pessoal e do desenvolvimento de competências sociais, e, também, da manutenção relativamente duradoura de comportamentos que promovam o seu desenvolvimento e saúde (Costa Junior, 2005). Portanto, o desenvolvimento saudável do adolescente não está pautado, unicamente, na garantia de sobrevivência ou no cuidado de problemas denominados orgânicos. Ele está associado, também, a condições físicas e a aspectos psicológicos e socioambientais, que permitem que adolescentes possam lidar com as transformações esperadas para esta fase do curso de vida e com os desafios impostos pelo contexto social e histórico em que vivem.

A saúde do adolescente tem sido um tema de interesse crescente não só entre pesquisadores, mas também nas agendas das políticas mundiais (OMS - Organização Mundial da Saúde, 2009; OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde, 2007). Isto se justifica pelo número expressivo de adolescentes no mundo que atingiu a casa de mais de um bilhão na década passada, e pelas repercussões individuais e sociais que esta fase acarreta. Assim, este artigo teórico tem por objetivo analisar questões do desenvolvimento e da saúde do adolescente, visando estimular uma reflexão acerca das condições que permeiam a adolescência, na atualidade. Para atingir estes objetivos, faz-se necessário, primeiramente, repensar o conceito de adolescência e os delimitadores que, indiretamente, conduzem à identificação dos principais indicadores de saúde neste período do curso de vida. Ao final, são tecidas algumas considerações a respeito da atenção à saúde da população adolescente, enfatizando as peculiaridades da realidade brasileira.

Conceituando e Definindo Limites da Adolescência

Para a OMS - Organização Mundial da Saúde (2009), a adolescência é um fenômeno contemporâneo, que tanto pode ser breve, e passar despercebido em muitas sociedades, quanto bastante prolongado, como em sociedades mais desenvolvidas tecnologicamente (Traverso-Yépez & Pinheiro, 2002). Apesar da delimitação pouco precisa, admite-se que este período tenha o seu início nos marcos biológicos da puberdade e o seu fim com a entrada do jovem na vida adulta, quando ele, então, assume responsabilidades e deveres estabelecidos pela cultura (Arnett, 2000).

Outra forma de delimitar o período da adolescência é pela adoção de um critério cronológico, bastante útil na identificação de parâmetros importantes para a investigação epidemiológica e para a elaboração de políticas de desenvolvimento coletivo e de programas de serviço social e saúde pública. Este critério, adotado pela Organização Mundial da Saúde e reconhecido pelo Ministério da Saúde do Brasil e, também, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE, define a adolescência como uma fase do desenvolvimento humano compreendida entre os 10 e os 19 anos de idade. Já, de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente-ECA, para efeitos da Lei 8069, de

13/07/1990, a pessoa é considerada criança até os 12 anos de idade incompletos e, adolescente, entre os 12 e os 18 anos de idade (Brasil, 1990).

No âmbito da pesquisa científica, devido às especificidades observadas durante a adolescência, esta pode ser dividida em inicial/precoce, intermediária e final/tardia, variando em função das idades de início e fim. O adolescente é, então, classificado em: “adolescente precoce”, abaixo dos 15 anos; “adolescente-jovem”, entre os 15 e os 19 anos; e “adulto-jovem”, dos 20 aos 24 anos (Smetana, Campione-Barr, & Metzger, 2006). Nas últimas décadas, o termo “juventude” vem sendo utilizado para evocar a faixa etária entre 15 e 24 anos, ao identificar particularidades deste grupo referentes ao adiamento para assumir responsabilidades tais como iniciar e concluir um curso de graduação, entrar no mercado de trabalho, casar e formar a sua própria família (Arnett, 2000; OMS, 2009).

Traverso-Yépez e Pinheiro (2002) apontam que a ambiguidade ao redor dessa delimitação tem provocado problemas operacionais que dificultam uma conceituação mais precisa e uma definição de limites etários comuns aos diversos atores sociais. Apesar da importância do critério etário, cabe reconhecer certa arbitrariedade que, de fato, não demonstra a diversidade da condição socioconstruída do adolescente (Horta & Sena, 2010). A adolescência implica na complexidade das experiências diversificadas, que variam em função de características individuais e socioculturais, de gênero, classe social, região geográfica, cultura, entre outros. Uma revisão destas diferentes características, apesar de difícil, merece a atenção não apenas dos serviços de educação e saúde, mas também, das famílias e dos pesquisadores da área, no sentido de respaldar ações e políticas mais adequadas de cuidado e proteção, educação e aconselhamento dos adolescentes.

Portanto, o que precisamos ter em mente é o fato de que a delimitação da adolescência envolve tanto critérios cronológicos e físicos, quanto sociais e culturais, e sua definição se pauta, essencialmente, na ideia das transformações múltiplas e simultâneas, fundamentais ao desenvolvimento humano. Tais transformações acontecem tanto no próprio indivíduo quanto nas suas relações com os contextos dos quais ele faz parte.

Mudanças e Indicadores de Saúde na Adolescência

Os indicadores de saúde na adolescência podem variar de acordo com as diferentes características das subfases deste período de intensas mudanças. No início da adolescência, as primeiras mudanças identificadas estão associadas às questões biológicas, ou seja, à aceleração do crescimento físico e da composição corporal (altura, peso e demais proporções corporais), à eclosão hormonal e à maturação cognitiva (raciocínio abstrato e formal) e sexual. Avanços nos conhecimentos das áreas de neurociências e neuroimagens, bem como dos estudos sobre metacognição, compreensão e conscientização apontam progressos no entendimento do funcionamento cognitivo do adolescente, e revelam a integração dessas mudanças com outras do seu desenvolvimento (Keating, 2004; Smetana et al., 2006). Tais estudos têm demonstrado que, gradativamente, o adolescente desenvolve novos interesses e habilidades de pensar criticamente, elabora novas perspectivas sobre o mundo e se torna capaz de tomar decisões ao avaliar as possíveis consequências de seus comportamentos e atitudes.

Em função do desenvolvimento dessas habilidades, os indicadores de saúde do início da adolescência devem estar atrelados, principalmente, às condições e hábitos de estudo, higiene, alimentação, prática de exercícios físicos e sono (Jenkins, 2007). Neste momento, estes hábitos de saúde são mais influenciados pelas situações e necessidades de bem estar imediato dos

adolescentes, do que pelas consequências que eles podem ter em longo prazo (Michaud, Chossis, & Suris, 2006).

Durante a puberdade, esportes e atividades físicas tornam-se meios de adaptação ao próprio corpo e de experimentação de novas sensações e, na adolescência intermediária, eles constituem um forte meio de integração social. Mais tarde, quando eles são substituídos por saídas frequentes e namoros, o sedentarismo passa a ser uma limitação ao seu desenvolvimento saudável (Michaud et al., 2006), tornando-se uma questão importante da saúde. Uma Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar intitulada PeNSE (IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2012), realizada com mais de 100 mil estudantes do 9º ano do Ensino Fundamental, com idades entre 13 e 15 anos, classificou 45,1% deles como insuficientemente ativos, pois executavam o tempo mínimo recomendado de 300 minutos de atividade física semanal. Cabe ressaltar a importância atribuída pelos próprios adolescentes à ocupação de seu tempo livre (Gaspar, Ribeiro, Matos, & Leal, 2008) e à forma como eles, particularmente os adolescentes brasileiros, gastam o seu tempo, que está relacionada à oferta de recursos e à desigualdade econômica, constituindo, assim, um problema da esfera da saúde (Gonçalves & Garcia, 2007).

Hábitos de higiene e escolhas alimentares e nutricionais do adolescente também são indicativos de saúde, visto que eles estão diretamente relacionados à prevenção de doenças. Devido a novas influências ambientais (pressão dos pares, preocupação com a imagem corporal e mudança nos padrões de comunicação e rotinas), os adolescentes desenvolvem hábitos, nem sempre muito saudáveis, como alimentar-se fora de casa e recorrer a comidas de fácil acesso. E isto, por si só, justifica o investimento na pesquisa e na oferta de informações à população, visando prevenir problemas e distúrbios alimentares (anorexia, bulimia e compulsão) na adolescência (IBGE, 2012; Michaud et al., 2006).

Durante a fase intermediária da adolescência, além das transformações corporais, no novo modo de pensar e de agir, na forma de desempenhar papéis sociais, e na maneira de se perceber e ser percebido, outras influências sociais são responsáveis por mudanças significativas nas interações e relações do adolescente com seus contextos (Lerner, 1998). Além dos pais, amigos e professores, o aumento de suas redes sociais gera uma variedade de novas experiências, que incluem a ação mais intensa dos grupos de pares, mídias de comunicação de massa, vizinhança, grupos religiosos, ambientes de trabalho e lazer. Gradativamente, por meio dessas experiências, o adolescente vai modificando valores e hábitos de vida, ganhando mais independência e autoconfiança, e sua saúde se torna progressivamente relacionada aos aspectos psicossociais básicos ao seu processo de desenvolvimento.

Na busca por sua identidade e autonomia, e por possibilidades e gratificações imediatas, eles podem experimentar sentimentos de invulnerabilidade e impulsividade, e demonstrar escolhas e decisões que, geralmente, exigem deles mais responsabilidade, e que, se inadequadas, têm consequências mais negativas do que durante a infância (Jenkins, 2007; Lerner, 1998). Neste período, torna-se essencial a prevenção contra os perigos e ameaças provocados por forças externas e também internas, próprias do adolescente.

Dados da pesquisa PeNSE (IBGE, 2012) revelam que a saúde nem sempre é a primeira preocupação do adolescente entre os 13 e 15 anos. Como acontece em outros países, a maioria dos 28,7% dos adolescentes dessa pesquisa que disseram ter tido relações sexuais eram meninos, e destes, nem todos usaram preservativo na última vez em que mantiveram relações sexuais, isto é, apenas 75,3% (IBGE, 2012). Tais dados corroboram o levantamento feito pelo UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância (2011), apontando que, dentre os brasileiros, 39% não usavam preservativos em suas relações sexuais e não reconheciam, na AIDS, um problema que os preocupasse. Ainda, de acordo com os Indicadores do Sistema de Informações da Atenção Básica

do Ministério da Saúde (2006), mesmo tendo bom conhecimento sobre a AIDS, eles possuíam dúvidas básicas sobre a prevenção.

Portanto, apesar de os escolares receberem informações sobre doenças sexualmente transmissíveis e AIDS na escola (IBGE, 2009, 2012), este fato não garante mudanças efetivas de comportamento. Essa dificuldade para mudanças de comportamento é decorrente, em parte, da crença de muitos dos adolescentes de que eles sabem o que é melhor para si e, por isto, continuam a se engajar em comportamentos e situações que os colocam em risco (Michaud et al., 2006).

Os anos finais da adolescência, por sua vez, podem significar um período de estresse que, segundo Zimmer-Gembeck e Skinner (2008), é visto como uma crise na saúde do indivíduo e da família, de grande preocupação para as autoridades. Pela necessidade de enfrentar suas próprias limitações para alcançar o desenvolvimento saudável, o adolescente se envolve em comportamentos de risco e em situações de vulnerabilidade, que explicam parte do grande índice de morte juvenil em todo o mundo. Crianças e adolescentes entre os 10 e os 19 anos de idade, com predominância masculina, contribuem com 1/3 da mortalidade mundial, sendo que, no Brasil, 40% delas estão relacionadas a acidentes ou violência (UNICEF, 2011). As agressões foram a principal causa de morte de adolescentes na faixa dos 10 aos 18 anos, sobretudo em decorrência de homicídios por arma de fogo (UNICEF, 2015; IBGE, 2012)

No Brasil, é grande o envolvimento dos adolescentes em homicídios por arma de fogo, gerando um grave problema social e um desequilíbrio no funcionamento familiar, com implicações sérias para a saúde e o desenvolvimento dos adolescentes e suas famílias, ao longo do curso de vida (Domingues & Dessen, 2013). O quadro é alarmante, uma vez que os homicídios juvenis entre jovens de 15-29 anos registraram um crescimento em torno de 400% nas últimas três décadas, passando de 12,8 mortes por 100 mil habitantes, em 1980, para 47,6 em 2012 (Waiselfisz, 2015).

Além dessas, outras situações de vulnerabilidade, como dirigir veículos motorizados ou motocicleta sem capacete, suicídio, gravidez indesejada e transmissão de doenças estão diretamente associadas ao uso e abuso de álcool e de outras substâncias psicoativas, e podem, eventualmente, desencadear comportamentos adversos. O consumo de substâncias por adolescentes está associado a diversos fatores sociodemográficos (idade, sexo e classe social) e psicossociais (relações familiares, com amigos e na escola). Considerando os efeitos destas substâncias sobre o desenvolvimento do adolescente, faz-se necessária uma atenção diferenciada e urgente para tal problema de saúde (Araújo, Costa, & Blank, 2009; Ministério da Saúde, 2005a, c).

A saúde sexual e reprodutiva do adolescente ocupa lugar de destaque nas políticas públicas, uma vez que a puberdade vem ocorrendo cada vez mais cedo e, conseqüentemente, a vida sexual está cada vez mais precoce, com o aumento na taxa de gravidez entre meninas entre os 10 e os 14 anos de idade. As complicações provocadas pela gravidez e o parto são as principais causas de morte entre mulheres nesta faixa, no mundo (Gonçalves & Garcia, 2007; UNICEF, 2011). Cabe, portanto, envidar esforços para compreender melhor como as comunidades e a própria cultura influenciam as práticas de comportamentos sexuais de risco (Gaspar, Matos, Gonçalves, Ferreira, & Linhares, 2006). Na realidade brasileira, este aumento está associado à baixa renda e pouca escolaridade, e é um dos responsáveis pelo crescente número de atendimentos nos serviços de pré-natal e maternidade (Ministério da Saúde, 2010; OMS, 2012; UNICEF, 2011).

O comportamento sexual dos adolescentes é tema de preocupação internacional devido ao aumento da infecção pelo HIV/AIDS. Dos 30 milhões de pessoas infectadas pelo vírus, no mundo, pelo menos um terço tem entre 10 e 24 anos, sendo as meninas as mais vulneráveis (UNICEF, 2011). Segundo este relatório, no Brasil, elas são proporcionalmente mais infectadas do que os meninos; no entanto, entre os 15 e 19 anos, são as meninas as mais propensas a fazerem o teste para

detecção do vírus HIV. Investigar as razões para esta disparidade torna-se imperativo, a fim de garantir investimentos mais eficazes no âmbito da saúde pública. Ainda, apesar do sucesso no controle da transmissão vertical do HIV no país, entre 2004 e 2013, o número de novos casos em meninos com idades entre 15 e 19 anos aumentou em 53% (Ministério da Saúde, 2012; UNICEF, 2015).

Assim, os indicadores de saúde da fase final da adolescência estão mais relacionados aos aspectos socioculturais, a partir dos quais se espera que o jovem desempenhe tarefas de desenvolvimento como: (a) assumir papéis, responsabilidades e privilégios do adulto; (b) ter sua identidade estabelecida; (c) demonstrar capacidade de manter uma relação afetiva estável; (d) assumir e manter compromisso escolar, acadêmico e/ou profissional; e (e) participar das decisões como cidadão. Para isso, em princípio, supõe-se que ele tenha adquirido um sistema próprio de valores (estima por si mesmo, respeito ao próximo e cidadania) e que, ao mesmo tempo, mantenha certa reciprocidade com a geração precedente. Isto implica separar-se emocionalmente de sua família de origem, estabelecendo vínculos emocionais mais estáveis e constituindo a própria família (Jenkins, 2007). De acordo com este autor, nesta fase, manter um estilo saudável de vida significa ultrapassar esses desafios, estabelecendo o controle sobre si mesmo e evitando comportamentos pouco saudáveis, e traçar metas e perspectivas de vida.

Sob esta dimensão, o processo dinâmico de saúde do adolescente dependerá tanto da forma como ele se comporta, como das condições oferecidas pelos ambientes em que ele vive. No que tange às condições contextuais da adolescência no Brasil, é preciso destacar que, de acordo com o último censo realizado, somos a 5ª. nação mais populosa do mundo e já ultrapassamos 204 milhões de habitantes, dos quais aproximadamente 28% são de adolescentes (IBGE, 2010). As diversidades naturais, sociais e culturais revelam grandes diferenças regionais e geográficas, que produzem características socioeconômicas, ideológicas, psicossociais ou profissionais que, por sua vez, atuam sobre os ambientes de desenvolvimento e saúde do adolescente.

A diversidade e pluralidade de comportamentos e necessidades do adolescente brasileiro são observadas nas condições dos que habitam centros urbanos ou agrícolas, áreas centrais ou periféricas, regiões Norte ou Sul do País. Com 84% da população urbanizada e com uma concentração de quase 24 milhões de adolescentes no Sudeste do País (IBGE, 2010), a região mais marcada pela sociedade de consumo e pela desigualdade social, é de se esperar que tenhamos graves problemas de saúde nesta etapa do curso de vida. As condições precárias fazem com que os adolescentes parem de estudar e busquem sustento e, quando não conseguem, ficam desocupados correndo o risco de se envolverem com o comércio e/ou uso de drogas ilícitas (Gonçalves & Garcia, 2007). Observa-se, também, grande diferença entre adolescentes de classes menos favorecidas e de classes média e alta, principalmente quanto ao ingresso no mercado de trabalho, acesso à informação, exposição à mídia de comunicação e condições de saúde e crescimento.

Essas disparidades se revelam nas condições de escolaridade dos jovens no país. Em 2013, 31% dos jovens de 18 a 24 anos de idade não haviam concluído o Ensino Médio e não estavam estudando. Este dado representa o abandono escolar precoce, importante indicador de vulnerabilidade, pois, futuramente, este pode tornar-se um grupo com menos oportunidades de inserção qualificada no mercado de trabalho (IBGE, 2012). Geralmente, o maior número de analfabetos está entre afrodescendentes, habitantes de regiões rurais e de clima semi-árido, como no Nordeste do país, em condição de pobreza. Estes grupos de adolescentes convivem com menos oportunidades de educação e desenvolvimento de habilidades, e estão expostos a uma maior exposição a situações de risco, o que leva a prejuízos psicológicos e sociais, além de grandes repercussões geracionais, de perpetuação deste estado.

Quanto aos contextos mais próximos de desenvolvimento do adolescente, a família é considerada central para a promoção da saúde (Matos, 2008), inclusive para os próprios adolescentes. Segundo uma pesquisa de âmbito nacional, denominada 'A voz do adolescente' (UNICEF, 2002), os adolescentes (95%) percebem a família como o primeiro e principal contexto do seu desenvolvimento, tendo papel fundamental nas suas vidas e para a sociedade, sendo, inclusive, responsável pelos seus direitos e bem estar. Eles se percebem mais felizes estando em família (70%) e mais infelizes quando em conflito com ela (61%). No entanto, em uma pesquisa nacional mais recente intitulada PeNSE (IBGE, 2012), dos 109.104 escolares entrevistados, 10,6% mencionaram algum tipo de agressão física por parte de um adulto da família.

No âmbito escolar, as condições de saúde refletem diretamente no rendimento acadêmico do adolescente, uma vez que a escola é o segundo contexto mais importante do seu desenvolvimento (Araújo et al., 2009). Como um dos mecanismos de identificação, monitoramento e vigilância de comportamentos de risco, a escola representa um espaço único de educação e promoção de saúde. Tanto dentro quanto fora da escola, comportamentos relacionados aos hábitos e estilos de vida, quando adquiridos na adolescência, têm efeitos potenciais sobre a sua saúde, em curto e longo prazos (Michaud et al., 2006).

Atenção à Saúde da População Adolescente no Brasil

Ações voltadas para as questões da saúde na adolescência devem, em primeiro lugar, estar embasadas nos aspectos legais previstos pela Constituição Brasileira de 1988 (Brasil, 2007), que direcionam à família e ao Estado o dever de assegurar vida, saúde, alimentação, educação, lazer, profissionalização, cultura, dignidade, respeito, liberdade e convivência às crianças e adolescentes. No Brasil, o principal documento de direito à saúde do adolescente ainda é o Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA (Brasil, 1990), que estabelece a garantia do respeito aos direitos do adolescente, cabendo ao estado a elaboração de políticas dirigidas às suas demandas e potencialidades. Apesar da importância das condições de reinserção e legitimidade do lugar conferido ao adolescente e ao jovem na sociedade, é preciso, ainda, avançar nesta área no sentido de combater as desigualdades geográficas, sociais e étnicas (UNICEF, 2015).

A OMS (2009) prevê que políticas e ações dirigidas à saúde devem estar embasadas em condições de meio ambiente saudável, que apoiem e fortaleçam as capacidades do indivíduo para a vida, e prestem serviços qualificados de saúde e aconselhamento. A elaboração de um programa de saúde, de acordo com Tanaka e Melo (2004), deve envolver a análise prévia dos contextos de desenvolvimento e das condições de vida e recursos de uma dada população, tais como a qualidade de moradia, saneamento, segurança e transporte. Deve, também, auxiliar na identificação de demandas específicas, levantando alternativas de mudança dessas condições em direção à vida mais saudável. As ações podem ser mais eficazes se definidas em conjunto, em equipes educativas, psicológicas, sociais e jurídicas, e se implantadas nos diversos setores da cultura, esportes e trabalho. Mais ainda, elas devem ser dirigidas a diferentes níveis (individual, familiar, escolar e comunitário) e camadas sociais e culturais (Gaspar et al., 2006), atingindo um maior número possível de adolescentes e famílias.

Quanto aos programas de saúde dirigidos à família como um todo, eles podem significar uma oportunidade ímpar de construção de novas relações entre os familiares, e entre a família e as demais instituições. Neles, os membros da família podem compartilhar dúvidas e preocupações comuns e atuais, e aprender a lidar com as novas construções familiares da atualidade (Matos, 2008). Esta autora ressalta, ainda, que estes programas podem permitir a reflexão e a transmissão de

valores de vida, o desenvolvimento da saúde e da sexualidade, além do enfrentamento de uma diversidade de desafios e preocupações provocados pelas atuais mídias de comunicação, como o acesso à *Internet* e o *cyber bullying*.

Em ambientes escolares, pode-se elaborar estratégias motivadoras e facilitadoras da saúde, nos principais processos de aprendizagem e desenvolvimento de competências sociais. Em comunidades e grupos de amigos, cabe buscar recursos oferecidos por centros de formação profissional, cultura e lazer, além dos serviços em unidades de saúde específicas, promovendo avanços mais efetivos nas condições de atendimento e nas políticas de saúde do adolescente e de sua família.

Atividades educativas de amplo espectro, tais como campanhas nas mídias de comunicação e divulgação de informações em datas e lugares específicos (por exemplo, abuso do álcool ou uso de preservativos no Carnaval), devem incluir a conscientização acerca do significado da adolescência como um momento particularmente importante de transição, não só para ele como para a família. Assim, é fundamental contar com a colaboração e a participação da família tanto como rede de apoio para o desenvolvimento do adolescente (Gonçalves & Garcia, 2007), quanto como usuária dos programas de orientação e aprendizagem de habilidades sociais e de comunicação familiar (Ministério da Saúde, 2010).

Baseados em temas estruturantes, tais como a participação juvenil, a equidade de gêneros, os direitos sexuais e reprodutivos, projetos de vida, cultura, paz, cidadania e igualdade de condições sociais e étnicas, pode-se propor atividades que desenvolvam habilidades essenciais para a vida cotidiana. Paralelamente, considerando as necessidades e interesses dos adolescentes, nas suas diferentes subfases, os programas a eles dirigidos devem oferecer oportunidades que envolvam resolução de problemas, pensamento crítico, liderança e desenvolvimento de conhecimentos vocacionais e culturais, entre outras (Lerner, Phelps, Forman, & Bowers, 2009; Tanaka & Melo, 2004). Tais atividades podem desvelar, inclusive, uma concepção mais positiva de adolescência e de saúde, sustentada pelos recursos e potencialidades de cada um (Horta & Sena, 2010).

No sentido de alcançar o desenvolvimento integral do adolescente, propostas específicas de intervenção podem abarcar os grupos de risco quando direcionadas aos problemas de violência, da prática de atos infracionais e de conflito com a lei, e das discrepâncias sociais. A elas devem somar-se atividades de apoio emocional, integração às redes sociais e ampliação de recursos comunitários, incluindo a educação e a prevenção na modificação de atitudes e comportamentos, por meio de atividades esportivas, culturais e de lazer (Ministério da Saúde, 2010; UNICEF, 2015).

Entretanto, mesmo diante dos dados apontados e da necessidade imperiosa de investimentos nesses grupos, é imprescindível reconhecer que nem todos os comportamentos adolescentes podem ser considerados necessariamente problemáticos. Eles podem ser momentâneos e, até mesmo, meramente experimentais ou exploratórios (Michaud et al., 2006), e envolver conflitos normativos, esperados e necessários ao seu desenvolvimento. O que se sabe é que a maioria das trajetórias do desenvolvimento do adolescente envolve ajustamentos positivos, fato que desmistifica a ideia do ‘adolescente-problema’ e conduz à interpretação de que quando estes conflitos são resolvidos em contextos de relações familiares sustentadoras e contínuas, de proximidade e aceitação, eles dão a tônica de uma adolescência mais saudável (Brazelton & Greenspan, 2002).

Portanto, considerando que a adolescência é um período especial do desenvolvimento humano, ela pode significar uma fase de grandes oportunidades para os próprios adolescentes, suas famílias, a comunidade, o governo e a sociedade. Os adolescentes, enquanto construtores ativos do seu desenvolvimento, são capazes de pensar e agir criativamente, de fazer escolhas e modelar seus ambientes, tomando decisões sobre seus comportamentos de relevância à saúde, com base em seus próprios valores, metas e planos de vida. Logo, é importante incluí-los como protagonistas no

planejamento, desenvolvimento, divulgação e avaliação das ações de saúde (Fleury-Teixeira et al., 2008; Ministério da Saúde, 2008; UNICEF, 2011, 2015).

Considerações Finais

Considerando que nenhuma mudança esperada para a adolescência, seja biológica, física, social ou psicológica, pode ser vista como a principal responsável pelo desenvolvimento do adolescente (Lerner, 1998), todas elas devem ser avaliadas em conjunto, nas suas inter-relações, de modo a fornecer uma melhor compreensão da adolescência e auxiliar na identificação dos diversos indicadores de saúde. Compreender os processos de saúde na adolescência significa reconhecer a importância dessas múltiplas dimensões, individuais e contextuais, e identificar e inserir as características da população adolescente no planejamento, desenvolvimento, gestão e organização de ações dirigidas à sua atenção.

No Brasil, compreender o processo de crescimento e desenvolvimento da população adolescente implica não só perceber a adolescência como um conceito plural (Horta & Sena, 2010), mas também atentar para as suas especificidades, nos diferentes grupos nacionais, regionais e locais. Cabe, também, considerar uma realidade, perpassada pela precariedade de serviços de infraestrutura, altos índices de evasão escolar, relações de gênero restritas e falta de perspectivas e oportunidades acadêmicas e profissionais para a maioria.

Desta forma, compete aos programas e ações governamentais e não governamentais transcender as questões da inserção desses jovens no mercado informal de trabalho e do desempenho dos tradicionais papéis sexuais, ampliando o seu escopo para romper com o ciclo de reprodução da pobreza (UNICEF, 2015). Além disso, um programa de atenção à saúde de uma população deve, acima de tudo, considerar tanto as diferentes características intra e interindividuais, bem como as trajetórias do processo de adolecer, identificando as diversidades entre e dentro dos grupos étnicos, raciais e culturais (Lerner, Lerner, Stephanis, & Apfel, 2001).

Ao examinar as condições de vida das diferentes populações, identificando as condições sociais e os recursos disponíveis em cada contexto, parece essencial a implementação de ações mais dirigidas aos projetos de vida dos adolescentes. Nesta direção, o Ministério da Saúde (2010), junto aos demais órgãos do governo brasileiro, tem reforçado a importância da adolescência para o desenvolvimento do indivíduo, por meio do compromisso com o desenvolvimento de ações que possibilitam o desenvolvimento de condições para o exercício da autonomia.

Porém, avanços e retrocessos da situação infanto-juvenil podem ser detectados. Progressos importantes nos indicadores de acesso, aprendizagem, permanência e conclusão do Ensino Básico ainda convivem com a situação de crianças e jovens passando fome, usando entorpecentes, sendo privados de educação e tendo altos índices de mortalidade, sobretudo nas grandes capitais brasileiras. O trabalho infantil, particularmente frequente na região Nordeste, é fator determinante para o baixo desempenho dos estudantes (Associação Nacional dos Centros de Defesa da Criança e do Adolescente - ANCED, 2009), e que precisa ser priorizado na agenda das políticas governamentais dirigidas aos adolescentes (UNICEF, 2015).

Muito ainda tem que ser pensado e planejado de modo a responder às demandas da população desta etapa do curso de vida, nas diversas culturas. É preciso que haja continuidade e fortalecimento de articulações entre ações governamentais e sociais, para superação de desafios. Isto implica mobilizar toda a sociedade a conhecer mais e melhor suas diferentes realidades, e formular medidas que contemplem a todos de maneira adequada e em suas necessidades específicas. Requer, ainda, a criação de novas oportunidades de desenvolvimento do adolescente, da sua capacidade crítica e desejo por promover a justiça social, no sentido de ser melhor compreendido e apoiado, enquanto

agente transformador e promotor de mudanças construtivas. Estas oportunidades devem incluir a preservação da sua autonomia e integridade física e moral, e, no seu direito de cidadão, garantir privacidade, opinião, expressão e escolha, no uso dos serviços de saúde (Fleury-Teixeira et al., 2008).

Este quadro aponta também para a necessidade de mais investigações sobre a adolescência no Brasil, focadas em coletas de dados mais abrangentes e análises específicas às diferentes populações, com aportes que detectem demandas nas diversas áreas: familiar, escolar, comunitária e social. Tais pesquisas devem apreender mais do que variáveis puramente biológicas - de crescimento físico, hormonal e maturacional - e da saúde orgânica, dos processos de doença e saúde da medicina clássica; elas devem identificar outros aspectos do desenvolvimento que envolvam elementos dos contextos macro e microsociais, agindo sobre a adolescência (Lerner et al., 2001; Ministério da Saúde, 2010). Além disso, os estudos nesta área devem investigar temas que ampliem os olhares sobre esse segmento social, incluindo o aprofundamento de questões relativas às diferenças entre gêneros, relações familiares e papel dos pais nos processos de socialização dos adolescentes.

Compreender como os adolescentes experimentam, entendem, refletem, reagem e lidam com os eventos da adolescência, e como aprenderam e adotaram crenças, conhecimentos e competências para se comportarem em relação à própria saúde, pode trazer subsídios importantes para as ações dirigidas a sua saúde. Para Jenkins (2006), a escolaridade pode ser considerada a “vacina universal”, responsável por gerar os efeitos decisivos sobre a saúde do jovem e de sua expectativa de vida presente e futura. Assim, a elaboração, revisão, divulgação e oferta de materiais educativos, dirigidos tanto aos profissionais quanto aos usuários adolescentes, podem informar sobre a adolescência e seus direitos ao acesso aos serviços de saúde integral e de qualidade, além de oferecer métodos para a prática do sexo seguro, prevenção contra os riscos no uso de substâncias, entre outros temas de seu interesse (Ministério da Saúde, 2005b, c; Ferrari, Thompson, & Melchior, 2008).

Entretanto, somente isto não basta; são imprescindíveis mudanças mais substanciais, tanto nos serviços quanto na formação e prática dos profissionais de saúde, e, também, de suas relações com outras instâncias, como a educação (Ferrari et al., 2008). Segundo esses autores, cabe refletir e implantar ações que promovam um diálogo que seja mais livre, aberto, transformador e democrático, com vistas a mudar relações e posturas tradicionais entre as instituições e os adolescentes.

As ações bem-sucedidas de promoção e proteção à saúde do adolescente são aquelas que se pautam, prioritariamente, nas questões do desenvolvimento humano, e que reconhecem o adolescente como indivíduo em desenvolvimento, em contextos sociais e culturais também em desenvolvimento. O desenvolvimento do adolescente é melhor compreendido se consideradas as inter-relações entre as mudanças sistemáticas do indivíduo com o contexto social e cultural, no seu tempo histórico (Bronfenbrenner, 1992; Lerner, 1998). Neste sentido, cabe reiterar a importância de as políticas públicas brasileiras priorizarem os adolescentes na sua diversidade cultural e social. Se reconhecidas suas particularidades e diferenças, desejos e competências; e se oferecidas oportunidades e recursos suficientes para sua inserção social e produtiva, eles poderão contribuir, buscando alternativas para a solução dos problemas apresentados pelo cenário de desafios do seu tempo. Ultrapassar problemas de crise econômica, desemprego, mudanças climáticas, degradação ambiental, urbanização e migração, envelhecimento social, novas doenças e, particularmente, no Brasil, a pobreza e a discriminação (UNICEF, 2011), exigirá mais do que um discurso político, mas uma prática consistente e continuada.

REFERÊNCIAS

- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55, 469-480. doi: 10.1037//003-066X.55.5.469
- Araújo, E., Costa, A. J., & Blank, N. (2009). Aspectos psicossociais de adolescentes de escolas públicas de Florianópolis/SC. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 19, 219-225.
- Associação Nacional dos Centros de Defesa da Criança e do Adolescente - ANCED (2009). *Análise sobre os direitos da criança e do adolescente no Brasil: Relatório preliminar da ANCED*. Disponível em <http://www.equidadeparaainfancia.org/>
- Brasil. Presidência da República. (1990). Lei 8069, de 13 de Julho de 1990. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/>
- Brasil. Constituição (2007). *Constituição da República Federativa do Brasil: 1988* – texto constitucional de 5 de outubro de 1988, com alterações pelas Emendas Constitucionais de n. 1, de 1992, a 53, de 2006, e pelas Emendas Constitucionais de Revisão de n. 1 a 6, de 1994. – 27. Ed. – Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações.
- Brazelton, T. B., & Greenspan, S. I. (2002). *As necessidades essenciais das crianças*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bronfenbrenner, U. (1992). Ecological system theory. In R. Vasta (Ed.), *Six theories of child development* (pp. 187-243). London: Jessica Kingsley.
- Costa Junior, A. L. (2005). Psicologia da saúde e desenvolvimento humano: o estudo do enfrentamento em crianças com câncer e expostas a procedimentos médicos invasivos. In M. A. Dessen, & A. L. Costa Junior (Eds.), *A Ciência do Desenvolvimento Humano* (pp. 171-189). Porto Alegre: Artmed.
- Domingues, D. F., & Dessen, M. A. (2013). Reorganização familiar e rede social de apoio pós-homicídio juvenil. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 29, 141-148.
- Ferrari, R. A., Thompson, Z., & Melchior, R. (2008). Adolescência: ações e percepção dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 12, 387-400. doi: 10.1590/S1414-32832008000200013
- Fleury-Teixeira, P., Vaz, F., Campos, C., Álvares, J., Aguiar, R., & Oliveira, V. (2008). Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 13, 2115-2122. doi: 10.1590/S1413-81232008000900016
- Gaspar, T., Matos, M., Gonçalves, A., Ferreira, M., & Linhares, F. (2006). Comportamentos sexuais, conhecimentos e atitudes face ao VIH/Sida em adolescentes migrantes. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 7(tirar) 299-316.
- Gaspar T., Ribeiro, J. L., Matos, M. G., & Leal I. (2008). Promoção de qualidade de vida em crianças e adolescentes. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 9, 55-71.
- Gonçalves, H. S., & Garcia, J. (2007). Juventude e sistema de direitos no Brasil. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 27(3), 538-553. doi: 10.1590/S1414-98932007000300013
- Horta, N., & Sena, R. (2010). Abordagem ao adolescente e ao jovem nas políticas públicas de saúde no Brasil: um estudo de revisão. *Revista de Saúde Coletiva*, 20, 475-495. doi: 10.1590/S0103-733120000200008
- IBGE - Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia (2009). *PeNSE 2009: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2009*. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/>
- IBGE - Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia (2010). *Censo Demográfico 2010*. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/>

- IBGE - Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia (2012). *PeNSE 2012: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2012*. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/>
- Jenkins, C. D. (2007). *Construindo uma saúde melhor: um guia para a mudança de comportamento* (pp. 15-38). Porto Alegre: Artmed/ Pan-American Health Organization.
- Keating, D. P. (2004). *Cognitive and brain development*. In R. M. Lerner, & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology* (2a. ed., pp. 45-84). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons. doi: 10.1002/9780470479193
- Lerner, R. (1998). Adolescent development: Challenges and opportunities for research, programs, and policies. *Annual Review of Psychology*, 49, 413-446. doi: 10.1146/annurev.psych.49.1.413
- Lerner, R., Lerner, J., De Stephanis, I., & Apfel, A. (2001). Understanding developmental systems in adolescence: Implications for methodological strategies, data analytic approaches, and training. *Journal of Adolescent Research*, 16, 9-27. doi: 10.1177/0743558401161003
- Lerner, J., Phelps, E., Forman, Y., & Bowers, E. (2009). Positive youth development. In R. M. Lerner, & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology* (2a. ed., pp. 524-558). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons. doi: 10.1002/9780470479193
- Matos, M. G. de (2008). A saúde do adolescente: o que se sabe e quais são os novos desafios. *Análise Psicológica*, 26, 251-263.
- Michaud, P., Chossis, I., & Suris, J. (2006). Health-related behavior: Current situation, trends, and prevention. In S. Jackson, & L. Goosens (Eds.), *Handbook of Adolescent Development* (pp. 284-307). East Sussex, UK: Psychology Press.
- Ministério da Saúde (2005a). *Marco Legal – Saúde, um direito dos adolescentes*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/marco_teorico_referencial.pdf
- Ministério da Saúde (2005b). *Marco Teórico e Referencial – Saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens*. Versão Preliminar. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/marco_teorico_referencial.pdf
- Ministério da Saúde (2005c). *Saúde integral de adolescentes e jovens – orientações para a organização de Serviços de Saúde*. Brasília: DF. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_integral.pdf
- Ministério da Saúde (2006). *Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) – Indicadores 2005*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/caadab/documentos/siab2005.pdf>
- Ministério da Saúde (2008). *Um olhar sobre o jovem no Brasil: Série B. Textos Básicos de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em <http://www.espm.br/>
- Ministério da Saúde (2010). *Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde*. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes_nacionais_adoles_jovens_230810.pdf
- Ministério da Saúde (2012). *Aids no Brasil: epidemia concentrada e estabilizada em populações de maior vulnerabilidade*. Boletim Epidemiológico, vol. 43, no. 1. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/julho/23/BE-2012-43--1--pag-8-a-10-Aids-no-Brasil.pdf>
- OMS - Organização Mundial de Saúde (2009). *Child and adolescent health and development*. Genebra: OMS. Disponível em <http://www.who.int/child-adolescent-health/>
- OMS - Organização Mundial de Saúde (2012). *A gravidez na adolescência: Ficha informativa no. 364*. Disponível em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/en/index.html>

- OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde (2007). *Health agenda for the Americas 2008-2017*. Panama: Pan-American Health Organization. Disponível em http://www.paho.org/English/DD/PIN/Health_Agenda.pdf
- Smetana, J. G., Campione-Barr, N., & Metzger, A. (2006). Adolescent development in interpersonal and societal contexts. *Annual Review of Psychology*, 57, 255-284. doi.org: 10.1146/annurev.psych.57.102904.190124
- Tanaka, O. Y., & Melo, C. (2004). *Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente – um modo de fazer*. São Paulo: EDUSP/Organização Pan-Americana de Saúde.
- Traverso-Yépez, M. A., & Pinheiro, V. S. (2002). Adolescência, saúde e contexto social: esclarecendo práticas. *Psicologia e Sociedade*, 14, 133-147. doi: 10.1590/S0102-71822002000200007
- UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância (2002). *A voz do adolescente*. Brasília: UNICEF do Brasil. Disponível em <http://www.unicef.org/>
- UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância (2011). *Relatório Situação Mundial da Infância 2011 - Adolescência: uma fase de oportunidades*. Brasília: UNICEF do Brasil. Disponível em <http://www.unicef.org/>
- UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância (2015). *ECA. Estatuto da criança e do adolescente: Avanços e desafios para a infância e adolescência no Brasil*. Brasília: UNICEF do Brasil. Disponível em <http://www.unicef.org/brazil/pt/ECA25anosUNICEF.pdf>
- Waiselfisz, J. J. (2015). *Mapa da violência 2015: Mortes matadas por armas de fogo*. Brasília: Secretaria Geral da Presidência da República e UNESCO. Disponível em www.mapadaviolencia.org.br
- Zimmer-Gembeck, M. J., & Skinner, E. A. (2008). Adolescents' coping with stress: development and diversity. *Prevention Researcher*, 15, 3-7.