

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DA FACULDADE DE MEDICINA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DO ADOLESCENTE

Joanna D'arc Lima Ventura Rosa

**A VIVÊNCIA NO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DO
ADOLESCENTE COMO CATALISADORA DE MUDANÇAS NA FORMA DO
AGIR PROFISSIONAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Belo Horizonte

2020

Joanna D'arc Lima Ventura Rosa

**A VIVÊNCIA NO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DO
ADOLESCENTE COMO CATALISADORA DE MUDANÇAS NA FORMA DO
AGIR PROFISSIONAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Versão Final

Monografia apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde do Adolescente.

Área de Concentração: Saúde do Adolescente.

Orientadora: Prof^ª. Doutora Patrícia Regina Guimarães

Belo Horizonte

2020

R788v Rosa, Joanna D'arc Lima Ventura.
A vivência no Curso de Especialização em Saúde do Adolescente como catalisadora de mudanças na forma do agir profissional [manuscrito]: relato de experiência. / Joanna D'arc Lima Ventura Rosa. - - Belo Horizonte: 2020. 34 f.
Orientador(a): Patrícia Regina Guimarães.
Área de concentração: Saúde do Adolescente.
Monografia (especialização): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Adolescente. 2. Saúde do Adolescente. 3. Estratégia Saúde da Família. 4. Cuidados de Enfermagem. 5. Capacitação Profissional. 6. Relações Enfermeiro-Paciente. 7. Acolhimento. 8. Acontecimentos que Mudam a Vida. 9. Hospitais Universitários. 10. Dissertação Acadêmica. I. Guimarães, Patrícia Regina. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. III. Título.

NLM: WA 330



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

CURSO DE SAÚDE DO ADOLESCENTE



FOLHA DE APROVAÇÃO

A VIVÊNCIA NO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DO ADOLESCENTE COMO CATALISADORA DE MUDANÇAS NA FORMA DO AGIR PROFISSIONAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

JOANNA D'ARC LIMA VENTURA ROSA

Monografia submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Curso de SAÚDE DO ADOLESCENTE, como requisito para obtenção do certificado de Especialista em SAÚDE DO ADOLESCENTE, área de concentração SAÚDE DO ADOLESCENTE.

Aprovada em 16 de junho de 2020, pela banca constituída pelos membros:

Prof(a). Patricia Regina Guimaraes - Orientador
HC/UFMG

Prof(a). Cristiane de Freitas Cunha
FAcadude de Medicina/UFMG

Prof(a). Márcia Rocha Parisi
SMSA - PBH

Belo Horizonte, 16 de junho de 2020.

Dedico aos meus filhos, pelos quais
movimento forças para ser um ser
humano melhor.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela oportunidade da existência, aos meus pais por aceitarem a minha vida terrena e ao meu amor de alma Carlos Augusto (Caco) pela cumplicidade de sempre.

Agradeço aos mestres da Saúde do Adolescente, em especial Patrícia e Cristiane, pelo auxílio no despertar.

Agradeço aos meus amigos do CS Capitão Eduardo por viverem comigo essa transformação profissional.

Aos adolescentes, muitíssimo obrigada, por permitirem meu adolescer profissional.

“O grande desafio contemporâneo para o homem é o seu autodescobrimento. Não apenas identificação de suas necessidades, mas, principalmente, da sua realidade emocional, das suas aspirações legítimas e reações diante das ocorrências do cotidiano.”

“Mediante o aprofundamento das descobertas íntimas, altera-se a escala de valores e surgem novos significados para a sua luta, que contribuem para a tranquilidade e a autoconfiança.”

O Homem Integral (ditado pelo espírito Joanna de Ângelis)

RESUMO

A adolescência corresponde ao período da vida caracterizada pelas mudanças biológicas, advindas da puberdade, somadas às grandes possibilidades de aprendizagem, de experimentação e de anseios. A Estratégia Saúde da Família (ESF), modelo adotado na Atenção Primária de Saúde (APS) no município de Belo Horizonte, é responsável pela coordenação do cuidado em saúde dos adolescentes, tendo o enfermeiro como membro da sua equipe básica. O despreparo e resistência dos profissionais da APS para o atendimento dos adolescentes são frequentes, sendo o Curso de Especialização em Saúde do Adolescente uma oportunidade para a qualificação de uma enfermeira inserida na ESF. O relato de experiência tem como objetivo apresentar a importância da vivência dessa profissional na especialização como catalisadora da mudança profissional em relação aos adolescentes. Durante dezessete meses a aluna esteve inserida em alguns serviços ambulatoriais do Hospital das Clínicas (HC) da UFMG, com enfoque no campo da Saúde do Adolescente. Nas vivências foi possível compreender a adolescência e suas nuances para além dos protótipos e preconceitos, com a compreensão da singularidade de cada sujeito e seus sintomas. A escuta acolhedora, o olhar ampliado e a empatia se fizeram necessárias, o que a proporcionou um despertar profissional. A mudança de postura diante dos adolescentes rompe com o paradigma da falta de preparo, se deslocando para uma acolhida aberta e uma relação de confiança, que possibilitou aos adolescentes um espaço de segurança no território.

Palavras-chave: Adolescente, Saúde do Adolescente, Estratégia Saúde da Família, Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

Adolescence corresponds to the period of life characterized by biological changes, arising from puberty, added to the great possibilities of learning, experimentation and anxiety. The Family Health Strategy (FHS), a model adopted in Primary Health Care (PHC) in the city of Belo Horizonte, is responsible for coordinating the health care of teenagers, with nurses as a member of their basic team. The unpreparedness and resistance of PHC professionals to care for adolescents are frequent, and the Specialization Course in Adolescent Health is an opportunity for the qualification of a nurse inserted in the FHS. The experience report aims to present the importance of this professional's practice in specialization as a catalyst for professional change in relation to teenagers. During seventeen months, the student was inserted in some outpatient services of Hospital das Clínicas (HC) of UFMG, focusing on Adolescent Health. In the practices, it was possible to understand adolescence and its nuances beyond prototypes and prejudices, with the understanding of each subject's uniqueness and its symptoms. The welcoming listening, an extended view and empathy were necessary, which provided a professional awakening. A modification in attitude towards adolescents breaks with the paradigm of lack of preparation, moving to an open welcome and a relationship of trust, which allowed adolescents a place of safety in the territory.

Keywords: Adolescent, Adolescent Health, Family Health Strategy, Nursing Care.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. JUSTIFICATIVA.....	12
3. OBJETIVOS.....	13
3.1 Objetivo Geral	13
3.2 Objetivos Secundários.....	13
4. ASPECTOS CONCEITUAIS	14
4.1 Saúde por Direito.....	14
4.2 Atenção Primária e Saúde da Família	15
4.3 Saúde do Adolescente.....	16
4.4 Adolescência e Socioeducação.....	17
5. METODOLOGIA.....	20
6. DESENVOLVIMENTO.....	21
6.1 Ambulatório de Saúde do Adolescente – Janela da Escuta	21
6.2 Núcleo de Investigação em Anorexia e Bulimia – NIAB	23
6.3 Arte na Espera no CTR-DIP Orestes Diniz	26
6.4 O despertar	28
7. Considerações Finais	31
REFERÊNCIAS.....	32

1. INTRODUÇÃO

A adolescência corresponde ao período da vida humana marcada por mudanças biológicas, sociais e psicológicas. Como uma construção sócio-histórica é fortemente influenciada por fatores socioeconômicos, culturais e políticos no qual o indivíduo está inserido (FERREIRA et.al., 2013). Essa fase do desenvolvimento humano é marcada por grandes possibilidades de aprendizagem, de experimentação e de anseios.

O município de Belo Horizonte, apresenta, segundo dados do Censo Demográfico de 2010 (IBGE 2010), uma população de 2.375.151 habitantes, sendo 353.468 (14,8%) de adolescentes entre 10 a 19 anos.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é o modelo adotado pelo município de Belo Horizonte na Atenção Primária à Saúde com a função de promover ações básicas de saúde, respeitando os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), e coordenando o cuidado em saúde numa rede poliárquica e horizontal. Assim, a ESF tem sob sua responsabilidade a vigilância à saúde dos adolescentes adscritos em seu território de atuação. Os profissionais que constituem essa equipe, dentre eles o enfermeiro, deve conhecer suas condições de saúde e, através do vínculo, construir um processo contínuo de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde. Esse vínculo, na maioria das vezes, não se dá de forma consistente devido às peculiaridades da adolescência e à resistência dos serviços de saúde (BELO HORIZONTE, 2015).

O Centro de Saúde Capitão Eduardo, localizado no Distrito Sanitário Nordeste no município de Belo Horizonte, apresenta uma população total de 4.104 habitantes, sendo 837 (20,3%) adolescentes (IBGE, 2010). Observa-se uma proporção maior de adolescentes em relação ao município no centro de saúde em questão. Esse território apresenta alta vulnerabilidade social (baixa renda e tráfico de drogas) e possui em sua área de abrangência um Centro de Socioeducação para Adolescentes. Composto por duas equipes de Saúde da Família, o centro de saúde ofertou serviços voltados para os adolescentes, através de grupos e atendimentos individuais, que eram coordenados por uma pediatra que se desligou do serviço em 2015. Desde esse desligamento esse serviço de saúde vislumbrou a necessidade de capacitar outros profissionais para manter-se como referência para os adolescentes do território.

O enfermeiro, enquanto membro da equipe de Saúde da Família, assume o papel de gerenciador do cuidado, utilizando-se de ferramentas de trabalho como o acolhimento e a escuta para o acompanhamento e o direcionamento das intervenções necessárias. A presença do enfermeiro de Saúde da Família no Curso de Especialização em Saúde de Adolescente se fez oportuna para a qualificação profissional no atendimento aos adolescentes no seu território de atuação com a promoção de mudanças no olhar, no fazer e no sentir as necessidades desse grupo, que em muitos serviços é marginalizado.

2. JUSTIFICATIVA

Verifica-se na prática relatos e vivências em diversos serviços de saúde, especificamente da Atenção Primária, o despreparo e resistência dos profissionais de saúde no atendimento aos adolescentes. Vários são os fatores que permeiam essas dificuldades: resistência cultural em relação aos adolescentes; ausência de programas institucionais na Saúde do Adolescente; abordagem insuficiente da Saúde do Adolescente em grades curriculares nos cursos da área da saúde (Belo Horizonte, 2015).

O relato de experiência a ser apresentado irá problematizar esses dificultadores e elucidar a importância da mudança de postura em relação à essa parcela de indivíduos assistidos ou ignorados pelos profissionais de saúde. A vivência na especialização em Saúde do Adolescente proporcionou à autora um despertar para a mudança na postura e no agir profissional que trouxeram benefícios para a população de adolescentes assistidos pela equipe de Saúde da Família, que se deu através da assistência direta, organização dos serviços, coordenação do cuidado e vigilância a saúde dos mesmos.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Apresentar através do relato de experiência a importância da vivência no Curso de Especialização em Saúde do Adolescente para uma enfermeira de Saúde da Família como catalisadora de mudanças no olhar, fazer e sentir frente às necessidades dos adolescentes.

3.2 Objetivos Secundários

- Elucidar as peculiaridades da adolescência e as necessidades de saúde para esse público na Atenção Primária de Saúde (APS).
- Promover reflexões no campo da Saúde do Adolescente na APS, no que diz respeito à postura e capacitação dos profissionais.

4. ASPECTOS CONCEITUAIS

Para a revisão conceitual sobre aspectos relacionados à vivência da autora, optou-se por pesquisar e registrar os temas correlacionados ao contexto da Saúde do Adolescente sob a perspectiva do SUS. Esses aspectos foram revistos considerando os tópicos Saúde por Direito, Atenção Primária e Saúde da Família, Saúde do Adolescente e Adolescência e Socioeducação.

4.1 Saúde por Direito

Segundo a Organização Mundial de Saúde - OMS (2006) a saúde é entendida como um estado de perfeito bem-estar físico, mental e social. Nessa definição tem-se uma visão utópica, já que a “perfeição” do bem estar é algo difícil de atingir e até mensurar, dada a subjetividade das interações entre os fatores interligados no alcance do mesmo. Porém, houve uma evolução no campo de se entender a saúde de forma mais abrangente, para além da sinonímia entre as expressões “ter saúde” e “ausência de doenças ou enfermidades”.

No Brasil a saúde é legitimada como direito fundamental de todos, através da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988). Ao Estado foi incumbido o dever de garantir o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde, mediante políticas sociais e econômicas. A proteção constitucional à saúde seguiu a definição já apresentada pela OMS, abrangendo a mesma para além da eliminação das doenças, sendo de direito ações preventivas e de promoção do bem-estar dos cidadãos. A partir desse marco constitucional, do direito à saúde, cria-se o SUS, como modelo organizacional a ser adotado em todo o território nacional. O SUS foi regulamentado através da Lei 8.080 (19/09/1990) e da Lei 8.142 (28/12/1990) que dispõem, respectivamente, sobre as condições, organização e funcionamento dos serviços de saúde públicos e privados prestadores de serviços e sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e seu financiamento pelas três esferas de governo (federal, estadual e municipal) (BRASIL, 2003).

O SUS tem pilar nos princípios básicos da universalização, da equidade e da integralidade, ancorados nos princípios organizativos da regionalização, hierarquização, descentralização, comando único e participação popular. A

universalização da saúde trata da garantia de acesso aos serviços e ações de saúde por qualquer cidadão no território nacional. A equidade é o princípio do equilíbrio na aplicação das ações de saúde, tratando cada cidadão de direito de acordo com suas necessidades. De acordo com a necessidade dos desiguais, o princípio da integralidade aplica-se na integração de ações de saúde, sejam elas de promoção, prevenção, tratamento ou reabilitação, articulando três níveis de atenção à saúde, assim como com outros setores, tanto quanto necessários (BRASIL, 2013).

4.2 Atenção Primária e Saúde da Família

A APS corresponde à porta de entrada do cidadão nos serviços de saúde. Com o objetivo de consolidar os princípios do SUS no nível básico de atenção à saúde, o Ministério da Saúde cria, em 1994, o Programa Saúde da Família. Esse programa, tratado posteriormente como estratégia, institui uma equipe mínima responsável pela assistência à saúde da população de um território específico e a adoção de um modelo de atenção centrado nos problemas dos indivíduos e suas famílias. A responsabilização sanitária por um determinado território e a criação de laços de compromissos e corresponsabilidades entre profissionais de saúde e população assistida são os pontos centrais dessa estratégia. Nela, as condições de saúde são tratadas no âmbito individual e familiar, considerando também fatores ambientais e sociais do território (FARIA et al., 2010).

A ESF, além de reforçar os preceitos do SUS, tem como características norteadoras: caráter substitutivo do modelo assistencial vigente até início da década de 1990; definição de um território de atuação e o conhecimento do mesmo, através do cadastramento domiciliar da população e do diagnóstico de saúde; planejamento de ações de saúde a partir das necessidades da população adscrita com foco na família e na comunidade; atuação intersetorial com estabelecimento de parcerias com outros equipamentos sociais da área de abrangência; humanização dos atendimentos, através do vínculo. A equipe básica de profissionais que compõem a ESF é formada por médico, enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS) (FARIA et al., 2010).

4.3 Saúde do Adolescente

A OMS define adolescência pelo período da segunda década de vida, dos 10 aos 19 anos, e juventude o período entre 15 e 24 anos. Para fins jurídicos, considera adolescentes indivíduos na faixa etária de 12 a 18 anos, tendo o Estatuto da Criança e do Adolescente como garantia de direitos nessa faixa etária (BRASIL, 2007).

Puberdade e adolescência são termos comumente utilizados como sinônimos, mas apresentam definições distintas no campo da saúde do adolescente. A puberdade, marco universal da adolescência, corresponde às mudanças biológicas, que marcam o fim da infância, caracterizada pela aceleração e desaceleração do crescimento físico, mudança da composição corporal, eclosão hormonal e evolução da maturação sexual. Já a adolescência é um fenômeno singular e imprime um marco de transição na vida humana entre as fases infantil e adulta, caracterizada pela resposta do indivíduo às mudanças provenientes do corpo, através de uma construção sócio-histórica fortemente influenciada por fatores psicológicos, socioeconômicos, culturais e políticos no qual o mesmo está inserido (FERREIRA et.al., 2013).

Os adolescentes e jovens, por serem consideradas pessoas “saudáveis” quanto à ausência de patologias, não têm a necessária atenção à saúde, que, quando está presente, tem como foco a saúde reprodutiva com ênfase na prevenção da gravidez precoce. As condições atuais de saúde desse grupo populacional estão sensivelmente atreladas ao fator da desigualdade social. Observa-se nos grupos de adolescentes e jovens de baixa renda e com maior vulnerabilidade social maiores taxas de violência (sexual, doméstica, racial e urbana), maior incidência de mortalidade por causas externas (homicídios), maior evasão escolar precoce, piores oportunidades de empregos e maior taxa de reprodutividade precoce (BRASIL, 2010). O trabalho no campo da saúde do adolescente deve levar em consideração essas peculiaridades, através de uma assistência para além da avaliação clínica individual e da simples informação e/ou repressão. O modelo a ser adotado deve permitir uma discussão e estímulo de um comportamento preventivo e o desenvolvimento de habilidades que permitam a expressão de sentimentos, opiniões, dúvidas, inseguranças, medos e preconceitos, de forma a dar condições para o enfrentamento e a resolução de

problemas e dificuldades do dia-a-dia (BRASIL, 2007). O trabalho no campo da Saúde do Adolescente deve ser amparado por potentes políticas públicas em parcerias com outros setores (Educação, Assistência Social, Cultura, Esporte, Trabalho) que amplifica o objetivo de proteção desse grupo. O incentivo à participação juvenil na criação e execução dessas políticas é essencial (BELO HORIZONTE, 2015).

Apesar do princípio da longitudinalidade permear o Sistema de Saúde adotado no Brasil, ainda há pouco investimento nas ações à Saúde do Adolescente. Esse grupo não compõem as pastas de prioridades nos cursos de graduação na área da saúde que são responsáveis pela formação de futuros profissionais que atuarão no mercado de trabalho. Nos serviços de saúde comumente observa-se barreiras de acesso dos adolescentes aos serviços prestados, seja pela exigência do acompanhante responsável pelo mesmo ou pela cultura de que o adolescente não vai ao serviço de saúde ou não adocece. Sobrepor essas barreiras de acesso, normalmente existentes pela falta de capacitação dos profissionais, é um dos grandes desafios para os serviços de saúde (BELO HORIZONTE, 2015).

A ESF, enquanto estratégia e porta de entrada à rede de saúde, tem papel importante nessa dinâmica de melhoria de acesso desse grupo aos serviços de saúde. Para que o acompanhamento desses seja possível é essencial a construção de vínculo entre o adolescente e o profissional de saúde, além do estímulo para um movimento de apropriação do espaço da saúde pelo adolescente. A ESF deve possibilitar espaços para que o adolescente com seus conflitos, seu mal-estar e suas particularidades sejam acolhidos e acompanhados integralmente nas suas necessidades (BELO HORIZONTE, 2015).

4.4 Adolescência e Socioeducação

Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (BRASIL, 1990), o adolescente que apresenta ato infracional, descrito como crime ou contravenção penal, poderá ser submetido às medidas socioeducativas, aplicadas por autoridades competentes, de acordo com a gravidade e circunstâncias das infrações e capacidade do adolescente em cumpri-la. As medidas possíveis de

aplicação são: advertência; obrigação de reparar o dano; prestação de serviços à comunidade; liberdade assistida; inserção de regime de semiliberdade e internação em estabelecimento educacional.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), incluindo-se o cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e fechado estabelece critérios e fluxos para adesão e operacionalização da atenção integral à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade (internação, internação provisória e semiliberdade). Aos adolescentes privados de liberdade a atenção à saúde deve ser garantida no SUS através da promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, nas três esferas de gestão. Os objetivos dessa política são: ampliar as ações de saúde aos adolescentes privados de liberdade de forma oportuna e com garantia de acesso (atenção psicossocial e políticas de promoção e redução de danos); incentivar ações intersetoriais na construção conjunta de Projetos Terapêuticos Singulares; promover a reinserção social dos adolescentes (BRASIL, 2014).

A APS como coordenadora do cuidado em saúde, é a referência para os adolescentes privados de liberdade no território em que se encontram os Centros Socioeducativos, tendo como base a responsabilização sanitária. Os principais eixos de saúde a serem desenvolvidas na APS são: ações relacionadas à promoção da saúde, ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento físico e psicossocial, à prevenção e ao controle de agravos; ações relativas à saúde sexual e saúde reprodutiva, com ênfase na ampla garantia de direitos; o acompanhamento do pré-natal e a vinculação ao serviço para o parto das adolescentes gestantes, com atenção especial às peculiaridades advindas da situação de privação de liberdade, tendo com diretriz a Rede Cegonha; o aleitamento materno junto às adolescentes, sobretudo às adolescentes puérperas e mães em situação de privação de liberdade, conforme diretrizes da Rede Cegonha; os cuidados de saúde bucal; o desenvolvimento na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede; a

articulação com a RAPS, inclusive por meio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), para possibilitar avaliações psicossociais que visem à identificação de situações de sofrimento psíquico, transtornos mentais e problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, para a realização de intervenções terapêuticas; e o desenvolvimento dos trabalhos com os determinantes sociais de saúde relacionados às vulnerabilidades pessoais e sociais desta população, além de outras ações que efetivamente sejam promotoras da saúde integral dos adolescentes em conflito com a lei (BRASIL, 2014).

Observa-se nos contextos de privação de liberdade maior incidência de problemas que afetam a saúde mental de diversas ordens, inclusive com relação ao uso de álcool e outras drogas. Isso não significa ocorrência de transtornos mentais, mas de possíveis sofrimentos psíquicos próprios da privação de liberdade, do afastamento da família e do convívio social, da violência institucional, entre outros. As ações de saúde desenvolvidas no campo da saúde mental, tais como o acolhimento de demandas com escuta qualificada, as discussões de casos através de matriciamentos, oficinas de saúde e discussões a respeito das rotinas internas dos socioeducativos, são de grande importância para a promoção da saúde mental, prevenção de sofrimentos psíquicos e assistência aos adolescentes com acometimentos psíquicos já instalados (BRASIL, 2014).

5. METODOLOGIA

O Curso de Especialização em Saúde do Adolescente integra o Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) como curso de especialização de longo prazo. No edital de 2017, o mesmo tinha como objetivo qualificar recursos humanos na área da saúde do adolescente, destinado aos profissionais de nível graduado na área da saúde (medicina, enfermagem, psicologia, fisioterapia, terapia ocupacional, serviço social) com atuação profissional prévia de, no mínimo, dois anos. Para admissão no curso, um processo seletivo foi realizado por uma banca examinadora, que constou de entrevista e análise de currículo. O curso está estruturalmente organizado pela oferta de disciplinas obrigatórias e optativas, que podem ser ministradas sob a forma de preleção, seminário, discussão em grupo, trabalhos práticos em enfermagem, ambulatório, laboratório ou outros procedimentos didáticos peculiares a cada área. Com foco na vivência, os discentes foram inseridos em campos de estágio, onde os atendimentos de saúde são voltados para adolescentes.

A autora do presente trabalho de conclusão de curso esteve inserida no período de março de 2017 à julho de 2018 nos seguintes campos de estágios que prestam serviços de saúde aos adolescentes: Ambulatório de Saúde do Adolescente – Janela da Escuta, localizado no Ambulatório São Vicente do Hospital das Clínicas da UFMG (HC/UFMG); Núcleo de Investigação em Anorexia e Bulimia (NIAB) no Ambulatório Bias Fortes do HC/UFMG; e Centro de Treinamento e Referência em Doenças Infecciosas e Parasitárias (CTR-DIP) Orestes Diniz do HC/UFMG e Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (PBH).

Para a exposição das vivências ocorridas durante o curso de especialização em saúde do adolescente, optou-se pela apresentação de cada espaço em que a autora esteve inserida durante o curso, através da descrição e características dos mesmos, contextualizando com a Saúde do Adolescente, os impactos na prática profissional e discussão com a literatura. Em um último tópico apresenta-se o despertar profissional e pessoal que a vivência desse curso proporcionou através de um relato em primeira pessoa, mais livre e poético, marcado de impressões e sentimentos.

6. DESENVOLVIMENTO

6.1. Ambulatório de Saúde do Adolescente – Janela da Escuta

A vivência da autora no Ambulatório de Saúde do Adolescente se deu por dezoito meses com periodicidade semanal. Os atendimentos aos adolescentes nesse ambulatório nomeado como *Janela da Escuta* ocorrem semanalmente às sextas-feiras no período da manhã. A especializanda foi inserida no processo de trabalho multidisciplinar que conta com uma equipe fixa, composta por pediatras, psiquiatra, psicólogos e artista plástico, e equipe transitória com especializandos em Saúde do Adolescente, residentes em psiquiatria e pediatria e acadêmicos de medicina, psicologia e artes plásticas. O adolescente que chega pela primeira vez ao serviço é atendido por um profissional no acolhimento e, após uma escuta inicial, é realizada uma discussão interdisciplinar do caso para a definição de como se dará o acompanhamento do mesmo. Na sala de espera, enquanto os adolescentes aguardam os atendimentos, esses com seus acompanhantes são acolhidos também pela equipe do Projeto Arte na Espera.

Os adolescentes que chegam ao ambulatório, comumente se tratam daqueles com trajetórias de vulnerabilidade social que, durante infância/adolescência, foram segregados e negligenciados pelos serviços públicos (saúde e educação). Conforme fala do professor Roberto de Assis Ferreira, um dos idealizadores desse ambulatório: “A medicina separa o joio do trigo. Nós acolhemos o joio”. Segundo ele, para acolher esse ‘joio’ é preciso abrir uma janela para escuta, originando, dessa expressão, a nomeação e caracterização do Ambulatório em Saúde do Adolescente *Janela da Escuta*. Esse serviço se propõe a acolher esses adolescentes e, o acolhimento, realizado por qualquer profissional que compõe a equipe clínica (médico, enfermeiro, psicólogo, terapeuta ocupacional e assistente social), é guiado pela lógica da escuta aberta, desprovida de intervenções clínicas iniciais, considerando a subjetividade e o saber do adolescente e, sendo sensível aos sinais do não dito (CUNHA, 2014).

Na APS o acolhimento apresenta três dimensões constitutivas, sendo elas: o acolhimento como mecanismo de amplificação e facilitação do acesso; o acolhimento como postura, atitude e tecnologia de cuidado e; o acolhimento como dispositivo de re(organização) do processo de trabalho em equipe. Na dimensão

de amplificação e facilitação do acesso, o acolhimento proporciona a inclusão e atendimento de qualquer usuário que procure o serviço de saúde (BRASIL, 2011).

Já como uma postura humanizadora é o momento em que o trabalhador da saúde utiliza-se dos seus saberes para a construção de respostas às necessidades do usuário. Nesse encontro entre trabalhador de saúde e usuário deve ocorrer a produção de relações de escuta e responsabilização, que se articulam para a criação de vínculos e de condutas adequadas de intervenção (FRANCO, BUENO E MERHY, 1999). Porém, observa-se na maioria dos serviços de APS, o acolhimento como um dispositivo de organização do processo de trabalho, sendo um espaço de atendimentos rápidos, sem garantia de privacidade e com horários pré-estabelecidos. Como enfermeira da ESF, profissional linha de frente no acolhimento da população na APS, a autora observa que o acolhimento quanto espaço para a população de adolescente não garante o acesso aos serviços de saúde pelos mesmos, devido àqueles fatores citados. A postura acolhedora nem sempre está presente, seja por fatores pessoais (perfil e formação profissional, resistência ao atendimento do grupo, falta de empatia) e/ou estruturais (inadequação do espaço físico, demanda excessiva, tempo de atendimento).

No Ambulatório do Adolescente *Janela da Escuta* o acolhimento é estendido para uma roda de conversa multidisciplinar, aonde o profissional responsável pelo atendimento apresenta o caso, discute com os pares e iniciam a construção do caso clínico. A proposta é a desconstrução de uma condução vertical e intervencionista, centralizada apenas no saber dos profissionais da saúde, mas tendo o adolescente como o especialista de si mesmo, ultrapassando os saberes técnicos e protocolares. Nas discussões dos casos as demandas advindas dos familiares e, até mesmo do profissional que acolheu, também são consideradas, apesar de não estarem no centro da rede assistencial a ser tecida. Na condução dessa rede tenta-se uma articulação entre o adolescente, a família, o território e as políticas públicas (CUNHA, 2014).

A condução vertical do caso é uma realidade na APS, dispositivo de saúde local no território, na qual o adolescente, geralmente representado pela fala do familiar, expressa sua demanda e o profissional de saúde intervém a partir de seus conhecimentos técnicos e protocolos institucionais, normalmente

encaminhando os casos para terceiros. Os encaminhamentos, em sua maioria para as equipes de apoio em Saúde Mental, apontam para o despreparo dos profissionais de saúde atuantes na atenção básica para o atendimento dos adolescentes.

Após diversas discussões e construções dos casos acolhidos, a enfermeira especializanda, teve a oportunidade de conduzir os atendimentos de alguns adolescentes, alguns provenientes do sistema de socioeducação. Ver adolescentes da socioeducação em seu centro de saúde de atuação ou atendê-los periodicamente em ações de vacinação ou atendimentos pontuais, fazia parte da sua rotina de trabalho, mas nunca havia estado disponível, até então, a entendê-los para além de adolescentes infratores. As histórias marcadas por negligências, violências e desigualdades sociais, verbalizadas através de falas de revolta, sentidas pela angústia e expressas por olhares vazios e frios convidaram a autora a sair da sua zona de conforto. Esses adolescentes, até então vistos pela lógica da justiça, promoveram nessa uma provocação na sua forma de agir profissionalmente. Nos momentos de escuta das narrativas de vida do “joio” que ali os adolescentes se propunham escancarar sobre suas vidas, abriu-se na autora uma janela voltada para seu interior, até então oculta, que a permitiu vislumbrar algo que poderia ser parte da sua novo agir profissional. Essa janela pode ser nomeada de empatia, muitas vezes falada, mas pouco praticada. A prática de atender esse grupo somada à provocação causada, até então ausente na sua trajetória profissional, oportunizou um despertar, reinventando os sentidos da escuta, da visão e da fala profissional.

A vivência no ambulatório proporcionou mudanças profissionais na autora também em seu campo de trabalho. No centro de saúde de atuação, a mesma inicia, concomitantemente ao curso de especialização, a mudança de postura para o acolhimento dos adolescentes da comunidade, a oferta de uma agenda programada para acompanhamento desse grupo e construções clínicas mais participativas dos casos atendidos em espaços preexistentes (Reunião da equipe da ESF, Matriciamento com Equipe de Saúde Mental, Matriciamento com Centro Socioeducativo, Matriciamento com Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF e Reunião Intersetorial Centro de Saúde e Escola).

6.2. Núcleo de Investigação em Anorexia e Bulimia - NIAB

O Núcleo de Investigação em Anorexia e Bulimia (NIAB) do Hospital das Clínicas da UFMG funciona no Ambulatório Bias Fortes às sextas-feiras no período da tarde e seu corpo clínico é composto por médicos, psicólogos e nutricionistas que utilizam como referencial a psicanálise lacaniana. Classificadas pela medicina como transtornos alimentares, a Anorexia Nervosa e a Bulimia Nervosa são caracterizadas pela obsessão do corpo magro e por aquilo que ameaça a sua manutenção, ou seja, a ingestão alimentar. Marcadas pelo medo de engordar, ambas são agravos mais incidentes no sexo feminino. A casuística desses agravos na atualidade está relacionada ao contexto sociocultural (doença da moda, culto ao corpo), ao contexto familiar (novas configurações da família), às características individuais (vínculos e afetividade com os pais), à predisposição genética e à história de condição traumática (FERREIRA, 2003).

A anorexia geralmente acontece nos primeiros anos da adolescência e se apresenta como uma recusa alimentar voluntária com comprometimento no estado nutricional e metabólico. Nessa, o adolescente apresenta uma visão distorcida da sua imagem corporal associada a sintomas depressivos e ao isolamento social. Já a bulimia é mais prevalente em adolescentes mais velhos e é caracterizada pela preocupação excessiva com a comida e por períodos de compulsão alimentar seguidas de sentimento de culpa. Em ambas são comuns práticas purgativas, como exercícios físicos intensos, vômitos provocados e uso de medicamentos laxativos e diuréticos (FERREIRA, 2003).

No NIAB, a anorexia e bulimia não são tratadas como transtornos alimentares, mas como expressões sintomáticas em resposta a conflitos psíquicos, o que é expresso pela equipe através do lema "*Não se trata disso*". O sintoma da recusa alimentar seria uma saída do sujeito frente ao insuportável. Utilizando-se da linha psicanalítica, o corpo clínico do núcleo, em posição diferente de outras clínicas da medicina convencional, aborda cada caso na sua singularidade ao construir o sintoma (FERREIRA, 2003). A psicanálise faz uma interpretação desses sintomas de recusa como uma demanda inconsciente de amor, como defesa da pulsão, como tentativa de separação e como modalidade de gozo (COSENZA, 2008 apud CUNHA, 2014). Apesar da abordagem psicanalítica, no núcleo os cuidados clínicos aos sujeitos são avaliados e conduzidos através da parceria entre os médicos clínicos e os analistas.

A aluna esteve inserida no NIAB no período de março a julho de 2017, tendo participado nesse espaço de aulas ministradas pelo corpo clínico (médico clínico, médico psiquiatra, analistas e nutricionista) e das discussões de casos acolhidos e em acompanhamento no ambulatório. Os pacientes, maioria do sexo feminino, precediam de serviços internos e externos ao HC/UFMG. A ausência de queixa/demanda é uma marca comum, principalmente nas anoréxicas. A abordagem inicial no núcleo ocorre através do acolhimento, realizado a partir de uma escuta aberta e sensível às singularidades do sujeito. Após a acolhida o caso é apresentado e discutido pela equipe multiprofissional, com alguns delineamentos de como se dará inicialmente a condução do caso. Considerando se tratar de uma clínica da recusa do alimento e muitas vezes da fala, nem sempre surge nos primeiros atendimentos o sintoma a ser trabalhado e abordado pelo analista. É imprescindível que o profissional envolvido no acolhimento ou o médico clínico esteja sensível às falas do sujeito que possam fazer emergir o sintoma, pela qual o analista poderá ser introduzido no caso.

A experiência no NIAB, muito mais observacional do que direta em atendimentos, oportunizou a autora uma aproximação ao campo de conhecimento muito pouco acessado na sua trajetória profissional: a psicanálise. Apesar das limitações em compreender tal teoria, foi possível se sentir sensibilizada durante as tardes em que o professor Roberto de Assis parafraseava sobre abordagem do sujeito e de seus sintomas.

Para a psicanálise o sintoma, não necessariamente é o sintoma de doença (podendo ser em alguns casos), mas uma saída encontrada pelo sujeito na tentativa de se adaptar e/ou enfrentar as adversidades da vida. A partir disso é possível compreender a adolescência como um sintoma singular e individual do sujeito, que surge em resposta à invasão da puberdade e pelo qual o sujeito se sustenta durante a travessia entre o mundo infantil e adulto. Outra marca presente nesse período de travessia é o rompimento/separação do “outro familiar”, o encontro com real e a necessidade de inserção no campo/olhar do outro (FERREIRA, 2016).

A recusa do adolescente ao atendimento de saúde, propriamente dito, é real e comum, entretanto a necessidade de um acompanhamento dos mesmos pela ESF sempre esteve presente através da demanda de terceiros (familiares,

escola e outros profissionais). Na APS vivencia-se comumente a resistência do profissional da saúde nos atendimentos aos adolescentes, principalmente pela “falta de preparo” em se trabalhar com esse grupo, algo também de certa forma vivenciado pela autora. A expressão “falta de preparo” pode ser traduzida como uma insegurança dos mesmos relacionada à formação profissional e à resistência com o grupo, também observada na sociedade como um todo. Porém, a partir da compreensão em relação às peculiaridades da adolescência e sua abordagem pela interpretação psicanalítica, despertou-se na autora um olhar mais amplo do indivíduo que se encontra nesse período de transição.

A partir da mudança do paradigma “falta de preparo” para “olhar ampliado” para o indivíduo na adolescência, a autora se permitiu tentar iniciar um trabalho com esse grupo no seu centro de saúde de atuação, abordado cada sujeito em sua singularidade e sintomas. Deparou-se com vários momentos de recusas iniciais, mas com um atendimento baseado na escuta aberta e de relação de confiança possibilitou aos adolescentes um espaço de segurança no território.

6.3. Arte na Espera no CTR-DIP Orestes Diniz

O Projeto Arte na Espera no CTR-DIP Orestes Diniz acontece com periodicidade semanal, nas quartas-feiras à tarde, e tem como público adolescentes que vivem com HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana)/AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Humana) e que são acompanhados pela equipe de pediatras e infectologistas desse serviço de saúde em nível secundário.

A parceria entre a Saúde do Adolescente e a equipe clínica do CTR-DIP surgiu da necessidade de uma abordagem diferenciada dos indivíduos infectados verticalmente pelo HIV, acompanhados desde crianças, e que passavam pelo processo do adolecer. A adolescência trouxe à equipe desse serviço alguns impasses e dificuldades em relação à condução do acompanhamento e tratamento do HIV/AIDS, entre elas a revelação diagnóstica, adesão ao tratamento antirretroviral, a sexualidade e suas peculiaridades relacionadas à doença (CUNHA, 2014).

Com os avanços no tratamento antirretroviral e seu acesso gratuito, o HIV/AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Humana) se enquadrou na categoria

das doenças crônicas. O seu caráter crônico, atrelados aos fatores estigmatizantes que ainda acompanham a infecção, contribuem nos desafios para a condução do tratamento durante a adolescência, principalmente no que tange à adesão ao tratamento (GUIMARÃES, 2013). A travessia pela adolescência caracterizada pelo desligamento da autoridade dos pais e pelo encontro com a sexualidade, se torna ainda mais desafiante aos que vivem com HIV/Aids, uma vez que dos pais restou-se a herança da doença crônica e a sexualidade infectada representando uma ameaça para o encontro com o Outro (CUNHA, 2014).

O trabalho da equipe da Saúde do Adolescente no CTR-DIP iniciou-se através da realização de grupos operativos com os adolescentes na faixa etária de 12 a 19 anos que eram acompanhados no CTR-DIP e já haviam passado pela revelação diagnóstica. Segundo Guimarães (2016), o grupo se apresentou como um espaço de acolhida aos adolescentes, que permitiu o surgimento das angústias, as expressões de emoções, as trocas de vivências pessoais e a formação de vínculos.

O Projeto Arte na Espera no CTR-DIP foi uma estratégia pensada pela equipe de Saúde do Adolescente para aumentar a adesão dos adolescentes aos encontros. Os adolescentes que se encontram aguardando os atendimentos médicos e/ou odontológicos, são convidados pela equipe da Saúde do Adolescente (pediatra, estagiária de artes e/ou especializandos da Saúde do Adolescente) a participarem do projeto. Nesse, o estagiário de artes planeja o trabalho de arte a ser proposto no dia, porém o adolescente é livre para realizar outros ou reinventar algo diferente a partir daquele proposto. A ideia do projeto é proporcionar ao adolescente, a partir da expressão artística, um espaço de encontro com outros adolescentes, compartilhar vivências e angústias e expressar suas emoções, utilizando-se da arte ou do espaço de fala. Os registros dos encontros são realizados através do diário de campo.

Durante sua vivência, que aconteceu por um ano, no período de agosto de 2017 a julho de 2018, a aluna esteve integrando a equipe da Saúde do Adolescente com participação no planejamento, condução e avaliação dos encontros. Durante as rodas de conversa, enquanto expressões de arte e relatos de vidas tomavam forma pela palavra, a autora experimentou as potencialidades que aquele espaço proporcionava aos adolescentes. Apesar de uma doença

crônica comum, cada adolescente expressava suas singularidades e desafios na trajetória do adolecer. O grupo sem condução por parte dos profissionais de saúde ali presentes, proporcionava outra forma de acolhida, uma relação horizontal possível pela arte. Durante a execução dos trabalhos artísticos emergiam trocas de experiências entre os adolescentes, expressão de sentimentos e, até mesmo, o silêncio que às vezes se fez necessário.

A autora ao explicar aos adolescentes sua formação e área de atuação foi surpreendida pelo desconhecimento dos mesmos em relação à ESF e APS. Quase todos relataram que nunca ou pouco haviam frequentado os centros de saúde próximos às suas casas. Isso a fez refletir em como a APS, apesar de ser a coordenadora do cuidado, vem acompanhado seus adolescentes que vivem com HIV/AIDS. A falta de vínculo com a ESF provavelmente está associada ao acompanhamento de saúde exclusivamente no CTR e pelo medo que os adolescentes carregam em relação à revelação do diagnóstico no seu território. A realização de uma pesquisa buscando estudar esse tema chegou a ser cogitada pela aluna, porém não houve tempo suficiente durante a prática para a aprovação no conselho de ética e realização da mesma.

6.4.O despertar

"O pássaro que nasceu em uma gaiola acredita que voar é uma doença."

Alejandro Jodorowsky

A entrada no Curso de Especialização em Saúde do Adolescente foi uma oportunidade que surgiu devido à existência do Centro Socioeducativo na área de abrangência da ESF, na qual estou inserida. Trabalhar com adolescentes até minha chegada ao CS Capitão Eduardo nunca havia sido prioridade na minha trajetória profissional. A insegurança e a falta de formação adequada na graduação, sustentavam o meu discurso de resistência com tal grupo que eu teria que atender por necessidade do serviço.

O início da vivência na especialização foi bastante desafiadora. Lembro-me do primeiro dia de aula no *Janela da Escuta*, quando nos reunimos em roda para uma conversa inicial na sala de espera do 2º andar do Ambulatório São Vicente. A

professora Cristiane Cunha nos recepcionava, falando com entusiasmo sobre os adolescentes e o funcionamento do ambulatório. Após a explanação inicial a chegada dos adolescentes, que rapidamente ocuparam todo o espaço na sala de espera e uma pilha de prontuários surgiu para os atendimentos. Tudo acontecia de forma muito desorganizada: tentativas de distribuir os acolhimentos; ocupações desordenadas dos consultórios; consultório virando sala de discussão de casos e; maca no meio da sala de espera. Diante do caos inicial que visualizava, me sentia perdida sem saber onde estava pisando, o que estava fazendo ali e como me inserir naquele lugar. Eu, enfermeira acostumada com o processo de trabalho no centro de saúde, onde tudo tem horário, todos têm suas funções bem definidas, fluxos pré-determinados e protocolos, me senti como um *pássaro fora da gaiola*.

Nada como o tempo para nos mostrar que a adaptação vem com ele. As aulas ministradas pelos professores e por outros profissionais, as discussões de casos riquíssimas presenciadas e as pinceladas de interpretações psicanalíticas dos casos foram me aproximando da adolescência e suas nuances multifacetadas. *Ao pássaro foi possível ver a porta da gaiola se abrindo*.

O encontro com os primeiros adolescentes através dos acolhimentos e dos atendimentos realizados no *Janela da Escuta* e no centro de saúde, me proporcionaram provocações que poucas vezes havia experimentado. As histórias de vidas do “joio” que ali cruzaram meu caminho profissional me tocaram de forma profunda. Um adolescente, cumprindo medida por furto no socioeducativo, me convida a experimentar a empatia: *“Roubo desde os seis anos de idade. Na minha rua os meninos tinham tudo e eu nada, minha mãe não tinha dinheiro para comprar; você no meu lugar agiria diferente?”*. O silêncio se fez presente nesse momento, na relação enfermeira-paciente. Não que eu tenha mudado meu valor moral sobre o ato, mas a empatia se fez necessária para se colocar no lugar do outro e refletir sobre o ocorrido. O ato de roubar, marco na infância e repetido na adolescência, se apresentou como opção num desfavorável contexto de vida social, familiar e individual do sujeito. Ao tentar praticar a empatia, como instrumento do cuidado, comecei a me angustiar, pois algo mexia muito comigo. *O pássaro começa a avistar a doença que se anuncia com a abertura da gaiola*.

A angústia se instalou. O choro, algumas vezes esteve presente e a perturbação íntima, provocados pelos adolescentes, foram necessárias para

iniciar-se uma transformação pessoal e profissional. Diante de tantos conflitos internos e buscas por uma nova enfermeira, o processo que se instalava talvez era meu adolescer profissional. A travessia se iniciou pela busca do autoconhecimento e pelo esvaziamento íntimo para novas construções, proporcionando uma ampliação do olhar e um novo modo de ver a vida e os outros. A mudança de postura diante daqueles que inicialmente eu resistia, mas que me propus conhecer, acolher, escutar e cuidar, trouxeram benefícios para o meu ser, para o meu trabalho e a população de adolescentes sob meus cuidados na ESF. *Então o pássaro descobre que nasceu para voar.*

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Curso de Especialização em Saúde do Adolescente durante toda a sua condução, permite aos alunos buscar vivências e experiências em diversos campos assistenciais onde os adolescentes circulam no município de Belo Horizonte. A aprendizagem pela vivência é catalisadora de uma busca para além do conhecimento teórico, apesar desse se fazer necessário. O querer e o “se permitir” quebram as barreiras da insegurança e do medo.

A mudança de postura dos serviços de saúde, em especial na APS, se faz mais do que necessária para o atendimento dos adolescentes no município de Belo Horizonte. As portas de entrada à rede de saúde quase sempre estão fechadas para os adolescentes, que encontram nos “serviços especializados” como o Ambulatório de Saúde do Adolescente *Janela da Escuta* a assistência que anseiam. Que cada APS seja uma janela da escuta, de oportunidade e de esperança para os adolescentes do município. Que esse relato de experiência possa despertar outros profissionais da rede para os gritos que ecoam em suas portas.

REFERÊNCIAS

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo: Atenção Integral à Saúde do Adolescente**. Belo Horizonte: 2015, 36p.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Constituição da República Federativa do Brasil**:promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acessado em 19 nov., 2019.

BRASIL . **Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. 1990a. Disponível em: <<file:///C:/Users/pr097716/Downloads/Estatuto%20da%20Crian%C3%A7a%20e%20do%20Adolescente%20-%20Vers%C3%A3o%202019.pdf>>. Acesso em: 06 dez., 2019.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. - Brasília : CONASS, 2003. 20 ed. 604 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg_sus.pdf>. Acessado em: 19 nov., 2019.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Marco legal: saúde, um direito de adolescentes**. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007. 60p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0400_M.pdf>. Acesso em: 21 nov., 2019

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 132 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf>. Acesso em: 21 nov., 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília (DF), 2011. 56p. (Serie A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica n.26, Volume 1). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/miolo_CAP_28.pdf>. Acesso em: 03 fev., 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS)**: estrutura, princípios e como funciona. c2013. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>>. Acesso em: 20 nov, 2019.

BRASIL . **Lei n.1.082, de 23 de maio de 2014.** Dispõe sobre Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI). 2014a. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/PORTARIA_N_1082_de_23_05_14_PNAISARI.pdf>. Acesso em: 06 dez., 2019.

COSENZA, D. **Il muro dell'anoressia.** Roma: Astrolábio, 2008. Apud: CUNHA, C.F. A Janela da Escuta: relato de uma experiência clínica. Belo Horizonte: Scriptum, 2014. 182p. pág. 75

CUNHA, C.F. **A Janela da Escuta:** relato de uma experiência clínica. Belo Horizonte: Scriptum, 2014. 182p.

FARIA, H. P. et al. **Modelo assistencial e atenção básica à saúde.** 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010. 68p. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1792.pdf>>. Acesso em: 20 nov., 2019.

FERREIRA, R.A.; ROMANINI, M.A.V.; CUNHA, C.F.; MIRANDA, S.M., *et al.* Adolescente: particularidades do atendimento. In: LEÃO, E. *et al.* **Pediatra Ambulatorial.** 5.ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2013. p. 153-169

FERREIRA, R.A. Anorexia e Bulimia: a condução do tratamento. **Revista Reverso,** Belo Horizonte, n.50, ano 25, 2003.

FERREIRA, R.A. Adolescência, o que é? **Almanaque On-line,** Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais, n°17, 2016. Disponível em: <<http://almanaquepsicanalise.com.br/adolescencia-o-que-e/>> Acessado em: 18 fev., 2020.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde:** o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública vol.15 n.2. Rio de Janeiro, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X1999000200019&script=sci_artext>. Acesso em: 03 fev., 2020.

GUIMARÃES,P. R. **Adolescentes vivendo com HIV/Aids:** impasses no tratamento. 2013. 222f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde). Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, 2013.

GUIMARÃES,P. R. Experiências com grupo de adolescentes vivendo com HIV/AIDS em um centro de referência. **Rev Med Minas Gerais.** Belo Horizonte, 2016; 26 (Supl 8), p.180-184, dez., 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Populacional.**[online]. Brasília: 2010. Disponível em:<<http://intranet.smsa.pbh/cqi/tabcgi.exe?pop2010/pop2010.def>>. Acesso em: 05 dez, 2019.

Organização Mundial da Saúde. **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. Documentos básicos, suplemento da 45ª edição, outubro de 2006. Disponível em espanhol em: <http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf>. Acessado em 19 nov., 2019.