

Faculdade de Medicina

**CONCEPÇÕES SOBRE OS DESAFIOS NO ATENDIMENTO DO
ADOLESCENTE: A PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE
EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

ADRIANA ALVES DE ALMEIDA

Belo Horizonte

2011

Adriana Alves de Almeida

**CONCEPÇÕES SOBRE OS DESAFIOS NO ATENDIMENTO DO
ADOLESCENTE: A PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE
EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre.

Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente

Orientador: Prof^o. Dr. Roberto Assis Ferreira

BELO HORIZONTE
2011

A447c Almeida, Adriana Alves de.
Concepções sobre os desafios no atendimento do adolescente
[manuscrito]: a perspectiva dos profissionais de equipes de Saúde da
Família. / Adriana Alves de Almeida. - - Belo Horizonte: 2011.
158f.: il.
Orientador: Roberto Assis Ferreira.
Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais,
Faculdade de Medicina.

1. Saúde do Adolescente. 2. Serviços de Saúde para Adolescentes. 3.
Pesquisa Qualitativa. 4. Saúde da Família. 5. Dissertações Acadêmicas. I.
Ferreira, Roberto Assis. II. Universidade Federal de Minas Gerais,
Faculdade de Medicina. III. Título.

NLM: WA 330

Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde
Área de Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente

Reitor: **Prof. Clélio Campolina Diniz**

Vice-Reitora: **Prof^a. Rocksane de Carvalho Norton**

Pró-Reitor de Pós-Graduação: **Prof. Ricardo Santiago Gomez**

Pró-Reitor de Pesquisa: **Prof. Renato de Lima dos Santos**

Diretor da Faculdade de Medicina: **Prof. Francisco José Penna**

Vice-Diretor da Faculdade de Medicina: **Prof. Tarcizo Afonso Nunes**

Coordenador do Centro de Pós-Graduação: **Prof. Manoel Otávio da Costa Rocha**

Subcoordenadora do Centro de Pós-Graduação: **Prof^a. Teresa Cristina de Abreu Ferrari**

Chefe do Departamento de Pediatria: **Prof^a. Maria Aparecida Martins**

Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Saúde da Criança e do Adolescente: **Prof^a. Ana Cristina Simões e Silva**

Subcoordenador do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Saúde da Criança e do Adolescente: **Prof. Eduardo Araújo Oliveira**

Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Saúde da Criança e do Adolescente:

Ana Cristina Simões e Silva

Cássio da Cunha Ibiapina

Eduardo Araújo de Oliveira

Francisco José Penna

Jorge Andrade Pinto

Ivani Novato Silva

Marcos José Burle de Aguiar

Maria Cândida Ferrarez Bouzada Viana

Representante discente: **Michelle Ralil da Costa**

A meu filho João Gabriel, minha riqueza.

AGRADECIMENTOS

Ao professor Roberto Assis Ferreira, pelo acolhimento, pela orientação ética que estimulou e respeitou o espaço da criação intelectual e a direção empreendida neste estudo. Minha gratidão infinita.

À professora Maria Bernadete Carvalho, pela orientação nos momentos iniciais desta pesquisa e por sua contribuição quanto à delimitação do objeto de estudo.

À professora Izabel Friche Passos, pela aprendizagem e pela oportunidade de aproximação dos conceitos foucaultianos.

Aos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Luzia/MG, aos médicos (as) e enfermeiros (as), que contribuíram e se disponibilizaram em participar da investigação.

À Marta Alice Venâncio Romanini, Coordenadora de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente da SES/MG, por sua paciência, compreensão e por seu apoio quanto à produção de conhecimento relativo à saúde da população adolescente.

À professora Cristiane de Freitas Cunha e aos colegas do Serviço de Saúde do Adolescente do Hospital das Clínicas – HC/UFGM, pelas vivências, pelo aprendizado e por retroalimentarem meu desejo de trabalhar para e com os adolescentes.

Aos colegas do Comitê Estadual para a Criança e o Adolescente do Semiárido Mineiro e do Comitê Estadual de Enfrentamento da Violência Infanto-juvenil, parceiros na militância em defesa dos direitos dos adolescentes.

Aos colegas de trabalho da Secretaria de Estado da Saúde, em especial à Laurinha e Alessandra, por compartilharem as dores e delícias do mestrado.

A Denise Machado, Lázaro Elias Rosa, Margarida França, Teresa Mendonça, Fernando Libanio Coutinho, Mariana Alencar, Alexia Baeta Machado e Ana Paula Andrade, pessoas queridas que encontrei durante o caminho, pelas várias contribuições, pois o significado desta empreitada transcende o valor científico que este estudo possa ter para a comunidade acadêmica.

À minha família pelo incentivo e apoio constante, em especial, à minha mãe Jovelina que sempre ensinou com muito amor, que carece de ter coragem, determinação e gentileza para se alcançar objetivos.

O senhor... Mire veja: o mais importante e bonito, do mundo, é isto:
que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas – mas que
elas vão sempre mudando.
Afinam ou desafinam.
João Guimarães Rosa

RESUMO

Nos últimos vinte anos, assistiu-se a vários avanços em relação à saúde dos adolescentes, tais como a política de proteção integral preconizada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, o desenvolvimento de programas no âmbito do Ministério da Saúde e a estruturação de diretrizes assistenciais. Todavia, ainda persistem no cotidiano dos serviços de saúde entraves na concretização do recomendado para este público. Este trabalho pretendeu, dessa forma, contribuir para elucidar os obstáculos no atendimento do adolescente. Teve como objetivo principal investigar as concepções sobre o desafio da atenção à saúde dos adolescentes na perspectiva dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e suas relações com a política pública e o modelo assistencial. A partir de uma pesquisa qualitativa, realizou-se um percurso teórico-metodológico que articulou as dimensões sócio-históricas e subjetivas da atenção à saúde de adolescentes. Partiu-se do pressuposto que as concepções sobre determinado fenômeno são produzidas na relação entre as condições concretas e subjetivas de existência, valendo-se, para tanto, do conceito foucaultiano de práticas discursivas. O material empírico de análise constituiu-se de vinte e dois relatos de médicos(as) e enfermeiros(as) de equipes de saúde da família, obtidos por meio de entrevista semi-estruturada do tipo episódica. Os resultados apontam que as concepções predominantes sobre o desafio convergem para as características dos próprios adolescentes. As concepções sobre o modelo assistencial biotecnológico e os entraves quanto à estrutura e processo de trabalho na atenção primária também justificam as dificuldades advindas do atendimento desta população. Os conflitos ético-legais constituem a principal expressão das vivências de desafio no atendimento dos adolescentes na ESF.

Palavras-chave: Saúde do Adolescente; Políticas Públicas; Estratégia de Saúde da Família; Relação Adolescente-Profissional de Saúde; Práticas Discursivas.

ABSTRACT

Over the past twenty years, it has seen several advances in relation to adolescent health, such as the policy of full protection recommended by the Child and Adolescent Development Program under the Ministry of Health guidelines and structuring of care. However, there still exist in everyday health services obstacles in achieving the recommended level for this audience. This work aims, therefore, contribute to elucidate the obstacles in the care of adolescents. Aimed at investigating the conceptions about the challenge of health care to adolescents from the perspective of professionals in the Family Health Strategy (FHS) and its relations with politics and public assistance programs. From a qualitative research, carried out a theoretical and methodological route which articulated the socio-historical and subjective measures of health care for adolescents. It started from the premise that conceptions about certain phenomena are produced in the relationship between the actual and subjective conditions of existence, using, for both, the Foucault's concept of discursive practices. The empirical analysis consisted of twenty-two medical reports and nurses of the FHS team, obtained through semi-structured interview of the episodic type. The results indicate that the prevailing conceptions about the challenge converge to the characteristics of the adolescents themselves. Conceptions of the care biotech model and obstacles regarding the structure and working process in primary care also justify the difficulties arising from the care of this population. The ethical-legal conflicts are the main expression of the experiences of challenge in the care of adolescents by the FHS.

Key-words: Public Policy; Adolescent Health, Family Health Strategy, Relationship Adolescent-Health Care Professional; Discursive Practices.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – Mapa de Minas Gerais com destaque para o município de Santa Luzia em relação à Belo Horizonte, 2010

QUADRO 1 – Unidades Básicas de Saúde e número de equipes de saúde da família do Distrito São Benedito – Santa Luzia/MG

QUADRO 2 – Perfil dos profissionais participantes da pesquisa

QUADRO 3 – Concepções sobre o desafio no atendimento do adolescente e nº de entrevistas em que surgiram

QUADRO 4 – Características dos casos segundo tema, sexo e idade dos adolescentes

QUADRO 5 – Concepções sobre as características dos adolescentes e impasses clínicos no atendimento deste público na perspectiva dos profissionais de equipes de saúde da família

QUADRO 6 – Concepções sobre o contexto de ESFs, características e particularidades do atendimento de adolescentes e o manejo clínico

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AD – Análise do Discurso

APS – Atenção Primária à Saúde

CIT – Comissão de Intergestores Tripartite

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

ESF – Estratégia de Saúde da Família

ESFs – Equipes de Saúde da Família

FEBEM – Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor

FUNABEM – Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor

FNUAP – Fundação das Nações Unidas para Atividades Populacionais

NOB – Norma Operacional Básica

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PNH – Política Nacional de Humanização

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PROSAD – Programa de Saúde do Adolescente

SES-MG – Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

SSR – Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva

SUS – Sistema Único de Saúde

UNESCO – Organização Educativa, Científica e Cultural das Nações Unidas

UNICEF – United Nations Children's Fund (Fundo das Nações Unidas para Infância)

UBS – Unidade Básica de Saúde

WHO – World Health Organization (Organização Mundial de Saúde)

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	OS ADOLESCENTES E O SETOR SAÚDE	19
2.1	As Políticas Públicas de Saúde do Adolescente	19
2.1.1	O delineamento de ações para a saúde do adolescente na Organização Mundial de Saúde: uma abordagem histórica	19
2.1.2	Os primeiros planos de ação sobre a saúde do adolescente da OMS/OPAS	22
2.1.2.1	Marco Conceptual de La salud integral del adolescente y de su cuidado	22
2.1.2.2	Plano de Ação sobre a Saúde do Adolescente nas Américas	25
2.1.3	As diretrizes da OMS e da OPAS nos anos 2000	27
2.1.4	A saúde dos adolescentes no contexto brasileiro: antecedentes nacionais	29
2.1.5	A estruturação das ações públicas para a saúde dos adolescentes no Ministério da Saúde	32
2.1.6	Do Programa de Saúde do Adolescente às Diretrizes Nacionais	33
2.2	Da política à prática: o adolescente entre as diretrizes e o cotidiano dos serviços	36
2.2.1	Entraves à implementação da atenção a saúde do adolescente no contexto brasileiro	37
2.2.2	Obstáculos macroestruturais na gestão e planejamento das ações para a saúde dos adolescentes	38
2.2.3	Obstáculos no acesso e na organização dos serviços	41
3	OBJETIVOS	45
3.1	Objetivo Geral	45
3.2	Objetivos Específicos	45

4	PERCURSO TEÓRICO-METODOLÓGICO	46
4.1	Contribuições da abordagem discursiva para a análise das concepções sobre o desafio na atenção à saúde dos adolescentes	46
4.1.1	O problema e a hipótese de pesquisa	47
4.1.2	Enunciado e Práticas Discursivas	49
4.2	Materiais e Métodos	51
4.2.1	Etapas da pesquisa de campo	51
4.2.2	O campo de estudo	51
4.2.3	Os sujeitos do estudo	55
4.2.4	Instrumentos de coleta de informações: a entrevista episódica	56
4.2.5	Processo de análise	59
5	RESULTADOS	61
5.1	Concepções sobre o desafio na atenção integral à saúde do adolescente	61
5.2	Situações de desafio vivenciadas pelas ESFs no atendimento dos adolescentes	62
6	DISCUSSÃO - CONCEPÇÕES SOBRE O DESAFIO NA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO ADOLESCENTE	64
6.1	Grupo 1 de Concepções: a adolescência e a assistência biotecnológica: aspectos complementares do desafio na atenção integral à saúde do adolescente	64
6.1.1	Os impasses do paradigma biotecnológico na atenção integral à saúde dos adolescentes	70
6.1.2	A dificuldade de enquadramento ao modelo biotecnológico e a perspectiva da queixa e da demanda	76
6.1.3	A concepção da adolescência como um processo natural e universal	80
6.2	Grupo 2 de Concepções: estrutura e processo de trabalho nas ESFs e os desafios da atenção integral à saúde do adolescente	88
6.2.1	As ESFs e a atenção integral à saúde do adolescente: estratégia e desafio	88

6.2.2	O contexto das ESFs, as características do adolescente e as particularidades do seu atendimento	97
6.3	Situações de desafio vivenciadas pelas ESFs no atendimento de adolescentes	104
6.3.1	A saúde sexual e saúde reprodutiva como desafio na atenção à saúde dos adolescentes	105
6.3.2	Saúde mental: sensibilização dos profissionais	111
6.3.3	A violência na vida dos adolescentes e no cotidiano das ESFs	112
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	119
	REFERÊNCIAS	124
	APÊNDICE A	140
	APÊNDICE B	141
	APÊNDICE C	144
	APÊNDICE D	145
	APÊNDICE E	146
	APÊNDICE F	147
	APÊNDICE G	155

1 INTRODUÇÃO

Em que a adolescência nos desafia?

A idéia da adolescência abalizada pelos imperativos biológicos, cronológicos e jurídicos, assim como a concebemos na atualidade, é recente. A cultura juvenil até o século XVIII, aproximadamente, era descrita por seu caráter coletivo e ritualista, ou seja, atrelada à idéia de uma idade social e funcional, com delimitação do percurso da jornada que devia ser empreendida pelo jovem para a vida adulta. (SCHMITT, 1996)

À medida que progressiva e lentamente certos modos de vivência da juventude se enfraqueceram, os jovens foram lançados numa diversidade de possibilidades advindas da modernidade. Segundo Calligaris (2000), Lopes (1999) e Sagesse (2001), a modernidade é responsável pela invenção da adolescência e, por conseqüente, o adolescente é seu mais legítimo representante. Vários autores que descrevem o sujeito pós-moderno remetem-no ao estranhamento e à ambivalência (Bauman, 1998, 1999), à mutação e plasticidade identitária (Giddens, 1996), e à espetacularização dos modos de vida (Debord, 1997). Estes múltiplos aspectos parecem análogos ao que é atribuído às características do adolescente na contemporaneidade, sintetizados na estereotipada expressão “crise da adolescência”¹. Nesse sentido, a adolescência representaria o modo de subjetivação pós-moderna, sendo ao mesmo tempo sua metáfora e sua sátira.

O que desejamos marcar é que desde que a condição da adolescência deixou de ser dada pelas regras societárias, a sociedade não sabe ao certo o que fazer com os adolescentes; e a adolescência, apresenta-se como um desafio a todos. Em primeiro lugar ao próprio adolescente, que agora não tem mais respostas sobre sua trajetória, não vê contornos definidos sobre como viver e ser reconhecido como adulto. Dessa forma, tem que inventar seu caminho, com os recursos subjetivos que dispõe e com os que são oferecidos socialmente pela contemporaneidade. Em segundo lugar, os adultos, além de desafiados também em sua subjetividade, são provocados a produzir planos e ações para ordenar o cotidiano instável e paradoxal da modernidade.

¹ Aspas dos autores.

Embora adolescência e juventude sejam categorias distintas sob o ponto de vista sociológico e etário, parece relevante situar a construção das ações e políticas destinadas aos jovens para que tenhamos uma compreensão mais ampliada das políticas públicas destinadas aos adolescentes, especialmente as do setor saúde.

Abad (2002) situa quatro períodos das políticas públicas de juventude na América Latina e suas características principais. O primeiro período inicia-se nos anos de 1950, no contexto dos novos costumes e comportamentos, principalmente sexuais, buscando nas ações de ampliação da educação e uso do tempo livre dos jovens afastá-los de condutas e comportamentos censuráveis. Os anos de 1970 marcam o segundo momento das estratégias públicas dirigidas à juventude. O referido autor distingue este período como de ações que visavam o controle social dos setores juvenis mobilizados (rurais, estudantis e populares urbanos) em políticas tutelares e de restrição da liberdade. O terceiro e quarto períodos, situados entre 1985 e os anos 2000, sobrepõem-se e se complementam, sendo caracterizados por ações de enfrentamento da pobreza e prevenção do delito, bem como iniciativas de inserção laboral dos jovens excluídos. Estas ações e estratégias públicas para a juventude se caracterizam como tentativas de facilitar a incorporação. A concepção que permeia todos esses quatro momentos é a da política pública como meio de assegurar uma transição segura e adequada à vida adulta, elaborando e implantando ações que facilitem a incorporação dos jovens na sociedade.

A primeira resposta para assegurar uma “boa transição” entre a infância e a idade adulta surge com a sistematização e organização do processo educativo e preparatório para o trabalho, a qual é dada pelas políticas de educação. As políticas de assistência social propõem uma resposta complementar à primeira, voltada para aqueles que por motivos sociais ou de “rebeldia”² não estavam inseridos no sistema escolar.

Posteriormente, os jovens e seus modos de vida aparecem enquanto população representada epidemiologicamente para as políticas públicas de saúde, que com seu conjunto biotecnológico apresenta-se para compor as frentes de ação que vão propor estratégias para uma boa transição entre a infância e a fase adulta. Essas ações foram orientadas pelos parâmetros da Organização Mundial de Saúde (OMS), que, nos anos de 1960, estabelece o conceito de adolescência atrelado à segunda década do ciclo de vida de uma pessoa. A partir

² Aspas dos autores.

de então, a configuração biológica, cronológica e jurídica constitui estratégia, ainda que precária, para sistematizar as políticas públicas destinadas aos adolescentes.

No Brasil, as ações de saúde para a população adolescente começam a ser sistematizadas na década de 1980. Em 1989, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), amparado na legislação e consenso das normas e tratados internacionais, tais como a Convenção dos Direitos da Criança de 1989. Durante os anos de 1990, são lançadas as normas de atenção à saúde integral do adolescente, com a finalidade de orientar as equipes de saúde, tendo como arcabouço os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, o avanço na legislação, a formalização de um programa específico e a definição de diretrizes não se mostraram suficientes na assistência em saúde para o público adolescente. A combinação de vários fatores tem repercutido em pouca procura desta população nos serviços de saúde, o que provavelmente está ligado às dificuldades de serviços e profissionais em ofertar ações que atendam as especificidades dos jovens. (ABRAMOVAY, 2004; MCPHERSON, 2005; MUZA, 2002; PALAZZO, 2003; SANCI, 2007).

Se o adolescente pode vivenciar estranhamento e ambigüidade na travessia da adolescência, os profissionais de saúde também experimentam desconforto na abordagem e atendimento a este público. Quais dimensões estão envolvidas no desafio do atendimento às necessidades de saúde do adolescente? O que é exigido dos profissionais no atendimento às necessidades de saúde do adolescente?

O interesse pela temática faz parte da trajetória profissional da pesquisadora, na esfera da clínica e da política pública de saúde. A pesquisadora desta dissertação é responsável pela formação e pela educação permanente de profissionais de saúde em atenção integral à saúde de adolescentes, além de assessorar os municípios do estado de Minas Gerais no processo de qualificação da atenção primária para o atendimento a esta população. Assim, neste estudo, o problema de pesquisa é derivado de uma inquietação no campo da prática profissional e no esforço de melhor compreender os aspectos envolvidos na assistência à saúde dos adolescentes.

O objetivo geral deste estudo é investigar as concepções que os profissionais de equipes de saúde da família (ESFs) têm sobre o desafio da atenção à saúde desta população. Para tanto, buscamos identificar as idéias que justificam tais desafios, caracterizar as situações de impasse vivenciadas e analisar as relações entre as concepções encontradas, a política

pública e o modelo assistencial.

Aspiramos, por meio da pesquisa qualitativa, um percurso metodológico que articule os âmbitos históricos e subjetivos da atenção à saúde de adolescentes. Para tanto, percorremos duas vias. Na primeira, apresentamos, por meio da análise dos textos oficiais governamentais e artigos científicos sobre o tema, o contexto das políticas públicas de saúde e os principais entraves das práticas dirigidas aos adolescentes. Na segunda via, de âmbito subjetivo, buscamos apreender, a partir dos relatos de médicos(as) e enfermeiros(as) de ESFs, o sentido produzido por estes profissionais sobre as dificuldades e desafios no atendimento do público adolescente.

Este trabalho está estruturado em três partes principais. Na primeira parte, desenvolvida na seção *Os adolescentes e o setor saúde*, mostramos o histórico e as características das políticas públicas de saúde para a população adolescente, bem como os principais entraves quanto às práticas nos serviços de saúde. Na segunda parte, abordada como *Percurso teórico-metodológico* da investigação, demarcamos a contribuição do conceito foucaultiano de práticas discursivas aos objetivos da pesquisa. Nesta seção, ainda, delimitamos o campo e os sujeitos do estudo, apresentamos a entrevista episódica como instrumento de coleta das informações, bem como as estratégias construídas para análise do material de campo. Finalmente, nas seções *Resultados* e *Discussão - concepções sobre o desafio na atenção integral à saúde do adolescente* apresentamos e discutimos os resultados da análise, problematizando-os com as políticas públicas e o modelo assistencial em saúde.

Esperamos com este itinerário, contribuir para a compreensão ampliada do processo de assistência à saúde dos adolescentes na atenção primária e para a elucidação dos impasses e obstáculos no atendimento deste público.

2 OS ADOLESCENTES E O SETOR SAÚDE

2.1 *As Políticas Públicas de Saúde do Adolescente*

Este tópico descreve o processo de sistematização das políticas públicas de saúde para a população adolescente, contextualizando as iniciativas internacionais e nacionais. Isso se mostrou necessário para darmos conta, posteriormente, quando da apresentação dos dados empíricos, de problematizar as concepções dos profissionais de ESFs em relação ao discurso oficial sobre a saúde do referido público, evidenciando suas convergências, desacordos e reconstruções.

2.1.1 **O delineamento de ações para a saúde do adolescente na Organização Mundial de Saúde: uma abordagem histórica**

A tarefa de assessorar e coordenar os assuntos de saúde internacionais passa a ser competência da Organização Mundial de Saúde (OMS) após a Segunda Guerra Mundial, a partir da criação da Organização das Nações Unidas (ONU) em 1948. No âmbito dos países da América Latina e Caribe, organiza-se um escritório regional, a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), que funciona como extensão da OMS em termos de orientações e modelos. Estas instituições configuram-se a partir de então como agências especializadas em temáticas internacionais de saúde, representando o discurso legítimo, competente e científico autorizado, por seus países membros, para elaborar normas e difundir diretrizes a respeito da saúde.

A coordenação, a assessoria técnica e o apoio financeiro implementados pela OMS e pela OPAS foram empreendidos ao lado de outras instituições e programas criados, como a Fundação das Nações Unidas para Atividades Populacionais (FNUAP), Organização Educativa, Científica e Cultural das Nações Unidas (UNESCO), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), para citar as principais relacionadas ao público adolescente. As discussões dos

temas relevantes e a disseminação das bases para a implementação das ações em saúde foram progressivamente desenvolvidas por essas agências em reuniões e seminários. (PERES, 1995)

Podemos identificar duas ações principais no âmbito da OMS que antecederam a sistematização de planos específicos para abordagem da saúde juvenil. A primeira referência é a formação de um *Comitê de Experts da OMS em Problemas de Saúde do Adolescente* de 1964. O trabalho deste grupo de especialistas resultou na publicação de um informe no ano seguinte, no qual estão conceitos e parâmetros sobre a adolescência amplamente divulgados e adotados até a atualidade, como, por exemplo, a delimitação etária e a idéia da adolescência como um período privilegiado de transformações em relação aos demais. Em 1976, a OMS reuniu novamente especialistas da organização no *Comitê de Experts em Necessidades de Saúde dos Adolescentes*. O relatório deste comitê, publicado no informe do ano de 1977, reafirma o parâmetro cronológico como norteador da abordagem e insere a idéia de período de transição para a conceituação da adolescência. (PERES, 1995)

Durante a década de 1980, a OMS abordou algumas temáticas sobre a saúde do adolescente em fóruns e conferências. Uma dessas conferências é a Conferência Internacional sobre População, em 1984, na Cidade do México, que destaca em seu relatório os efeitos prejudiciais da gravidez e do parto precoces para a saúde da mãe e da criança, chamando atenção para a criação de educação e serviços de planejamento familiar adequados culturalmente. No ano de 1985, destaca-se a Conferência Mundial para Revisão e Avaliação dos resultados da década das Nações Unidas para a Mulher e a escolha do ano pela ONU como o Ano Internacional da Juventude. Em 1986, aconteceu o Fórum Europeu de Parlamentares sobre a sobrevivência da Criança, Mulher e população. No ano seguinte, a OMS definiu “A saúde dos Jovens” como tema da próxima Assembléia Mundial de Saúde. Em 1989, numa declaração conjunta entre o Fundo das Nações Unidas para a População, o Fundo das Nações Unidas para a Criança e a Organização Mundial de Saúde, pactuaram a importância de ações visando “retardar o parto até a maturidade”. (OMS, 1989, folha nº 6)

O que se observa nesta breve síntese da década de 1980 é que as questões de saúde da população adolescente ainda não eram debatidas em espaços específicos para a temática. A abordagem dada ao adolescente pela OMS, neste momento, mostra-se diluída e pulverizada em reuniões que visavam discutir a saúde da mulher e da criança, especialmente, os aspectos reprodutivos.

Em maio de 1989³, a 42ª Assembléia Mundial de Saúde da OMS, adotou pela primeira vez como tema principal do evento, “A Saúde dos Jovens”, a qual foi debatida internacionalmente em sua especificidade. Três principais estratégias destacaram-se na preparação da 42ª reunião. Como primeira atividade, a OMS distribuiu anteriormente aos países membros um documento com os principais assuntos e questões chaves para os debates técnicos. Outra estratégia foi o desenvolvimento de uma base de dados sobre a saúde reprodutiva do adolescente e uma publicação intitulada *Fatores de Ação* que resumiu as informações da base de dados. A terceira estratégia preparatória constou de oficinas e consultas sub-regionais e nacionais envolvendo quarenta e seis países com representantes da juventude, dos governos e profissionais de saúde. (OMS, 1989)

Essa assembléia “A Saúde dos Jovens” de 1989 teve quatrocentos participantes e oito grupos de trabalho foram instituídos em torno de três temas: as deficiências e problemas de saúde dos jovens, a promoção da saúde dos jovens e o tema jovens e saúde de todos. Os relatórios dos grupos de trabalho apontaram como deficiências e problemas de saúde dos jovens a necessidade de reconhecer a heterogeneidade deste segmento da população bem como as condições concretas de vida destes. Alguns dos principais problemas de saúde se referem aos comportamentos inter-relacionados, com destaque para os aspectos da saúde sexual e reprodutiva. Para os participantes da assembléia, alguns grupos de jovens, como as mulheres rurais, os vitimados pela violência sexual, os envolvidos com o trabalho penoso e os que residem nas ruas, requerem auxílio especial. Os relatórios da assembléia reconhecem a insuficiência de informações sobre os comportamentos dos jovens e sua relação com a saúde, além da necessidade de maior compromisso político e legislativo para com o planejamento e implementação de ações para a referida população. Os grupos de trabalho apontaram como estratégico promover a integração de vários setores (saúde, educação, esporte e arte), além das famílias e dos recursos comunitários já existentes. Após os debates técnicos, os especialistas estabeleceram várias recomendações aos Estados membros. Destas, destacamos as relacionadas à estruturação política e a organização de serviços:

- a) Criação de indicadores de saúde, de política e planos de ação estruturados;
- b) Revisão das bases legais que estejam relacionadas com o bem-estar dos jovens;
- c) Realização de conferências nacionais e a criação do dia da juventude;

³ Neste ano, a Revista Saúde Mundial estabeleceu a mesma temática para publicação.

- d) Criação, promoção e apoio às organizações de jovens, com inclusão destes no processo de decisão sobre as políticas governamentais e não governamentais;
- e) Treinamentos para os profissionais de saúde;
- f) Abordagem intersetorial como estratégia. (OMS, 1989)

Podemos compreender a 42ª Assembléia Mundial de Saúde da OMS, “A Saúde dos Jovens”, como um marco sistematizador para as ações em saúde do adolescente desenvolvidas nas Américas e Caribe. As recomendações desta reunião resultaram nos anos seguintes, 1990 e 1992, em dois documentos orientadores: o *Marco Conceptual de La salud integral del adolescente y de su cuidado* e o Plano de ação sobre a saúde do adolescente nas Américas.

2.1.2 Os primeiros planos de ação sobre a saúde do adolescente da OMS/OPAS

2.1.2.1 *Marco Conceptual de La salud integral del adolescente y de su cuidado*

Um primeiro aspecto que merece destaque na análise do *Marco Conceptual de La salud integral del adolescente y de su cuidado*, publicado em 1990, é a ênfase à saúde do adolescente e não mais a utilização de termos como jovem e juvenil utilizados nos anos anteriores. Este aspecto sinaliza uma preocupação em melhor delimitar tanto a faixa etária como as características dos adolescentes. Como o próprio nome indica, este documento tem caráter conceitual e se propõe ser uma referência para as ações de saúde dos adolescentes. Podemos considerá-lo como estratégia para operacionalizar algumas recomendações da 42ª Assembléia Mundial de Saúde, visando promover nos países da America Latina e Caribe a responsabilização e definição de diretrizes para os assuntos relativos à saúde desta população, conforme sublinha o documento: “Todos los países de La Región necesitan adoptar una posición definida y tomar medidas efectivas y permanentes para promover y preservar La salud de los adolescentes y jóvenes”⁴. O documento avalia os aspectos considerados

⁴ Tradução: “Todos os países da Região necessitam adotar uma posição definida e tomar medidas efetivas e permanentes para promover e preservar a saúde dos adolescentes e jovens.”

fundamentais para a atenção a saúde dos adolescentes a partir de três conceitos-guia: o significado da saúde integral do adolescente, o marco de referência para a promoção à saúde e as dimensões da atenção integral. (OPAS, 1990, p. 1)

O conceito de saúde integral, neste documento, refere-se à interrelação dinâmica dos sistemas biológico, psicossocial, familiar, cultural, econômico. Neste contexto, destaca-se a primeira implicação prática para os profissionais que trabalham com os adolescentes:

Para fines de la atención de la salud integral del adolescente es la necesidad de que los programas de salud de los otros sectores sean congruentes con el carácter de continuum de las etapas. (...) Esta noción de continuidad debe ser enfatizada en las acciones de programación, educación en salud a nivel de las familias y en el sistema de educación desde etapas tempranas. (OPAS, 1990, p. 4)⁵

O *Marco Conceptual de La salud integral del adolescente y de su cuidado* considera como mecanismos de promoção à saúde: o autocuidado, o trabalho entre pares e a promoção de ambientes e estilos de vida saudáveis. Para tanto, enfatiza estratégias de participação social por meio de organizações que trabalham com os adolescentes, reforço nos serviços de saúde e demais setores, coordenação de políticas e ações intersetoriais e a aplicação do conceito de risco no planejamento das ações.

O documento destaca cinco dimensões da saúde integral do adolescente. A primeira refere-se à integralidade do cuidado, já mencionada anteriormente. Naquele momento, o conceito de saúde integral relaciona-se a idéia de continuidade das ações em saúde em todas as etapas do ciclo de vida. A saúde integral do adolescente é, portanto, produto do cuidado à saúde da mulher e da criança e implica as várias esferas da vida do adolescente: familiar, social, educacional e espiritual.

A segunda dimensão para a saúde integral dos adolescentes aponta a necessidade de considerar três contextos fundamentais nos quais esse público está inserido e/ou circula. Um contexto macro, que envolve aspectos políticos e econômicos; um intermediário, ligado à cultura e o aspecto micro, relacionado ao contexto familiar e comunitário próximo.

⁵ Tradução: “Para fins da atenção integral à saúde dos adolescentes é necessário que o setor saúde e demais setores sejam coerentes com o caráter contínuo das etapas. (...) Essa noção de continuidade deve ser enfatizada na programação e educação em saúde no nível das famílias e no sistema de educação desde as etapas anteriores.”

A terceira dimensão propõe a aplicação de enfoques integradores para o planejamento de programas. O enfoque de risco constitui-se como um enfoque integrador e ancora-se na premissa de que os fatores que determinam a saúde e o bem estar são variados e inter-relacionados, e que as pessoas e os grupos têm diferentes probabilidades de agravos à saúde os quais devem ser controlados de acordo com suas particularidades. O enfoque de risco é apresentado como, “una metodología efectiva para adecuar los requerimientos organizacionales y administrativos y el uso óptimo y apropiado de tecnologías a las necesidades de salud y bienestar de los adolescentes.”⁶ (OPAS, 1990, p. 6) A noção de enfoque de risco origina-se a partir da relação de vulnerabilidade e fator de risco. Os níveis de vulnerabilidade vão desde aos níveis biológicos e psicossociais, passando pela família e cultura até as políticas socioeconômicas. Esta abordagem tem base probabilística e caráter preventivo. A probabilidade de um resultado indesejado aumenta quando uma pessoa, uma família, ou um grupo são expostos a mais de um fator de risco e, por outro lado, o estado de saúde melhora quando são expostos a mais fatores de proteção. O controle do risco pode ser obtido por meio da supressão do fator de risco ou pela compensação por um fator de proteção. (OPAS, 1990)

A quarta dimensão para a saúde integral dos adolescentes define o conceito de cadeia de prevenção. O entendimento da cadeia de prevenção permite compreender, segundo a OPAS (1990), a relação de exposição, hábitos e estilos de vida, sendo possível prevenir um dano prevenindo suas causas, evitando que um dano se agrave ou resulte em seqüelas e incapacidades maiores. A cadeia de prevenção envolve a prevenção primordial, a qual está fundamentada no controle dos riscos e na promoção dos fatores protetivos. Na seqüência, tem-se a prevenção primária, prevenção secundária e, por fim, a prevenção terciária como o último ponto da cadeia de prevenção. A cadeia de prevenção constitui um *continuum* de cuidados e pode ser reforçada quando se tem conhecimento dos problemas prevalentes entre adolescentes, dos riscos e dos adolescentes com problemas. (OPAS, 1990)

Na quinta dimensão para a saúde integral dos adolescentes a OPAS (1990) preconiza que os recursos humanos multidisciplinares e trabalho em equipe; recursos materiais e físicos adequados para o trabalho com o público adolescente; flexibilidade dos serviços e utilização dos recursos disponíveis da comunidade; articulação com as ações dos

⁶ Tradução: “uma metodologia efetiva para adequar as exigências organizacionais e administrativas e o uso apropriado de tecnologias às necessidades de saúde e bem estar dos adoelscentes.”

demais ciclos de vida; ênfase no enfoque regionalizado, por meio da atenção primária e articulação com os outros níveis de complexidade, são características necessárias para ofertar uma atenção integral aos adolescentes.

2.1.2.2 Plano de Ação sobre a Saúde do Adolescente nas Américas

Em 1992 a OMS e OPAS aprovaram o Plano de Ação sobre a Saúde do Adolescente nas Américas. Esta resolução retoma as recomendações da 42ª Assembléia Mundial de Saúde e tem o propósito de promover o fortalecimento e o desenvolvimento de programas nos países do continente. O objetivo principal do documento é orientar o planejamento e a execução de ações em saúde do adolescente. Para tanto, expõe o panorama demográfico, a situação educacional e de empregos de adolescentes (de 10 a 19 anos) e jovens (de 15 a 24 anos) da região. O documento também realiza a análise do processo saúde-doença, sinalizando os aspectos específicos para os quais o planejamento deve ser orientado.

O Plano de Ação sobre a Saúde do Adolescente nas Américas especifica alguns grupos de problemas em relação à morbimortalidade dos adolescentes. No primeiro grupo estão os problemas ligados ao crescimento e desenvolvimento, incluindo as questões nutricionais. O segundo grupo de problemas refere-se às deficiências específicas de alimentação como a falta de ferro e de iodo, além de problemas relacionados à saúde oral. O terceiro grupo de agravos sobre a saúde dos adolescentes versa sobre os aspectos da saúde reprodutiva, com privilégio da abordagem à gravidez. Na seqüência o documento indica as doenças de transmissão sexual como o quarto problema relativo à situação de saúde dos adolescentes. O quinto grupo de problemas refere-se à morbimortalidade por causas externas e contemplam os acidentes de trânsito, os homicídios e suicídio, além do consumo de substâncias psicoativas (álcool, tabaco e demais drogas) pela referida população. (OPAS, 1992)

Conforme a OPAS (1992), as estratégias de enfrentamento dos principais problemas que acometem a saúde dos adolescentes podem ser agrupadas em dois âmbitos. O primeiro âmbito reúne componentes que visam desenvolver ações no contexto dos programas de saúde materno infantil, bem como o incremento de redes de apoio à saúde do adolescente. As principais atividades abordam a mobilização das sociedades científicas, a elaboração e

distribuição de material científico e educativo, apoio à pesquisas, assessoria técnica aos países, além da incorporação dos temas da saúde do adolescente na formação materno infantil.

O fortalecimento das redes regionais dos países da América Latina e Caribe foi empreendido por meio de recursos financeiros e humanos da OPAS, de suas agências internacionais e outras instituições. Neste sentido, destaca-se o Projeto de Apoio às Iniciativas Nacionais de Saúde Integral ao Adolescente na América Latina, realização da OPAS com a Fundação W. K. Kellogg. Este projeto buscou apoiar e aperfeiçoar as redes nacionais, regionais e locais desenvolvendo e aplicando instrumentos de avaliação, normatização de modelos de atenção e metodologias para adequar serviços de saúde e formar recursos humanos para o trabalho com adolescentes. (OPAS, 1992)

O segundo âmbito estratégico relaciona-se à elaboração de Programas Regionais de Promoção à Saúde dessa população. Por meio da incorporação do conceito de cidades saudáveis, estes programas devem focalizar a participação efetiva de organizações juvenis, recursos de comunicação social, prevenção dos riscos por meio da adoção de fatores protetores, além do enfoque intersetorial. (OPAS, 1992)

Simultaneamente às conferências e reuniões internacionais, a OMS e a OPAS buscaram outros recursos para influenciar, principalmente, os países pobres e/ou em desenvolvimento para o alcance das metas propostas nos planos, relatórios e pesquisas oficiais. Destaca-se a influência destas instituições na formação médica, sobretudo na área da medicina preventiva e social, além do fornecimento de bolsas de estudos para estágios e treinamentos, principalmente nos EUA. (PERES, 1995)

Em 1997 a OPAS aprova uma resolução denominada Saúde dos Adolescentes na qual estimula os países membros na construção de planos nacionais. A partir desta resolução vinte e dois dos vinte e seis estados membros estabeleceram programas de saúde do adolescente.

2.1.3 As Diretrizes da OMS e OPAS nos anos 2000

Ao longo dos anos 2000 a OMS e a OPAS mantém o compromisso em desenvolver ações para a melhoria da situação de saúde do adolescente na América Latina e Caribe. De forma colateral, este compromisso é expresso em alguns documentos e resoluções, tais como a Estratégia para Saúde e Desenvolvimento da Criança e do Adolescente e a Estratégia Global sobre Saúde Reprodutiva. A primeira está voltada para promover nos países membros o fortalecimento e o acesso aos serviços de saúde. A segunda estratégia tem como principal objetivo fomentar o alcance das metas internacionais sobre a saúde reprodutiva, com táticas especiais quanto às situações de pobreza, as desigualdades de sexo, os riscos dos adolescentes. (OMS, 2008)

Como documentos específicos e mais recentes destacam-se a Estratégia Regional para Melhorar a Saúde do Adolescente e da Juventude e o Plano de Ação para a Saúde do Adolescente e do Jovem, respectivamente de 2008 e 2009. Estes documentos ampliam a faixa etária contemplada pelas ações, circunscrevendo a adolescência àqueles de 10 a 19 anos e a juventude para as pessoas de 15 a 24 anos, confirmando a tendência, percebida desde o início dos anos 2000, de incorporar os jovens nas estratégias da OMS. Observa-se, então uma retomada de expressões como juvenil e juventude utilizadas na década de 1980.

A Estratégia Regional para Melhorar a Saúde do Adolescente e da Juventude, por meio da Portaria CD48/2008, constitui uma proposta, com duração de dez anos (2008-2018), que visa desenvolver e fortalecer uma resposta integrada do setor saúde aos demais setores co-responsáveis pelas condições de saúde desta população. Esta estratégia está ancorada em quatro pilares: atenção primária à saúde, promoção da saúde, proteção social e determinantes sociais de saúde, os quais devem articular enfoques como a cultura, o gênero e a participação juvenil. O documento recomenda sete linhas de ação para enfrentar as causas primárias de morbimortalidade do público entre os 10 e 24 anos, as quais descreveremos a seguir. (OMS, 2008)

A primeira linha de ação visa fortalecer a capacidade dos países membros de gerarem informações estratégicas de qualidade, desagregadas por idade, sexo, grupo étnico e nível socioeconômico. Estas informações devem definir prioridades, estabelecer políticas e programas, além de subsidiar o planejamento e avaliação dos mesmos. A segunda linha de

ação, denominada Contextos Habilitadores e Políticas com Base Científica, tem como objetivo elaborar, promover, implementar e assegurar políticas e programas eficazes, amplos e sustentáveis, com evidências científicas, e com garantia de alocação específica de recursos orçamentários para a saúde do adolescente. São contemplados na terceira linha de ação o fomento e o fortalecimento de sistemas e serviços de saúde integrados e abrangentes. Dentre as propostas desta linha de ação, estão o desenvolvimento de modelos e padrões na qualidade da atenção prestada, a integração dos serviços de referência e contra-referência em todos os níveis de atenção e o incremento de serviços alternativos e inovadores com vistas a aumentar o acesso dos adolescentes e jovens às unidades de saúde. A Formação de Capacidade de Recursos Humanos integra a quarta linha de ações estratégicas e seu pilar é desenvolver e executar programas de treinamento nos níveis da formação universitária, bem como na educação permanente em serviço, priorizando as tecnologias de educação à distância. Esta linha de ação prevê, ainda, a inclusão do assunto nos currículos das profissões de saúde e educação. A quinta linha de ação, intervenções baseadas na família, na comunidade e na escola, ancora-se na idéia de que a mudança de comportamento dos adolescentes e jovens é influenciada pelo ambiente em que vivem. Assim, suas ações visam elaborar e apoiar programas e intervenções de base comunitária que fortaleçam as famílias e abarquem as escolas na promoção da saúde deste público. A linha de ação de número seis nomeada pela OMS (2008) de alianças estratégicas e colaboração com outros setores focaliza o diálogo e a articulação intersetorial no estabelecimento de programas para esta faixa etária. Propõe-se o desenvolvimento de ações integradas entre entidades governamentais, organizações privadas, universidades, meios de comunicação, sociedade civil, comunidades religiosas e organização de jovens. Considerando o significativo impacto dos meios de comunicação e das novas tecnologias nos comportamentos da juventude configura-se a sétima linha de ação intitulada comunicação social e participação da mídia, a qual pretende promover uma imagem positiva dos adolescentes e jovens nos veículos de comunicação, assim como incorporar novas tecnologias na promoção da saúde. (OMS, 2008)

O Plano de Ação para a Saúde do Adolescente e do Jovem, por meio da Portaria CD49/2009, constitui a expressão operacional da Estratégia Regional para a América Latina e Caribe e um guia para subsidiar elaboração dos planos nacionais. A partir das linhas de ação estabelecidas, propõe orientações técnicas e atividades adaptadas para enfrentar as situações distintas sobre a saúde dos adolescentes nos países membro. Os países prioritários, bem como os países denominados de alto impacto terão acompanhamento diferenciado pela OPAS.

Destes, foram identificados como prioritários para cooperação técnica: Bolívia, Guiana, Haiti, Honduras e Nicarágua. O Brasil, juntamente com a Argentina, Colômbia, México, Peru, e Venezuela, participa como país de alto impacto para intervenções em adolescentes e jovens.

Detemo-nos com certa abrangência aos documentos da OMS e da OPAS, pois tratam de informações que sistematizam o arcabouço das políticas de saúde dirigidas à população adolescente e, como veremos, são modelos para as ações desenvolvidas em âmbito nacional.

2.1.4 A saúde dos adolescentes no contexto brasileiro: antecedentes nacionais

No contexto brasileiro, além da influência dos organismos internacionais no desenvolvimento de programas de saúde voltados à população adolescente, é fundamental considerar alguns acontecimentos que contribuíram para a elaboração e estruturação de estratégias visando atender às necessidades de saúde deste público.

No Brasil, o percurso que culminou na idéia da criança e do adolescente como sujeitos de direito e em condições especiais de desenvolvimento é longo, e representa o esforço de diversos movimentos, dentre os quais se destacam as articulações lideradas pelas Comunidades Eclesiais de Base da Igreja Católica em várias partes do país e dos Movimentos das Pastorais de Periferia Urbana a partir do final da década de 1970. Os argumentos postos no âmbito dos direitos infanto-juvenis envolveram uma conjunção de fatores sócio-históricos, tal como assinala Pinheiro (2004):

as precárias condições de vida da maioria das crianças e dos adolescentes; as contundentes críticas às diretrizes e ao conjunto de práticas governamentais de assistência; o acentuar-se das discussões sobre direitos da criança e do adolescente(...) o contexto sociopolítico propício à reivindicação e reconhecimento legal de direitos; e a articulação de setores da sociedade civil, concretizada no movimento em defesa da criança e do adolescente”. (PINHEIRO, 2004, p. 346)

Nesse contexto, destaca-se, a partir dos anos de 1980, o processo de redemocratização do país, bem como as experiências de modelos alternativos às Fundações Estaduais do Bem-Estar do Menor - FEBEM's. O intercâmbio com organizações

internacionais de direitos e a criação em 1988 do Fórum Nacional Permanente de Entidades Não-Governamentais de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente deram visibilidade ao tema e contribuíram na proposição do Estatuto da Criança e do Adolescente, publicado em 13/07/1990. (LOPES, 2006)

A Constituição Federal Brasileira de 1988, nos artigos 227 e 228, reconhece a criança e o adolescente como prioridades, estendendo a estes o direito de cidadania. O artigo 227 é esclarecedor ao determinar como um dever do Estado e da sociedade civil garantir a prioridade de atendimento às necessidades das crianças e adolescentes. Há o reconhecimento de direitos especiais que devem ser levados em consideração na alocação de verbas orçamentárias.

A reforma sanitária brasileira destaca-se como outro fato que contribuiu para a elaboração e estruturação de estratégias visando atender às necessidades de saúde do adolescente. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentados e sistematizados pelas Leis Orgânicas da Saúde Nº 8080 e Nº 8142, de 1990, possibilitou a reorganização do modelo de assistência à saúde no Brasil, designando responsabilidades específicas para a gestão federal, estadual e municipal.

O SUS compartilha com o ECA a diretriz de descentralização, na qual organiza as responsabilidades e poderes em níveis federal, estaduais e municipais. A atribuição de poderes aos municípios promove uma maior interlocução entre os diversos setores os quais poderão planejar e articular ações de promoção à saúde do adolescente a partir de suas realidades locais. Ao preconizar a integralidade da assistência, o SUS estabelece uma condição essencial para a atenção ao adolescente: a articulação e continuidade das ações nos âmbitos da promoção, prevenção e reabilitação dos agravos e doenças que acometem esse grupo populacional. A diretriz da participação comunitária coaduna-se com as orientações da OMS e da OPAS para a atenção integral à saúde do adolescente.

Em 13 de julho de 1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) é sancionado, por meio da Lei Federal Nº8069/1990, possibilitando condições legais para a reformulação das políticas públicas, definindo responsabilidades e modificando a gestão político-administrativa das questões vinculadas à infância e à adolescência. O ECA define como infância a faixa etária que vai de 0 a 12 anos e a adolescência dos 12 aos 18 anos, considerando crianças e adolescentes sujeitos portadores de todos aos direitos fundamentais, dentre os quais estão os ligados à saúde. O artigo 7º é específico sobre o direito à vida e à

saúde, determinando o estado a efetivar políticas públicas que visem o desenvolvimento saudável, com dignidade para crianças e adolescentes. O artigo 11º assegura o atendimento médico por meio do SUS, com acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. O artigo 12º prevê o atendimento médico-hospitalar com a garantia de tempo integral de um dos pais nos casos de internação. O artigo 13º, reforçado pelo artigo 245º determina a obrigatoriedade da notificação por parte dos profissionais de saúde e educação dos casos de suspeita ou confirmação de maus tratos ao Conselho Tutelar.

O ECA designou às crianças e aos adolescentes o lugar de sujeito de direitos na sociedade, garantindo-lhes a proteção integral a partir da sua condição especial de pessoas em desenvolvimento. Além disso, é também um marco, pois, revoga o Código de Menores, representando um importante documento no tratamento da criança e adolescente a partir das diretrizes internacionais de direitos humanos. Portanto, para a compreensão do significado do ECA, é necessário mencionar a legislação que o antecedeu.

O Código de Menores, estabelecido por meio do Decreto Nº 17.943 de 12/10/1927, vigorou até 1990. Foi resultado do debate entre aspectos jurídicos, políticos e assistenciais sobre a infância e adolescência brasileira, constituindo a primeira legislação de proteção infanto-juvenil. Composto por 231 artigos dispunha sobre a vigilância e a sistematização da assistência aos “menores abandonados” e aos “menores infratores” por parte do poder público. Neste código, era competência do Juiz de Menores estabelecer para estas duas categorias serviços com a função de abrigo, escola, hospital e prisão. O que se verifica no Código de Menores e as estratégias utilizadas para sua implantação, como a criação das Fundações Nacional do Bem-Estar do Menor - FUNABEM's –, em 1964, e de suas versões estaduais FEBEM's, são políticas públicas voltadas para as crianças abandonadas e com problemas de comportamento (dificuldades sociais, de aprendizagem e delinquência). As ações destinadas à juventude pobre pautavam-se pelo caráter institucionalizante das estratégias de proteção e de controle para o “menor”⁷, em alguns momentos conjugando-se os dois elementos. Elementos de filantropia, da força e do medo marcam as ações destinadas a infância e juventude pobre do país, sem que se fossem problematizadas as causas do abandono e dos comportamentos tidos como desviantes.

⁷ Aspas dos autores para destacar o caráter pejorativo da expressão

Solidificava-se, dessa forma, a concepção que até hoje mantém estreitamente ligados: pobreza, delito e periculosidade. Em 1979, por meio da Lei Nº 6697, o Código foi revisado, instituindo-se o Novo Código de Menores. A nova edição, fiel aos princípios de controle da infância e adolescência pobres do primeiro código, manteve a guarda das questões que envolviam essa parcela da população como assunto restrito aos poderes judiciário e policial. (BRASIL, 2005c; LOPES, 2006)

2.1.5 A estruturação das ações públicas para a saúde dos adolescentes no Ministério da Saúde

Desde o início da década de 1980, a temática da saúde dos adolescentes era abordada no contexto do programa materno infantil. A Reunião Técnico-científica da Divisão Nacional de Saúde Materno-infantil de 1982 já propunha o estabelecimento de normas para a atenção integral à criança e ao adolescente (BRASIL, 1982). Embora, este documento tenha identificado os principais danos, os fatores de riscos biológicos, assistenciais e ambientais, a análise do relatório da referida reunião nos permite apontar o caráter inicial e modesto das particularidades da população adolescente no âmbito do Programa materno-infantil do Ministério da Saúde.

Com vistas ao cumprimento da Constituição Federal de 1988 e sob a influência das recomendações da 42ª Assembléia Mundial de Saúde, em novembro de 1989 o Ministério da Saúde institui o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD) para a população de 10 a 19 anos. Este Programa surge orientado pelo princípio da integralidade e da promoção da saúde, preconizando abordagem multidisciplinar e intersetorial. O PROSAD é estruturado com a finalidade de criar intra e intersetorialmente ações para promover a saúde dos adolescentes, favorecer a implantação de programas correspondentes nos estados e municípios, reforçando as ações já em andamento. Dentre suas atribuições estão a elaboração de normas técnicas, o fomento de ações para tornar a rede de serviços apta ao atendimento do adolescente, a criação de centros de referência viabilizando um sistema de referência e contra-referência, a promoção de estudos e pesquisas sobre adolescência nas diversas áreas, além do aperfeiçoamento do sistema de informação em saúde. As áreas prioritárias do PROSAD são o

acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, sexualidade, saúde bucal, saúde mental, saúde reprodutiva, saúde do escolar adolescente, a prevenção de acidentes, trabalho, cultura, esporte e lazer (BRASIL, 1989).

Em 1993, são publicadas e divulgadas as primeiras Normas de Atenção à Saúde Integral do Adolescente. As normativas constituem diretrizes organizacionais e técnicas que visam padronizar procedimentos e normatizar as condutas dos serviços e dos profissionais da atenção primária em saúde, sendo organizadas em três volumes:

- a) Volume I – Diretrizes Gerais para Atendimento de Adolescentes, Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento, Distúrbios da Puberdade e Desenvolvimento Psicológico do Adolescente (BRASIL, 1993a)
- b) Volume II – Saúde Mental e Sexualidade na Adolescência (BRASIL, 1993b)
- c) Volume III – Assistência ao Pré-Natal, ao parto e ao Puerpério, Planejamento Familiar, Doenças Sexualmente Transmissíveis e problemas Ginecológicos (BRASIL, 1993c)

2.1.6 Do Programa de Saúde do Adolescente às Diretrizes Nacionais

Em 1999, o Ministério da Saúde amplia as especificidades do atendimento até a faixa etária de 24 anos. A partir de então, seguindo os parâmetros da OMS, as ações da Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem do Ministério da Saúde (ASAJ) destinam-se a população adolescente de 10 a 19 anos e aos jovens, aqueles entre 15 e 24 anos. Aquele ano é marcado também pela elaboração de uma Agenda Nacional, abordando os principais agravos identificados pelos dados epidemiológicos e pesquisas nacionais. Em 2004, a ASAJ/MS promoveu em Brasília uma oficina intitulada “Construção da Política Nacional de Atenção à Saúde de Adolescentes e Jovens”. A atividade reuniu representantes de outros ministérios, gestores e técnicos da saúde do adolescente dos estados e capitais, representantes de universidades e de centros de referência no atendimento ao adolescente, organizações não governamentais, conselhos profissionais e movimentos de jovens. (BRASIL, 2004)

O processo de elaboração de uma política que respondesse às necessidades de saúde da população de adolescentes e jovens prosseguiu durante 2005 e no ano seguinte iniciaram-se as discussões e pactuação com gestores estaduais e municipais de saúde. (BRASIL, 2007a). A apresentação da política na reunião da Comissão de Intergestores Tripartite (CIT) de 2008 não obteve sucesso de pactuá-la como tal. Em 2009 a CIT aprovou o documento proposto inicialmente como uma Política Nacional como Diretrizes da Atenção Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde.

O documento Diretrizes Nacionais da Atenção para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde é apresentado no sentido de promover a incorporação da atenção à saúde deste grupo populacional à estrutura e mecanismos de gestão, à rede de atenção do SUS e às ações e rotinas dos serviços em todos seus níveis. Este documento utiliza os termos “adolescências” e “juventudes” demarcando que os parâmetros cronológicos são úteis para a investigação epidemiológica e planejamento de ações, porém não contemplam a diversidade de experiências econômicas, sociais e culturais que este segmento vivencia. (BRASIL, 2010b)

As diretrizes em saúde do adolescente reafirmam a atenção básica como estratégia prioritária. As ações assistenciais devem considerar os contextos locais, serem permeadas por práticas educativas em uma perspectiva participativa, emancipatória e voltadas para a equidade e cidadania. O documento indica sete temas estruturantes da atenção: Equidade de Gêneros, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, Projeto de Vida, Cultura de Paz, Ética e Cidadania, Igualdade Racial e Étnica. São preconizados três eixos fundamentais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens: a) acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; b) atenção integral à saúde sexual e saúde reprodutiva e; c) atenção integral no uso abusivo de álcool e outras drogas. (BRASIL, 2010b)

Entre 2003 e 2007, o Ministério da Saúde procedeu a uma ampla revisão do arcabouço normativo e técnico sobre a saúde do adolescente, com ênfase no nível primário da assistência em saúde, produzindo relevantes publicações. O conteúdo destas publicações versam sobre os aspectos legais na proteção dos direitos, orientações aos serviços de saúde, subsídios para implementação de ações voltadas à saúde sexual reprodutiva de adolescentes e jovens, além de conteúdo teórico e prático sobre aspectos clínicos da atenção à referida população. Dentre as publicações sublinhamos: *Marco legal: saúde, um direito de*

adolescentes, Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde, Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens e Saúde do adolescente: competências e habilidades (BRASIL, 2008, 2005a, 2005b).

Dois marcos, no âmbito do Ministério da Saúde, merecem destaque no que se refere à implementação das ações de saúde do adolescente no SUS: o Programa Saúde na Escola e a Caderneta de Saúde do Adolescente.

O Programa Saúde na Escola, instituído pelo Decreto Presidencial Nº 6.286, de 5/12/2007, é uma estratégia intersetorial dos Ministérios da Saúde e Educação para fortalecer e articular suas respectivas redes. O programa visa contribuir para ampliar o alcance e o impacto das ações de saúde e educação, otimizando os espaços, equipamentos e recursos disponíveis. Além de colaborar para o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer desenvolvimento escolar e promover a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes. As ações preconizadas são realizadas tanto no ambiente escolar como nas UBS e envolvem avaliação das condições de saúde (médica e psicossocial, nutricional e saúde bucal), promoção e prevenção da saúde, monitoramento, avaliação e educação permanente. A implementação do Programa Saúde na Escola conta com recursos financeiros destinados aos municípios e às equipes de saúde da família, conforme as Portarias Nº 1.861, de 4/09/2008 e a por meio das Nº 2.931, de 4 de dezembro de 2008

A Caderneta de Saúde do Adolescente foi formalizada por meio da Portaria do Ministério da Saúde Nº 3.147 de 17/12/2009. Constitui um importante instrumento para apoiar a atenção à saúde da população de 10 a 19 anos. A caderneta pretende promover e facilitar o acesso deste público às unidades de saúde. Com essa finalidade, sua implantação propõe ações articuladas com as escolas da área de abrangência dos territórios das ESFs. Visa também apoiar os profissionais no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, orientação na prevenção de doenças e agravos, além de facilitar ações educativas.

2.2 *Da política à prática: o adolescente entre as diretrizes e o cotidiano dos serviços*

Ainda que haja ações pontuais sobre a saúde de adolescentes entre os anos de 1960 e 1970 e a crescente pauta sobre o tema durante os anos 1980, a própria OMS reconhece os entraves na concretização das políticas e organização dos serviços para este público. No preâmbulo da publicação sobre a Assembléia Mundial de Saúde de 1989, a organização se manifesta relatando que

a saúde dos adolescentes e jovens, aqueles com idade entre 10 a 24 anos, é um assunto que ganhou importância na última década, tanto nos países desenvolvidos quanto em desenvolvimento, entretanto esse é um assunto ao qual, tradicionalmente, tem sido dada pouca prioridade nos programas e políticas de saúde. (OMS, 1989, folha nº 7)

Ao longo dos últimos vinte anos são vários os avanços em direção ao atendimento às necessidades de saúde dos adolescentes. O respaldo do ECA ao designar o adolescente como sujeito de direitos e determinar uma política de proteção integral, o desenvolvimento de programas específicos no âmbito do Ministério da Saúde e alguns outros intersetoriais, bem como a estruturação de diretrizes de atendimento e organização de serviços evidenciam conquistas importantes na atenção à saúde deste grupo no âmbito nacional.

Porém, embora se reconheça todos esses avanços, o campo das práticas não se estruturou na mesma cadência e a implementação da legislação e das diretrizes ainda se constituem um desafio. O que se observa ainda é o descompasso entre as garantias legais à saúde e a realidade cotidiana dos adolescentes. (FONSECA, 2008, LEÃO, 2005; PACCINI, 2008). Segundo Pirotta trata-se “de direito que demanda, para sua efetiva fruição, da implementação de programas, e políticas públicas; o que implica um complexo conjunto de considerações sobre o papel do executivo, do Legislativo e do Judiciário na garantia de tal direito.” (PIROTTA, 1999, p. 38)

Reconhecemos que muitas iniciativas têm sido realizadas para melhorar a atenção dirigida às necessidades de saúde dos adolescentes. Porém, entendemos também que as experiências exitosas, por considerar as particularidades de saúde deste segmento, são pouco representativas da realidade brasileira. Também é necessário avançar no âmbito das práticas, pois, “ainda falta muito para que os programas nacionais dêem cobertura adequada a toda

população de adolescentes e jovens e para que se possa considerar que estes programas estejam integrados ao sistema de saúde, de tal forma que permitam o acesso universal.” (RUZANY, 2008, p. 21)

2.2.1 Entraves à implementação da atenção a saúde do adolescente no contexto brasileiro

Podemos destacar dois principais contextos que se impõem à efetivação de ações em saúde a partir das particularidades dos adolescentes. O primeiro refere-se à persistência da crença de que pessoas jovens não adoecem. Neste sentido, as necessidades de saúde dos adolescentes podem ficar invisíveis por se considerar que este é um segmento da população que vive a mais saudável das etapas do desenvolvimento. (BRASIL, 2007, 2010; LEAO, 2005).

Adolescentes e jovens, por serem consideradas pessoas saudáveis, não têm a necessária atenção à saúde, a não ser nas questões de saúde reprodutiva. Hoje, no entanto, as condições de saúde desse grupo populacional tornaram-se um diferencial que evidencia a sua vulnerabilidade frente às diferentes formas de violências e a crescente incidência de mortalidade, evidenciadas especialmente pelas causas externas (BRASIL, 2010, p.22).

O segundo contexto diz respeito ao pensamento, ainda constante, de que apenas os especialistas e os centros de referência são capazes de atender as demandas deste segmento. A estes dois argumentos associa-se também a tradicional ênfase em programas de saúde direcionados à mulher e à criança e mais recentemente a ações voltadas para os doentes crônicos e idosos. (BRASIL, 2007a)

Esse cenário fica evidente quando se analisa as ações desenvolvidas pelos serviços de atenção primária em saúde. A pesquisa de certificação das Unidades Básicas de Saúde que integram o Programa de Saúde da Família no Estado de Minas Gerais, realizada em 2005, avaliou 2.115 Equipes de Saúde da Família. Nesta avaliação, no item de ações educativas em grupo, a maior proporção de atividades deste tipo foi dirigida para grupos de hipertensos (90,7%), seguidos do grupo de idosos (89,1%), do grupo de gestantes (81,1%) e do monitoramento de crianças menores de dois anos (73,5%). As atividades educativas em grupo para adolescentes representavam 39,8% das atividades educativas em grupo. Entre as

ações assistenciais dirigidas aos adolescentes a maior proporção são as relacionadas à prevenção de gravidez (83,7%) e acompanhamento do calendário vacinal (84,3%). (MINAS GERAIS, 2008)

As ações de prevenção à gravidez estão, geralmente, vinculadas ao planejamento familiar ofertado à totalidade das mulheres em idade fértil e, embora os percentuais de vacinação pareçam satisfatórios, a cobertura da ação deve ser questionada tendo em vista a baixa proporção de equipes que realizam o cadastro dos adolescentes (38,8%). Tais dados demonstram a baixa incorporação de ações para adolescentes e jovens na rotina dos serviços de saúde.

2.2.2 Obstáculos macroestruturais na gestão e planejamento das ações para a saúde dos adolescentes

Consideramos como obstáculos macroestruturais àqueles relacionados à sistematização de uma política pública de saúde específica. Nos últimos sete anos vários esforços foram empreendidos pelo Ministério da Saúde no intuito de ordenar ações e estratégias para a saúde do adolescente e do jovem. Porém, não havendo a publicação de uma política de saúde do adolescente, conforme citado anteriormente, Ministério da Saúde, em 2008, o retoma as discussões com estados e capitais para inclusão da temática no contexto do Pacto pela Saúde. (BRASIL, 2004, 2007a, 2010b)

O Pacto pela Saúde é o resultado da discussão sobre a revisão do processo normativo do SUS e apresenta dois principais desdobramentos: o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto pela Vida. O primeiro sistematiza os recursos orçamentários e financeiros das três esferas de gestão, explicitando o compromisso de cada uma delas, além de intensa mobilização social em defesa do SUS. O segundo, Pacto pela Vida, constitui o conjunto de compromissos sanitários derivados da situação epidemiológica e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais. O efetivo compromisso e articulação dos pactos implica em constante monitoramento orçamentário e de metas pactuadas de cada nível da gestão em seu próprio âmbito, bem como com os demais. O Pacto pela Vida definiu em 2006 seis prioridades: saúde do idoso; controle do câncer de colo de útero e de mama; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de respostas às

doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; promoção da Saúde; e fortalecimento da Atenção Básica. (BRASIL, 2007b)

A reunião dos Coordenadores de Saúde do Adolescente (estados e capitais) convocada pelo Ministério da Saúde em 2008 teve como foco a interface das ações em saúde do adolescente com o Pacto pela Vida. Os debates e proposições dos grupos de trabalho levadas à plenária apontaram ser imperativo explicitar tanto no Pacto em Defesa do SUS, como no Pacto pela Vida as necessidades e particularidades da atenção ao adolescente. Inclusive com a utilização de recursos financeiros específicos que garantissem a execução das ações planejadas para esta população. No entanto, não houve nos anos seguintes nenhum indicador particular relacionado à saúde do adolescente. As temáticas juvenis apareceram de forma pulverizada em alguns indicadores ligados à promoção da saúde e à prevenção de violência.

É importante destacar que embora alguns autores e estudos se refiram a existência de uma Política Nacional de Atenção à Saúde do Adolescente e Jovem, o que existe são diretrizes para atenção e organização dos serviços de saúde. As Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, foram aprovadas como diretrizes apenas em dezembro de 2009 pela Comissão de Intergestores Tripartite (CIT) e não como uma política de saúde nacional. O que causa estranheza, embora se reconheça os dados epidemiológicos de morbimortalidade referentes à saúde física e mental da faixa etária de 10 a 24 anos.

O planejamento e execução de ações não amparadas por uma política nacional instituída, como é o caso da saúde do adolescente e jovem, impõem uma série de limites, dos quais destacamos a fragilidade tanto no que se refere aos recursos financeiros quanto dos indicadores. A falta de recursos financeiros próprios para a gestão das ações faz com que, freqüentemente, as áreas técnicas de saúde do adolescente em todos os níveis de gestão tenham que se associar e recorrer a outras coordenações e programas para executar seu planejamento. É fundamental a existência da transversalidade das ações na atenção ao adolescente e é necessário ações articuladas intrasetorialmente para potencializar os recursos e a efetividade das mesmas. Porém, o que enfatizamos é a autonomia restrita do ponto de vista do planejamento e da execução quando não há recursos específicos designados por uma política nacional. Historicamente, as fontes de financiamento reforçam o enfoque das ações de saúde do adolescente orientadas por uma perspectiva dos problemas: HIV, consumo abusivo

de drogas, gravidez, violência. Como consequência, tais ações contemplam os adolescentes no escopo das políticas e programas, principalmente, das áreas de saúde da mulher e DST/Aids.

Neste sentido, parece importante lembrar que não basta à saúde do adolescente integrar a estrutura e o organograma de secretarias, pois este fato, “não significa que tenha uma estrutura para seu desenvolvimento, com planejamento de execução e expansão programadas, quadro de pessoal definido e rubrica no orçamento para seu desenvolvimento” (MOURA 2006, p.77)

A falta de indicadores específicos para pactuação entre os entes federados e para organização dos serviços de saúde constitui um segundo percalço para o planejamento e execução de ações em saúde do adolescente. Os indicadores constituem elementos fundamentais, pois sintetizam as metas e estratégias de implantação de uma política, bem como o processo de avaliação da mesma. Avaliar remete ao estabelecimento de parâmetros para avaliação, ou seja, a definição de indicadores. Desta forma, quando consideramos os quatro principais momentos de estruturação das políticas públicas - a formação de uma agenda, a elaboração de alternativas/estratégias para solucionar determinado problema, a implementação e avaliação - a saúde do adolescente não aparece enquanto uma política nacional, mas objeto de políticas mais amplas, e, por conseguinte, com recursos e indicadores transversais. (RUA, 1998; SOUZA, 2006)

Esses obstáculos macroestruturais constituem um desafio a ser enfrentado pelas áreas responsáveis em saúde do adolescente em todos os níveis da gestão. Reconhecida a existência da transversalidade das ações na atenção a esta população, acreditamos ser necessário que as mesmas sejam explicitadas nos documentos de planejamento e gestão e não apenas subentendidas em seu texto e nas rubricas dos orçamentos públicos. Dar visibilidade à saúde do adolescente nos instrumentos de gestão pode repercutir positivamente e contribuir para que a mesma visibilidade seja produzida na prática dos serviços de saúde.

2.2.3 Obstáculos no acesso e na organização dos serviços

Pesquisas sobre a temática, em realidades diversas, tais como as de Leão (2005), Moura (2006) e Paccini (2008), evidenciam os obstáculos e a distância entre a elaboração e a implementação das diretrizes e programas de saúde do adolescente.

De acordo com Leão (2005) mesmo as ações do “Programa de Saúde do Adolescente (Prosad) passam a ser questionadas pela baixa cobertura alcançada e pela concentração da atenção na demanda espontânea” (LEÃO, 2005, p. 36).

O estudo sobre o Programa de Saúde do Adolescente de Paranoá/DF concluiu que mesmo instituído há mais de dez anos não há, neste programa, “clareza de metas a serem cumpridas pelos profissionais que o executam em nível local e não foi identificado nenhum documento com revisão do projeto original no nível da SES.” (MOURA, 2006, p. 75)

Paccini (2008) aplicou para médicos de UBS de Belo Horizonte questionário para os termos de uso freqüente no cuidado de adolescentes. Os resultados segundo a pesquisadora foram reveladores, pois;

O PROSAD (Programa de Saúde do Adolescente) instituído pelo Ministério da Saúde permitiu respostas como: *“Muito prazer! Mais uma surpresa! É muito triste isto não chegar a nós! Aposto que tem mais coisas que não sabemos! Você sabe disto, porque está estudando!”*. (...) Os dados constataram haver hiato na qualidade da assistência que poderia ser oferecida ao adolescente e aquela que efetivamente existe. Enquanto isto não se torna viável todo o atendimento prestado fica comprometido pela dificuldade de implantação e seguimento de um programa. (PACCINI, 2008, p.211-212)

O déficit na assistência ao adolescente nos serviços de saúde é reiterado por Henriques (2009), pois, “no contexto da saúde pública, existe uma deficiência muito grande na assistência aos adolescentes. Constatamos que há programas específicos para atender essa população, mas que na grande maioria das vezes eles não são executados.” (HENRIQUES, 2009, p.30)

A combinação de fatores como o acesso, os entraves legais e a organização das rotinas nas UBS tem resultado na pouca freqüência de adolescentes nos serviços de saúde, onde estes não figuram como locais de relevância para busca de soluções dos problemas de

saúde desta população. (ABRAMOVAY, 2004; MCPHERSON, 2005, MOURA, 2006; MUZA, 2002; PALAZZO, 2003; SANCI, 2007).

Sobre os entraves em acessar as unidades de saúde, a OMS sublinha que

o acesso do adolescente e da juventude aos serviços de saúde também continua inadequado na maioria dos países. Muitos jovens encontram barreiras legais e financeiras e ambientes hostis quando usam os serviços de saúde, inclusive quebra de sigilo, discriminação e atitudes valorativas e reprovadoras em relação à atividade sexual e ao uso de substâncias. (OMS, 2008, p. 13)

Na realidade brasileira, há uma variedade de legislações tais como o Código Civil, o Direito Penal e o Direito Eleitoral, que fixam idade e condições diferenciadas para o exercício dos direitos. As diretrizes da gestão e assistência à saúde do adolescente divergem do estabelecido pelo ECA, pois este determina como adolescente a faixa etária de 12 a 18 anos. Essas discordâncias legais podem dificultar o acesso dos adolescentes nos serviços de saúde, além de causar “perplexidade e dificuldades para os profissionais de saúde no atendimento da população adolescente, criando receios do ponto de vista ético e legal”. (BRASIL, 2007c, p. 39).

Do ponto de vista da organização dos serviços devem-se destacar as limitações impostas à abordagem da sexualidade com os adolescentes, haja visto que grande parte dos serviços de saúde mantém atrelada a questão da sexualidade à da reprodução. As oportunidades de receber os métodos contraceptivos e orientação sexual geralmente estão inseridas nas ações de planejamento familiar. Esta definição impõe obstáculos e dificuldades de acesso para o público adolescente, tendo em vista que a expressão planejamento familiar “nem sempre corresponde às expectativas de adolescentes e jovens que chegam aos serviços.” (BRASIL, 2007c, p. 29). Neste aspecto, embora o ECA designe o adolescente como sujeito de direito, não há especificações relativas aos direitos sexuais e reprodutivos. Os artigos 3º, 5º, 15º, 17º e 18º referem-se apenas de forma genérica a respeito à integridade física e moral, sendo dever da sociedade zelar pela dignidade deste grupo, colocando-os a salvo de tratamentos desumanos, violentos e de constrangimentos. Sobre a saúde sexual e reprodutiva o estatuto “é tímido com relação aos direitos reprodutivos e sexuais, sobretudo se considerada a importância que a vida sexual adquire com o advento da adolescência e as implicações que este período da vida tem sobre a idade adulta.” (PIROTTA, 1999, p. 37)

Os estudos indicam também que as deficiências quanto ao acesso e o desenvolvimento de atividades para adolescentes são relativas à inadequação dos recursos humanos para o atendimento a este público (FERRARI, 2008; HENRIQUES, 2009; HORTA, 2006; PACCINI, 2004; PALAZZO, 2003; RUZANY, 2002; SALOMÃO, 2007). Há duas décadas a OMS enfatiza a necessidade de melhorar a capacidade dos recursos humanos para o atendimento dos adolescentes. Em 1989, este órgão, indicava que as equipes frequentemente “não possuem conhecimento nem treinamento adequado para atender as necessidades dos jovens e, conseqüentemente, muitos jovens não fazem uso dos serviços que na verdade existem, ou procuram ajuda bem mais tarde do que deveriam.” (OMS, 1989, folha nº 23). Na Estratégia Regional para a Melhoria da Saúde do Adolescente e do Jovem, a formação de recursos humanos se mantém como tática fundamental para melhorar o acesso a assistência. (OMS, 2008)

Os entraves no atendimento aos adolescentes podem ser atribuídos a variadas ordens: estrutural, organização de serviços e formação profissional. Mas, há dificuldades que advém da concepção circulante sobre o jovem na sociedade. Os discursos e imagens sobre os adolescentes são ambivalentes, ora apresentam a imagem de fascinação e desejo de juventude como modelo cultural, ora o jovem é visto como um problema social, representando uma ameaça a si e a sociedade, relacionado-o à violência, às drogas e ao exercício de uma prática sexual irresponsável (LEAO, 2005; PEDALVA, 2007). De acordo com Ferrari (2006), os discursos dos profissionais de saúde sobre os adolescentes apontam pouco conhecimento, dificuldades de lidar com esse público e julgamentos precipitados, considerando-os deseducados e permissivos. Esses aspectos podem contribuir para gerar grandes esteriótipos e, concomitantemente, resistência e insegurança para tratar dos temas que envolvem a saúde dos adolescentes na contemporaneidade.

Estudos, tais como os de Paccini (2004), Horta (2006) e Henriques (2009) têm investigado o significado e os sentimentos dos profissionais de saúde no atendimento da população de 10 a 19 anos e evidenciam a dimensão da dificuldade e do desafio que o atendimento deste público pode representar para os profissionais de saúde. Os significados e sentimentos mais recorrentes revelam que os profissionais consideram a abordagem do adolescente difícil, delicada, conflituosa e constrangedora.

A pesquisa de Paccini (2004) considera que há consenso entre pediatras do adolescente “como indivíduo difícil de lidar, mesmo na normalidade das situações habituais.”

(p. 90). Em estudo que buscou compreender o significado do atendimento ao adolescente pelos profissionais de saúde na atenção básica, Horta (2006) designou em sua dissertação um tópico que expressa a dimensão desafiante do assunto e apresenta os impasses e as limitações enfrentadas nesse atendimento: “Atender o adolescente: as contradições vivenciadas.”

Os discursos dos profissionais que confluíram para esta subcategoria apontam que o encontro e desencontro dos profissionais da Equipe de Saúde da Família (ESF) com o adolescente é, muitas vezes, permeado por desafios. (...) Ao buscar o que estava implícito nas falas dos sujeitos deste estudo, pude perceber que o momento dos profissionais com o adolescente é permeado por conflitos e indagações. (...) Os profissionais sentem-se perdidos, perplexos, cansados e frustrados ao atenderem os adolescentes. (HORTA, 2006, p.54-57)

Os profissionais entrevistados no estudo de Heriques (2009) afirmaram ser muito difícil trabalhar com este público e que

muitas vezes os profissionais não sabem lidar com essa situação. (...) Outra questão a ser evidenciada é que na relação existente entre os profissionais e o adolescente o encontro desses atores é permeado por conflitos e questionamentos. (...) Em seus discursos os profissionais relataram que não conseguem ter um bom relacionamento com os adolescentes e não são aceitos por ele. Os profissionais consideram, que por ser um sujeito em transformação, o seu atendimento é complicado. (HENRIQUES, 2009, p.58-59)

Os estudos acima demonstram que a tarefa de atender o adolescente é desafiante para muitos profissionais de saúde. Entretanto, ainda são incipientes discussões que abordem as características desse desafio e as situações e contextos mais desafiantes para os profissionais. Sendo assim, esta pesquisa pretende contribuir para melhor distinguir os impasses e obstáculos sob esse ponto de vista, analisando as concepções que os profissionais têm sobre o desafio da atenção à saúde dos adolescentes. Buscaremos identificar as idéias que justificam tais desafios, além de caracterizar as situações de impasse vivenciadas pelos médicos (as) e enfermeiros (as) da ESF. Aprofundar e qualificar as dificuldades enfrentadas no atendimento dos adolescentes pode promover uma reflexão sobre o papel dos diversos atores envolvidos no atendimento desse público, além de orientar diretrizes assistenciais e programas de educação permanente.

3 OBJETIVOS

3.1 *Objetivo Geral*

Investigar as concepções sobre o desafio da atenção à saúde dos adolescentes na perspectiva dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e suas relações com a política pública e o modelo assistencial.

3.2 *Objetivos específicos*

- Identificar o que é nomeado como desafio no atendimento do adolescente;
- Descrever as concepções que justificam os desafios no atendimento do adolescente;
- Identificar e descrever as situações concretas de desafio vivenciadas na ESF no atendimento do adolescente;
- Analisar as relações entre as concepções encontradas, a política pública e o modelo assistencial.

4 PERCURSO TEÓRICO-METODOLÓGICO

Vivendo, se aprende: mas o que se aprende, mais, é só a fazer outras maiores perguntas.
João Guimarães Rosa

4.1 Contribuições da abordagem discursiva para análise das concepções sobre o desafio na atenção à saúde dos adolescentes

O termo concepções no Dicionário Aurélio⁸ refere-se a: “1. ato ou efeito de conceber ou gerar; 2. ato de conceber ou criar mentalmente, de formar ideias, especialmente abstrações; 3. maneira de conceber ou formular uma ideia original, um projeto, um plano, para posterior realização; 4. noção, ideia, conceito, compreensão; 5. modo de ver, ponto de vista, opinião, conceito”.

Esta pesquisa parte do pressuposto que qualquer concepção sobre determinado fenômeno é produzida na relação entre condições concretas e subjetivas de existência. Pretendemos realizar um percurso teórico-metodológico que pudesse articular as dimensões sócio-históricas e subjetivas da atenção à saúde de adolescentes, buscando uma abordagem crítica e problematizadora das concepções sobre o desafio no atendimento do adolescente.

A Análise do Discurso (AD) empreendeu, a partir dos anos de 1950, uma nova abordagem para o estudo sobre a linguagem. Várias definições podem lhe ser atribuídas. As mais gerais, a consideram como análoga ao estudo do discurso e, as mais restritas, como uma única disciplina. (CHARAUDEAU, 2008)

A Análise do Discurso figura entre os três instrumentais teórico-metodológicos, apresentados por Minayo (2004), que possibilitam contribuições aos estudos que tomam como objeto a saúde. O objetivo básico da análise do discurso, para a cientista social, é “realizar uma reflexão geral sobre as condições de produção e apreensão da significação (...) ela visa compreender o modo de funcionamento, os princípios de organização e as formas de produção social do sentido.” (p. 211)

⁸ Versão digitalizada.

Faz-se necessário demarcar que, nesta pesquisa, trataremos muito mais de uma abordagem discursiva de nosso objeto do que, propriamente, de uma análise do discurso, pois, não recorreremos aos elementos essenciais que a caracterizam: a paráfrase, a polissemia, a metáfora e o interdiscurso. (GOMES, 2006). O caminho teórico-metodológico empreendido nesta investigação está ancorado na contribuição de Michel Foucault no livro *A Arqueologia do Saber*, publicado em 1969, e em alguns autores que ligados à fortuna crítica deste autor, que propõe analisar determinado objeto por meio de uma postura de estranhamento e desalojamento dos saberes. Foucault filia-se à escola francesa de análise do discurso que, enquanto campo interdisciplinar, pretende ampliar a linguagem de seus atributos meramente gramaticais, inscrevendo-a nas condições sócio-históricas de produção.

Inspiramo-nos na abordagem arqueológica de Foucault no intuito de problematizar os desafios no atendimento às necessidades e às demandas de saúde dos adolescentes. Neste sentido, algumas perguntas-problema são relevantes: quais convergências e regularidades encontramos nos sentidos atribuídos pelos profissionais de ESF? Quais rupturas e transformações, em relação à produção científica e às políticas públicas, são identificadas pelo profissionais que atendem este público na atenção primária em saúde?

Adotamos, de início, na abordagem discursiva a problematização da pergunta de pesquisa e sua relação com a construção dos recursos metodológicos. Posteriormente, para análise do material empírico, apreendemos da arqueologia foucaultiana os conceitos de enunciado e práticas discursivas, os quais o autor explorou intensamente no livro *A Arqueologia do Saber*, colocando-os como centrais em seu método de análise discursiva. (GREGOLIN, 2004)

4.1.1 O problema e a hipótese de pesquisa

Maingueneau (1997), ao apresentar os possíveis objetos de interesse da AD, argumenta que o pesquisador, frente a determinado material, não tem *a priori* nenhuma razão especial para recorrer a determinado procedimento em detrimento de outro. A decisão do caminho a ser percorrido e a eleição de determinados procedimentos estão pautadas nas perguntas e hipóteses de pesquisa. As hipóteses, conseqüentemente, ancoram-se ao mesmo

tempo em certo conhecimento que o pesquisador tem de seu objeto de pesquisa e das possibilidades que este objeto oferece para análise.

A abordagem discursiva problematiza a própria construção da pergunta de pesquisa à medida que enfoca as relações do pesquisador e sua interferência sobre a realidade pesquisada. A perspectiva discursiva, segundo Rocha (2005), deve problematizar as implicações do pesquisador com o objeto pesquisado, os saberes a serem explicitados, as relações entre os saberes do pesquisador e os saberes produzidos pela coleta de dados, bem como as relações do pesquisador com os sujeitos da pesquisa. Esta perspectiva considera o pesquisador como co-construtor dos discursos e dos sentidos produzidos na pesquisa. Desta forma “é precisamente o entendimento de que o pesquisador, em um dado campo de análise, é co-construtor dos sentidos produzidos que se alteram o lugar em que ele se situa e sua postura de interlocutor em uma determinada situação de pesquisa.” (ROCHA, 2005, p. 316).

A pergunta-problema que origina nossa investigação é: por que, as relevantes mudanças na legislação e nas diretrizes da assistência ainda não foram suficientes para melhorar o acesso e as relações entre os serviços de saúde e os adolescentes?

Decorrem desta questão algumas delimitações para nossa hipótese de pesquisa. Consideramos que fatores de ordem sócio-histórica e subjetiva interferem na efetivação de ações concretas na atenção integral à saúde dos adolescentes. Nossa hipótese é de que as concepções sobre o desafio no atendimento do adolescente estão circunscritas em um processo histórico-discursivo mais amplo, ligado tanto ao modo como se pensa a adolescência na contemporaneidade como ao paradigma biotecnológico das práticas assistenciais.

Orlandi (2001) vai dizer da responsabilidade do pesquisador sobre a formulação de sua questão e o que daí se desdobra em relação ao dispositivo teórico e o dispositivo analítico que elege. Conforme esta autora, “cada material de análise, exige que seu analista, de acordo com a questão que formula, mobilizar conceitos que outro analista não mobilizaria, em face de suas (outras) questões” (ORLANDI, 2001, p.27). O que esta autora ressalta é que o dispositivo teórico preexiste à pesquisa, representa campos e conceitos disponíveis para serem utilizados. Mas, o dispositivo analítico é singular, pois deve ser construído a partir da pergunta da pesquisa, da natureza do material e da finalidade da análise. É a partir do dispositivo analítico que se seleciona determinados conceitos em detrimento de outros.

Além da contribuição da abordagem discursiva para estruturação da hipótese de pesquisa, recorreremos aos conceitos de enunciado e práticas discursivas, como dispositivo analítico do estudo. Dentre os vários elementos e conceitos da AD elaborados por Michel Foucault em *A Arqueologia do Saber*, o conceito de enunciado é fundamental e constitui o ponto de partida para a compreensão do conceito de práticas discursivas. (GREGOLIN, 2004)

4.1.2 Enunciado e Práticas Discursivas

O enunciado é descrito por sua oposição a alguns elementos lingüísticos (frase, proposição e atos de linguagem) para destacar que este não aparece como objeto de interesse dos estudos lingüísticos e, portanto, não foi analisado. A abordagem de um enunciado, na arqueologia de Foucault, só é possível considerando-se a função enunciativa do sujeito; “é o fato dele ser produzido por um sujeito, em um lugar institucional, determinado por regras sócio-históricas, que definem e possibilitam que ele seja um enunciado”. (GREGOLIN, 2004).

Foucault (2000) aborda a questão do enunciado a partir da descrição dos acontecimentos discursivos. Antes de ocupar-se de um domínio muito vasto do discurso, é preciso descrever os acontecimentos do discurso com a finalidade de buscar as unidades que o formam, liberar o discurso dos agrupamentos e classificações para que se possa estabelecer os jogos de relações internos e externos. A descrição dos acontecimentos relaciona-se a problematizar as regras que permitiram a construção de determinado discurso em detrimento de outro. Para Foucault na análise do campo discursivo;

trata-se de compreender o enunciado na estreiteza e singularidade de sua situação; de determinar as condições de sua existência, de fixar seus limites da forma mais justa, de estabelecer suas relações com outros enunciados a que pode estar ligado, de mostrar que outras formas de enunciação exclui. (FOUCAULT, 2000, p. 31)

A idéia do discurso como uma ação que provém da formação de saberes, concretos no tempo e no espaço, remete a práticas discursivas, as quais se referem a certas

regras e práticas de objetos e campos de saberes específicos. (BRANDÃO, 2004). Para Foucault uma prática discursiva é “um conjunto de regras anônimas, históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço, que definiram, em uma dada época e para uma determinada área social, econômica, geográfica ou lingüística, as condições de exercício da função enunciativa. (FOUCAULT, 2000, p.136)

Michael Foucault situa as práticas discursivas como constitutivas de determinados conhecimentos e saberes, situados historicamente, mas, ao mesmo tempo em condições de transformá-lo. Uma prática discursiva está entre um dizer e as condições de produção desse dizer, apontando uma condição de exterioridade. Essa exterioridade das práticas discursivas, remete às afiliações de campos de saberes, às rupturas e ressignificações em relação a estes. (BRANDÃO, 2004, ORLANDI, 2001).

Parece não ser possível descrever à exaustão os acontecimentos discursivos, nem este é propósito de Foucault. “É preciso, numa primeira aproximação, aceitar um recorte provisório, uma região que a análise revolucionará e reorganizará se houver necessidade” (FOUCAULT, 2000, p. 34). Como circunscrever a região? Como apreender o enunciado? Foucault (2000) responde a tais questões da seguinte forma: A definição da região deve pautar-se onde haja maiores possibilidades de relações numerosas, densas e relativamente fáceis de descrever; e onde os acontecimentos discursivos pareçam estar mais ligados. A segunda pergunta encontra solução em apreender o enunciado no momento de sua existência e das regras de seu aparecimento por meio de grupos de discurso.

Tendo em vista que a análise possível dos enunciados depende de sua existência material, para este estudo a apreensão dos enunciados parte do relato dos profissionais de ESFs sobre o desafio em atender o adolescente. Quais sentidos são atribuídos por esses profissionais aos impasses no atendimento do público adolescente? A abordagem discursiva dos enunciados dos profissionais permite apreender os âmbitos históricos e subjetivos das práticas de saúde voltadas para adolescentes, considerando que a própria produção discursiva dos sujeitos (profissionais de ESFs) são representantes de uma determinada posição, falam de um determinado lugar para o qual convergem determinados saberes sobre a adolescência.

4.2 *Materiais e Métodos*

4.2.1 Etapas da pesquisa de campo

Esta pesquisa apresenta duas etapas de investigação. A primeira consistiu de uma aproximação com o campo de estudo, fase denominada, por Minayo (2004), de exploratória.

Esta etapa permitiu a abertura de um canal de comunicação com o município, o qual possibilitou apresentar a pesquisa, sensibilizar os profissionais envolvidos e definir os aspectos operacionais da investigação. Nosso objetivo era conhecer as características do município, obter informações sobre a organização da atenção primária e as ações dirigidas ao público adolescente. Para essa finalidade utilizamos três estratégias:

- a) entrevista com a coordenadora de atenção primária do município (Apêndice A);
- b) análise do Plano de Saúde Municipal de 2009;
- c) questionário dirigido aos gerentes das unidades básicas de saúde (Apêndice B)

Este momento foi fundamental para caracterizar nosso campo de estudo, além de oferecer subsídios para formulação do roteiro de entrevista com os profissionais de saúde.

A segunda etapa da pesquisa consistiu da realização das entrevistas, as quais serão detalhadas a seguir.

4.2.2 O campo de estudo

Na pesquisa qualitativa, o campo refere-se ao “recorte espacial que corresponde à abrangência, em termos empíricos, do recorte teórico correspondente ao objeto da investigação.” (MINAYO, 2004, p.105). A partir desta noção, o local, as situações e as pessoas que um investigador elege relacionam-se à temática e aos objetivos da pesquisa, resultando, portanto, em diferentes estratégias de seleção. (BURGESS, 1997)

Considerando que a assistência em saúde dos adolescentes deve ser realizada, prioritariamente, no nível da atenção primária, para este estudo elegemos um município que tivesse a estratégia de saúde da família implementada em pelo menos 50% de seu território e que, além disso, pudéssemos ter acesso aos profissionais das ESFs para as entrevistas.

Nosso campo de pesquisa foi o município de Santa Luzia/MG, que participa da região metropolitana de Belo Horizonte, capital do estado de Minas Gerais. Este município é localizado a 25 km da capital, como se pode ver no mapa abaixo. Sua população total, segundo dados do IBGE (2009), é de 231.610 habitantes. A população de 10 a 19 anos é de 41.373 pessoas, correspondendo a 17, 85% da população residente no município.

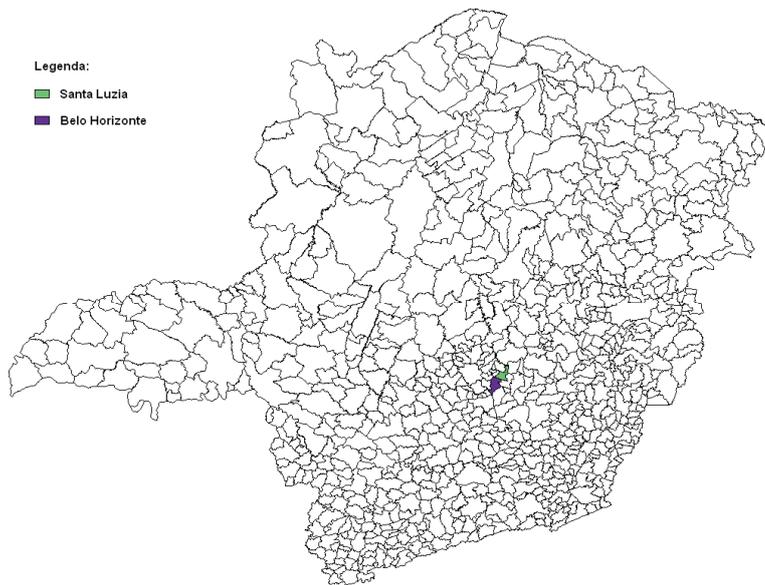


FIGURA 1 – Mapa de Minas Gerais com destaque para o município de Santa Luzia em relação à Belo Horizonte, 2010

O município de Santa Luzia dividi-se em dois territórios de saúde: a sede e o distrito de São Benedito. A sede envolve os bairros do entorno do centro histórico, enquanto o distrito tem os bairros mais populosos, piores condições de renda e moradia, além dos maiores índices de violência do município.

A rede de saúde do município conta com um Laboratório Municipal, um Centro de Consultas Especializadas (angiologia, cardiologia, infectologia, neurologia e otorrinolaringologia), duas Unidades de Pronto Atendimento, sendo uma na sede e outra no

Distrito São Benedito e dois Núcleos de Terapias Naturais. Possui também uma unidade estadual de referência secundária em saúde sexual e reprodutiva e atenção à criança de risco, com equipe multiprofissional (pediatra, ginecologista, mastologista, urologia, serviço social, psicologia e fisioterapia). O município tem dois serviços de saúde mental, sendo um Centro de Atenção Psicossocial e um Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil. Este último que atende a população de 0 a 18 anos.

A estratégia de saúde da família teve início em Santa Luzia em 1997 e, atualmente, conta com cobertura para 57% da população. A rede de atenção primária tem vinte e quatro unidades básicas de saúde e quarenta e uma ESFs. Do total de UBS, dez estão na sede e quatorze no distrito, sendo as unidades do distrito as com mais tempo de ESF. Por esta razão, elegemos o distrito São Benedito e suas UBS como campo para a investigação.

Quadro 1- UBS e número de ESFs do Distrito São Benedito – Santa Luzia/MG

<i>UBS</i>	<i>Nº de ESF</i>
Alto São Cosme	2
Baronesa	2
Caribé	1
Celso Dirce	4
Cristina	2
Duquesa	1
Jabaquara	1
Londrina	2
Luxemburgo	1
Nova Conquista	1
São Cosme	1
SESC	2
Tia Lita	2
Virgem dos Pobres	3
14	25

As informações sobre a atenção ao adolescente no município foram obtidas em dois momentos. O primeiro, quando da realização da entrevista com a coordenadora da atenção primária, o que, dentre outras coisas, permitiu-nos estabelecer o recorte para nosso campo de estudo, que foi as UBS do Distrito São Benedito.

Em um segundo momento, os gerentes dessas UBS's , que são na maior parte enfermeiros (as) do próprio serviço, foram convidados para uma reunião na qual apresentamos a pesquisa e pedimos a adesão para a mesma. Nesta reunião, foi aplicado um questionário (Apêndice B), aos gerentes, com o propósito de melhor assegurar homogeneidade sobre o contexto de atenção ao adolescente nas quatorze UBS selecionadas. Em razão desta finalidade nosso foco se deteve em algumas questões do instrumento.

Características do campo de pesquisa em relação à saúde do adolescente

A análise do Plano Municipal de Saúde 2009, as informações recolhidas da entrevista e do questionário nos permitiram caracterizar a atenção à saúde do adolescente no município.

O Plano Municipal de Saúde, aprovado em 2009 pelo Conselho Municipal de Saúde, corresponde ao planejamento do setor saúde do município para a gestão 2009- 2012. Neste documento a saúde do adolescente não é abordada. Não há no Plano nenhum objetivo, estratégia ou ação que faça referência específica à assistência ao adolescente. O documento prevê a elaboração de protocolos assistenciais e a pactuação de metas com as ESFs restritas às áreas de pré-natal, puericultura, saúde da mulher e saúde do idoso.

Embora os gerentes identifiquem a presença diária de adolescentes nas UBS, não há monitoramento de indicadores, capacitações para os profissionais sobre a temática e ações específicas para este público nas unidades de saúde. Na área da saúde o município não tem nenhum programa e nenhuma unidade de referência para o atendimento da população adolescente, exceto para os casos de saúde mental.

Intersetorialmente, no âmbito da prevenção de violência, o município conta com: o Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania – Pronasci (Ministério da Justiça), o Programa de Ações Referenciais de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil – PAIR (Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República) e do Programa de Controle de Homicídios Fica Vivo - Fica Vivo (Secretaria de Estado de Defesa Social). Este último aparece como lugar privilegiado para referenciar os adolescentes do Distrito São

Benedito. O Programa Fica Vivo oferece diversas oficinas culturais, esportivas, profissionalizantes e de lazer para jovens de 12 a 24 anos em situação de vulnerabilidade social e residentes em áreas com maiores índices de homicídio.

4.2.3 Os sujeitos do estudo

Na seleção dos sujeitos deste estudo, consideramos alguns aspectos sobre a compreensão da amostragem na pesquisa qualitativa destacados por Minayo (2004):

(a) privilegia os sujeitos sociais que detém os atributos que o investigador pretender conhecer; (b) considera-os em número suficiente para permitir uma certa reincidência das informações, porém não despreza informações ímpares cujo potencial explicativo tem que ser levado em conta; (c) entende que na sua homogeneidade fundamental relativa aos atributos, o conjunto de informantes possa ser diversificado para possibilitar a apreensão de semelhanças e diferenças; (d) esforça-se para que a escolha do *locus* e do grupo de observação e informação contenham o conjunto das experiências e expressões que se pretende objetivar com a pesquisa. (MINAYO, 2004, p. 102)

Neste sentido, elegemos como sujeitos do estudo 01 médico (a) e 01 enfermeiro (a) de ESFs de cada uma das quatorze UBS do Distrito São Benedito. Estabelecemos como critérios para inclusão dos entrevistados o mínimo de seis meses de experiência na estratégia de saúde da família e responder positivamente às questões: você atende adolescentes na UBS/ESF? b) você considera o atendimento de adolescentes difícil e/ou desafiador?

Após esse processo, e o fato de três UBS estarem sem médico no período de realização das entrevistas, os sujeitos inseridos na pesquisa foram quatorze enfermeiros (as) e oito médicos (as).

Quadro 2 - Perfil dos profissionais participantes da pesquisa

<i>Profissionais</i>	<i>Sexo</i>	<i>Tempo na ESF</i>					
		M	6 a 12 meses	1 a 3 anos	3 a 5 anos	5 a 8 anos	Mais de 10 anos
	F						
Enfermagem	10	4		6	6	1	1
Medicina	4	4	2	2		3	1
	14	8	2	8	6	4	2

4.2.4 Instrumentos de coleta de informações: a entrevista episódica

Segundo Minayo (2004), o que distingue a entrevista como instrumento para coleta de dados na pesquisa qualitativa é

a possibilidade de a fala ser reveladora das condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles) e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas. (MINAYO, 2004, p.108)

Spink (2004) considera a própria entrevista como uma prática discursiva, “uma ação (interação) situada e contextualizada, por meio da qual se produzem sentidos e se constroem versões da realidade” (p. 186).

A partir desse aspecto interativo da entrevista trazido por Spink, parece importante pontuar que quaisquer que sejam os recursos utilizados, estes são sempre influenciados pelas condições subjetivas, teórica e políticas do pesquisador. Ou seja, os instrumentos são também historicamente construídos. (MINAYO, 2004)

Tendo em vista nossos objetivos de investigação elegemos a entrevista semi-estruturada do tipo episódico como meio para apreender as concepções sobre o desafio da atenção à saúde do adolescente.

A entrevista episódica

A entrevista episódica é que se baseia em dois pressupostos teóricos. O primeiro pressuposto vem da psicologia narrativa, sendo a narração caracterizada como a descrição progressiva, coerente e com uma situação desfecho de acontecimentos relevantes de um conjunto de experiências. A narração envolve, portanto, um processo cognitivo e de atribuição de significados. O segundo pressuposto teórico, se refere aos conceitos de conhecimento episódico e semântico. O conhecimento episódico está ligado às circunstâncias concretas, como o tempo, o espaço, as pessoas, as situações. Já o conhecimento semântico é mais generalizado e pode ser descontextualizado de situações específicas e concretas. (FLICK, 2002)

Para que se possa acessar ambos os conhecimentos faz-se necessário alguns critérios segundo Flick (2002): a) deve-se combinar convites para narrar acontecimentos concretos com perguntas mais gerais que busquem repostas mais amplas de relevância pontual; b) deve-se mencionar situações concretas em que se pode pressupor que os entrevistados possuem determinadas experiências; c) deve ser suficientemente aberta para permitir que o entrevistado selecione as situações e episódios que ele quer contar, garantindo a relevância subjetiva da situação.

A entrevista episódica pode ser empreendida quando se deseja conhecer determinados objetos ou processos por meio de conhecimentos ou situações cotidianas, procurando contextualizar experiências e acontecimentos a partir do ponto de vista dos entrevistado. Diferencia-se das entrevistas narrativas, pois estas tem como foco os processos biográficos mais amplos e resultam em matérias extensos, o que pode dificultar a análise em termos de complexidade e tempo. Na entrevista episódica a situação não é definida anteriormente, como pode acontecer nas entrevistas narrativas, é o entrevistado que decide, a partir do tema apresentado pelas perguntas iniciais, que tipo de situação mencionar, possibilitando obter diferentes tipos de situações sobre determinado assunto ou tema. (FLICK, 2002)

Fases da entrevista episódica

A primeira fase consiste na preparação da entrevista com a formulação de um guia orientado a partir da experiência do pesquisador, das teorias e estudos da área pesquisada. As questões apresentadas aos entrevistados, relativas a esta primeira fase, referem-se às duas perguntas derivadas dos critérios de inclusão dos sujeitos pesquisados. A segunda fase visa esclarecer a lógica da entrevista para o entrevistado. A terceira fase da entrevista episódica deve abarcar alguma concepção e experiência do entrevistado em relação ao tema, sendo que a situação lembrada e selecionada não deve ser influenciada ou ter interferência do entrevistador. As fases quatro e cinco devem abordar o sentido que o assunto tem na experiência do entrevistado, com enfoque nos aspectos centrais em estudo.

A construção de nosso roteiro de entrevista (Apêndice C) foi guiada por estas diretrizes. Além do roteiro, estabelecemos um modelo para registro das informações referentes ao entrevistado e para anotações do pesquisador sobre acontecimentos e suas impressões sobre a entrevista, com função também de notas de campo. (Apêndice D). Estes dois instrumentos foram testados em duas entrevistas piloto.

Os profissionais foram entrevistados individualmente, sendo quatro entrevistados em sala na Secretaria de Saúde do município e 18 nas respectivas UBS que trabalhavam. Todos os profissionais assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a pesquisa, conforme estabelece a resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde.

As vinte e duas entrevistas incluídas no estudo foram gravadas e transcritas, gerando arquivos de áudio e texto para cada entrevistado. É necessário registrar que um dos profissionais pediu para desligar o gravador no momento de relatar o episódio relativo ao desafio.

4.2.5 Processo de análise

Examinar dados qualitativos deve atender ao que Flick (2009) chamou de aspectos práticos da análise. Sob essa denominação está a série de atividades que devem ser apropriadas ao tipo e a quantidade das informações que se dispõe. Neste sentido, o caminho da análise de cada pesquisa tem sempre certa originalidade. A análise de dados como um

processo que envolve transformação ou construção é uma das características da pesquisa qualitativa. Turato (2000), comentando a influência das ciências sociais neste tipo de investigação, retoma a expressão de Lévi-Strauss do pesquisador como um *bricoleur* na tentativa de buscar instrumentos e recursos para assegurar uma compreensão dos fenômenos que estuda.

Passemos a descrição de nossa trajetória de análise. Após intensiva leitura das vinte e duas entrevistas, recolhemos trechos dos relatos concernentes ao objeto desta pesquisa. A seleção destes foi guiada pelas perguntas: a) quais são os desafios e/ou dificuldades identificadas pelos entrevistados? b) a que estes desafios e/ou dificuldades remetem? Os trechos das entrevistas foram ordenados respeitando a sequência das falas. Este processo gerou vinte e dois quadros sínteses de entrevistas, numerados na ordem em que as entrevistas foram realizadas (Apêndice E). Cada mapa corresponde à súmula de uma entrevista, passando a constituir o nosso material de análise. Este procedimento resulta em instrumentos de visualização que têm dois principais objetivos: “dar subsídios ao processo de interpretação e facilitar a comunicação dos passos subjacentes ao processo interpretativo.” (SPINK, 2004, p. 107)

Além da construção dos Quadros Sínteses de Entrevistas, sistematizamos os fragmentos mais representativos sobre as concepções encontradas no desafio de atender adolescente, formando o Quadro: Concepções sobre o desafio no atendimento ao adolescente (Apêndice F). Este quadro permite a visualizar frações das entrevistas, respeitando a sequência na qual os enunciados surgiram. Na primeira coluna, os números de 1 a 25 indicam os profissionais entrevistados. A segunda coluna se refere aos fragmentos que remetem aos adolescentes o desafio e/ou dificuldade quanto ao atendimento. Na terceira coluna, ordenamos as respostas que apontam o desafio e/ou dificuldade às questões ligadas à assistência biotecnológica. E, finalmente, a quarta coluna designa o desafio e/ou dificuldade aos aspectos estruturais e do processo de trabalho.

Mapear os fragmentos das entrevistas nos permitiu, numa leitura horizontal, examinar as relações entre os aspectos referidos por um mesmo entrevistado, analisando a sequência na qual as produções de sentido foram estabelecidas. A leitura vertical possibilitou cotejar a totalidade das repostas de uma mesma concepção.

Diante dos Quadros Síntese de Entrevistas, nossa análise e caracterização dos contextos de impasse foi orientada por duas questões: a) qual as características do episódio

relatado? (do tema e dos adolescentes atendidos); b) o que os profissionais relatam como a dificuldade do caso escolhido?

5 RESULTADOS

5.1 *Concepções sobre o desafio na atenção integral à saúde do adolescente*

O exame dos vinte e dois Mapas Síntese de Entrevistas nos permitiu identificar três concepções mais recorrentes como respostas à pergunta: o que em sua opinião é mais desafiador e/ou difícil na abordagem e atendimento do adolescente?

- Os adolescentes;
- A assistência biotecnológica;
- A estrutura e processo de trabalho nas ESFs.

Das concepções relativas aos adolescentes, recolhemos os relatos que descreviam características e comportamentos da faixa etária em questão. Na concepção denominada de assistência biotecnológica agrupamos as falas que se referiam à relação médico-paciente, anamnese e diagnóstico e condução clínica. Nas concepções sobre a estrutura e processo de trabalho, reunimos os relatos relacionados à função, organização e planejamento da atenção primária em saúde, além dos aspectos da formação profissional.

Das vinte e duas entrevistas que compõem o material de análise, um profissional formulou que os desafios e/ou dificuldades são exclusivamente da estrutura e processo de trabalho. Outro profissional identifica o desafio com exclusividade à assistência biotecnológica. Os demais vinte entrevistados associam os desafios e/ou dificuldades no atendimento ao adolescente a mais de um aspecto. Metade dos relatos explicam os impasses no atendimento, ao mesmo tempo, às características peculiares do adolescente e a certos elementos da assistência biotecnológica. Seis profissionais atribuíram o desafio aos três aspectos mais recorrentes, ou seja, aos adolescentes, à assistência biotecnológica e à estrutura e processo de trabalho.

As concepções relativas ao próprio adolescente são identificadas como as principais dificuldades no atendimento deste público, sendo referidas pelos médicos (as) e

enfermeiros (as) de ESFs em vinte das vinte e duas entrevistas. As concepções concernentes à assistência biotecnológica são relatadas em dezoito do total das entrevistas. A estrutura e o processo de trabalho são nomeados em dez das vinte e duas entrevistas como um aspecto de impasse na atenção integral à saúde do adolescente.

Quadro 3 - Concepções sobre o desafio no atendimento do adolescente e nº de entrevistas em que surgiram

Concepções	nº de entrevistas em que surgiram
Os Adolescentes	20
A assistência biotecnológica	18
A estrutura e processo de trabalho nas ESFs	10

5.2 Situações de desafio vivenciadas pelas ESFs no atendimento dos adolescentes

Para os profissionais que consideram mais desafiante atender adolescentes em relação aos demais públicos, perguntamos: atendendo adolescentes, você já vivenciou alguma situação de desafio ou dificuldade? Por favor, escolha uma situação/um caso que ilustre o desafio e/ou a dificuldade. As narrativas nos trouxeram vinte e dois casos que ilustram os impasses na atenção integral desse público.

Após leitura sistemática dos casos, procedemos à síntese destes, preservando a sequência narrada. No intuito de caracterizar os contextos de impasse nossa análise se orientou por duas questões: a) qual as características do episódio relatado? (o tema dos adolescentes atendidos); b) o que os profissionais relatam como a dificuldade do caso escolhido?

Características do episódio relatado

Após procedermos à classificação dos casos, apresentamos no quadro abaixo as características destes segundo tema, sexo e idade dos adolescentes.

Quadro 4 - Características dos casos segundo tema, sexo e idade dos adolescentes

<i>Temática dos Casos</i>	<i>Sexo</i>		<i>Idade</i>			
	F	M	10 - 12	13-14	15-16	17-18
Saúde e Sexual e Reprodutiva	10			3	3	4
Saúde Mental	3	3			5	1
Violências	3	1	1	1	1	1
Problemas de comportamento		1	1			
(Doença orgânica/crônica)		1		1		
	16	6				

Após a narrativa do caso, visando melhor especificar o principal ponto relativo ao desafio, perguntamos para os profissionais o que consideravam de mais desafiador e/ou difícil da situação relatada por eles. Este aspecto será apresentado e tratado no tópico discussão. Tendo em vista os objetivos desta pesquisa, nos deteremos na discussão aos aspectos que médicos (a) e enfermeiros (as) consideraram mais desafiador da situação relatada.

6 DISCUSSÃO – CONCEPÇÕES SOBRE O DESAFIO NA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO ADOLESCENTE

Contar é muito, muito dificultoso. Não pelos anos que já se passaram. Mas pela astúcia que têm certas coisas passadas – de fazer banlancê, de se remexerem dos lugares.

João Guimarães Rosa

6.1 *Grupo 1 de Concepções: A adolescência e a assistência biotecnológica: aspectos complementares do desafio na atenção integral à saúde do adolescente*

Nossa análise, evidenciou que as concepções referidas à adolescência e à assistência biotecnológica estão fortemente correlacionadas. Além de serem formuladas, simultaneamente, por grande parte dos entrevistados quando interrogados sobre o desafio no atendimento ao adolescente. Por esta razão, agrupamos as duas concepções mais recorrentes no que denominamos: Grupo 1 de Concepções.

A seqüência da entrevista de um enfermeiro ratifica a proximidade entre estas concepções.

PESQUISADORA: Você considera o atendimento de adolescentes desafiador e/ou difícil?

ENFERMEIRO 01: Eu acho sim. Eu acho mais difícil assim... que eles não acatam com tanta facilidade quanto o adulto. Eu acho isso o mais difícil; porque quando a agente fala, “*ah porque ...*” Eles sempre dão um jeitinho de querer justificar.

PESQUISADORA: Justificar?

ENFERMEIRO 01: O que é proposto, por exemplo, se a gente recomenda, por exemplo, a ingestão de menos alimento calórico; eles alegam “*não, eu não como*”; eles não são tão verdadeiros assim. Acaba forjando, acaba tentando, né, manipular a própria anamnese. Isso é o que eu vejo mais difícil no atendimento do adolescente.

PESQUISADORA: Manipular a anamnese?

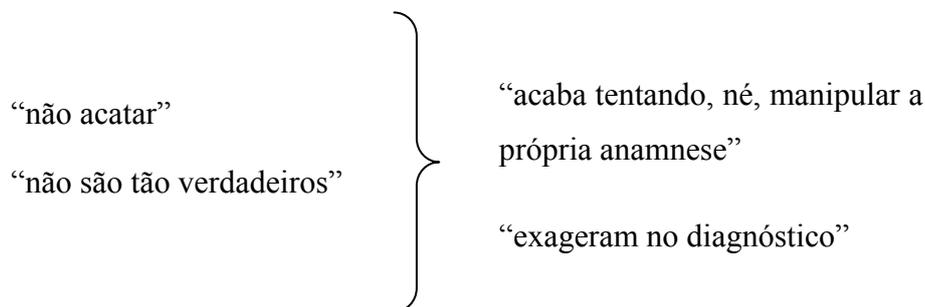
ENFERMEIRO 01: Dificuldade de obter... eles tem essa facilidade de poder, como é que fala... de manipular, mais que o adulto. É comum isso, todo mundo faz. Eles exageram, exageram no diagnóstico, exageram... Com o adolescente eu acho que é mais difícil. (...) talvez por estarem mais

acostumados a driblar os pais, a driblar a diretora, a driblar a professora, a driblar a prima, o amigo. (...) É mais comum eles mentir, não posso generalizar, mas o adolescente tem muito menos responsabilidade, muito mais... Então, eu acho que ele fica mais sujeito a tá manipulando.

PESQUISADORA: E isso dificulta a abordagem, o atendimento?

ENFERMEIRO 01: Dificulta. Porque fica difícil... de ter um diagnóstico, né, às vezes também a gente fala, acha que é uma coisa e ele não concorda. Então fica meio complicado, às vezes o adulto acata com muito mais facilidade, né... um diagnóstico, um tratamento. Já o adolescente, se não tiver um adulto por perto pra ajudar fica mais difícil. Eu vejo isso um ponto difícil no atendimento do adolescente.

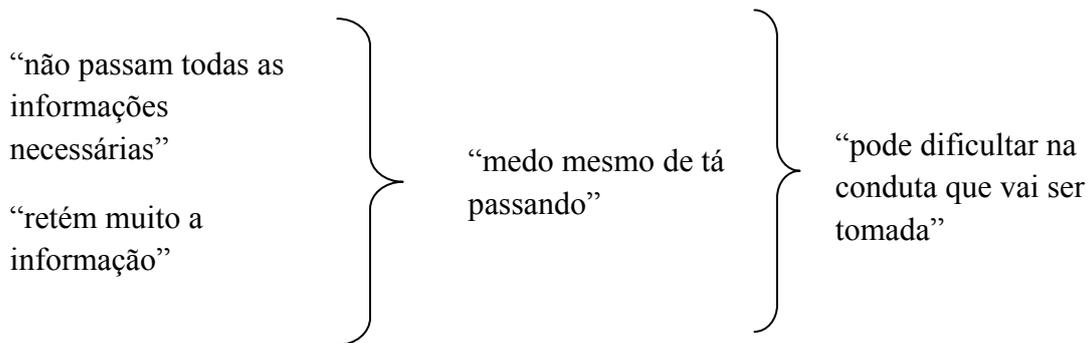
Percebe-se que na entrevista 01 o enfermeiro faz associações sobre o desafio na atenção ao público adolescente inicialmente identificando características destes, como ‘não acatar’, ‘não são tão verdadeiros’. Em seguida, correlaciona estas características às questões da abordagem e do atendimento. Assim temos:



No relato de outro profissional entrevistado também é marcante a relação entre as características atribuídas aos adolescentes e as dificuldades encontradas no desenrolar do atendimento.

Muitas vezes eu acho que eles não passam todas as informações necessárias, eu vejo, eu noto, que, principalmente meninas, elas tem muito medo de tá passando, né. (...) eu acho que eles retém muito a informação devido a esse problema. De medo mesmo de tá passando. (...) Eu acho que isso prejudica, a gente não sabe muito, por exemplo, vamos supor, tá com uma cãndida, e aí você pergunta se tem alguma atividade e isso é negado, então dificulta um pouco até mesmo as orientações. Pode dificultar na conduta que vai ser tomada. ENFERMEIRA 03

A enfermeira 3, citada acima, indica aspectos fundamentais à relação médico-paciente que o adolescente descumpre, como “não passam todas as informações necessárias”, “retém muito a informação”. As razões para a escassez de informações que obstaculizam o atendimento são atribuídas ao medo de falar e, esta situação para o profissional prejudica a conduta a ser tomada.



Conforme a situação identificada acima, as conclusões do estudo de Paccini (2004) apontam que dentre os argumentos utilizados por pediatras como dificuldade para atender o adolescente na rede básica de saúde há consenso do “adolescente como indivíduo difícil de lidar, mesmo na normalidade das situações habituais.” (p. 90).

A pesquisa de Henriques (2009) também estudou o significado do atendimento aos adolescentes realizado pelos profissionais da atenção primária e corrobora este aspecto de nosso trabalho. Ou seja, as características do público adolescente como principal desafio da assistência. Henriques afirma que

os profissionais consideram o atendimento aos adolescentes uma tarefa difícil. Este quadro está relacionado a algumas situações vivenciadas pelo adolescente. Muitas vezes os profissionais não sabem lidar com essa situação, e colocam o próprio adolescente como obstáculo ao atendimento. (HENRIQUES, 2009, p.58).

Embora os estudos apresentem achados que indiquem a relação entre as características do próprio adolescente e as dificuldades do atendimento a este público, Henriques (2009), Horta (2006), Paccini (2004), é importante destacar que nesta pesquisa esta relação mostra-se mais evidente do que nos estudos anteriores.

Elegemos como ilustração as entrevistas 01 e 03 por considerarmos que elas

representam certa regularidade dos sentidos que encontramos nas demais concepções do Grupo 1. Além de marcarem a relação entre as concepções que referem o desafio ao adolescente e à assistência biotecnológica, apresentam, em especial, duas características dos adolescentes, também recorrentes e responsáveis pela dificuldade em operar o modelo biotecnológico: o adolescente desafiador e o adolescente tímido.

O adolescente desafiador/ resistente aparece nos relatos da seguinte maneira:

Porque eu acho que eles (...) tem uma aceitabilidade menor das nossas intervenções. Uma pessoa adulta, idosa, ela aceita melhor o que você fala, ela não argumenta tanto contrariamente, ela não desafia; o adolescente, ele é mais desafiador neste aspecto. (...) eu acho que ele argumenta mais e adere menos ao tratamento. Neste ponto, eles são mais difíceis. (MÉDICO 05)

Isso dificulta a conduta, porque ele é mais questionador, não tem a visão que uma pessoa mais velha tem do que é doença. (MÉDICA 13)

Sobre o adolescente tímido e os entraves na condução do atendimento um médico relata:

(...) a conversa com o adolescente é mais difícil, eles são mais fechados, né, o diálogo. Eles sempre vêm acompanhados da mãe ou de um parente e geralmente os pais falam mais por eles. (...) Eles falam menos... Às vezes isso interfere, depende. Quando o acompanhante explica bem direitinho a situação dá pra conseguir bem a história. Mas, já teve pacientes muito calados. (...) Timidez, você vê que eles precisam de uma ajuda, mas, tem vergonha de procurar. (...) Hoje teve um que não falava nada, nada, nada, nada, eu perguntava e era só sim, não. (MÉDICO 06)

No estudo de Horta (2006) sobre significado do atendimento do adolescente pelos profissionais de ESF, os entrevistados também se referem aos entraves no atendimento de adolescentes quando estes estão acompanhados, principalmente, de suas mães. Segundo Horta, “não têm como instituir um diálogo com o jovem, quando se tem a mãe por perto. Talvez, por vergonha, timidez ou insegurança, o adolescente se cala e naturalmente transfere a outrem uma responsabilidade que deveria ser sua.” (p.61).

Do ponto de vista dos profissionais entrevistados nesta dissertação, a timidez e a vergonha do adolescente é justificada pelo medo, especialmente, quando o assunto é

sexualidade. A inibição também se relaciona ao fato do adolescente não compreender a confidencialidade e o sigilo.

Na hora que você pergunta ele começa a rir. Isso dificulta a conduta, porque muitas vezes eu acho que eles escondem muitas coisas. (...) Eles escondem às vezes por medo, eles não entendem a questão do sigilo, “ah vai contar pra minha mãe, vai contar pra todo mundo, todo mundo vai olhar pra mim diferente”, a família também frequenta a unidade. (...) Em relação aos outros grupos é diferente da atenção que você recebe, sabe, acham que aquilo é tudo borracha, pela importância que eles dão pro assunto, pensando assim “eu já sei de tudo, não preciso saber mais nada.” O adolescente tem uma auto afirmação muito grande, né, então acho que é a fase que mais eles acham que sabem tudo, podem tudo. Isso dificulta a abordagem. (ENFERMEIRA 10)

O relato acima evidencia certa concepção ambígua que os profissionais têm do adolescente, ao mesmo tempo tímido, envergonhado, desafiador e auto-afirmativo.

Dos enunciados que elegemos como os mais representativos do Grupo 1 de Concepções, destacamos, no quadro 5, as concepções tanto das características dos adolescentes como dos impasses clínicos no atendimento deste público.

Quadro 5 - Concepções sobre as características dos adolescentes e impasses clínicos no atendimento deste público na perspectiva dos profissionais ESF.

Concepções	
Dos adolescentes	Impasses clínicos
Sabem tudo	Retém muito a informação
Podem tudo	Acaba não falando o que a gente quer ouvir
Auto-afirmação	Tem que puxar alguma coisa deles
Escondem muitas coisas	Dificulta a consulta
Não fala	Limitação até onde você pode ir
Medo de falar	Você tem que ficar perguntando, perguntando, perguntando
Timidez, vergonha	Interfere na avaliação
Desafiador	Timidez limita
Díficeis	Conduta conservadora
Questionador	Forjando
Fala pouco	Manipular a própria anamnese
Dissimulados	Exageram no diagnóstico
Inventam	Aderem menos
Respostas são curtas	Não sabe o que realmente acontece
Fica caladinho	Demora chegar no que esta acontecendo
Não acatam	
Não são tão verdadeiros	
Não concorda	
Não têm interesse	

As expressões transcritas dos relatos para o quadro apontam para uma visão negativa e estereotipada dos adolescentes, apresentando estes como usuários que “por natureza”⁹ não possuem as condições adequadas quanto à desejável racionalidade biotecnológica. As concepções demonstram que, tanto nas situações do adolescente desafiador como nos casos de adolescentes tímidos, as dificuldades no atendimento desta faixa etária referem-se aos impasses de se estabelecer uma relação nos termos de um modelo assistencial biotecnológico. Nosso propósito em sistematizar os núcleos de concepções é para evidenciar os jogos de relação destes enunciados com o discurso das práticas assistenciais em saúde.

⁹ Aspas dos autores

6.1.1 Os impasses do paradigma biotecnológico na atenção integral à saúde dos adolescentes

Para esclarecer o que denominamos de paradigma biotecnológico, utilizamos a noção de paradigma conforme a denominação de Kuhn (2003). A pergunta que este filósofo da ciência busca responder é: o que compartilham os membros de uma comunidade científica, ou um grupo profissional que pode explicar a eficácia de sua comunicação e a relativa unanimidade de suas concepções? A resposta para tal questão, segundo o autor, versa em torno do paradigma. Para Kuhn o conceito é utilizado em dois sentidos;

De um lado indica toda a constelação de crenças, valores, técnicas, etc., compartilhadas pelos membros de uma comunidade determinada. De outro, denota um tipo de elemento dessa constelação: as soluções concretas de quebra-cabeças que, empregadas como modelos ou exemplos, podem substituir regras explícitas como base para a solução dos restantes quebra-cabeças da ciência normal. (p.220)

Kuhn propõe, posteriormente, o termo matriz disciplinar para melhor esclarecer seu argumento. Utiliza a expressão disciplina para designar aqueles que estão inseridos e praticam uma determinada disciplina e, matriz referindo-se aos elementos fundamentais e estruturadores de determinado meio disciplinar.

Um paradigma, ou matriz disciplinar, apresenta quatro elementos principais. O primeiro é a generalização. Este elemento remete ao poder de uma matriz disciplinar ser ampliada proporcionalmente ao número de generalizações que podem ser geradas a partir dela. O segundo elemento é a função de modelo que auxilia para determinar o que será aceito como explicação ou como solução em campos variados do conhecimento. O terceiro elemento diz respeito aos valores que contribuem para proporcionar um sentimento de pertencimento à determinada matriz disciplinar, sendo mais amplamente compartilhado que as generalizações e modelos. Inclui-se aqui inclusive o valor como utilidade social. Os valores são geralmente ressaltados em momentos nos quais há risco ou enfrentamento de obstáculos. O último elemento de um paradigma ou de uma matriz disciplinar é seu caráter exemplar. (KUHN, 2003)

O movimento em torno da construção do saber e da prática em medicina pode ser sintetizado em dois paradigmas fundamentais. O primeiro refere-se ao paradigma da

racionalidade científica moderna, constituído a partir do século XVIII e que concentrou o paradigma anatomo-clínico e, posteriormente, o paradigma biológico. O segundo paradigma, empreendido no século XX, compreende a incorporação do aparato tecnológico pela medicina biológica, transformando a estrutura e a prática médica e “com justeza pode ser chamada de medicina tecnológica” (FERREIRA, 2000, p. 237).

Considerando que o paradigma em vigor contempla as características biomédicas e tecnológicas, adotaremos nesta investigação a expressão medicina e/ou prática biotecnológica como o modelo hegemônico para todas as vertentes das Ciências da Saúde.

Esclarecemos que as características que marcam o paradigma biotecnológico da assistência em saúde serão tomadas neste tópico tendo em vista o necessário para relacioná-lo aos impasses na atenção integral à saúde dos adolescentes. É importante sublinhar que quando adotamos expressões como modelo biotecnológico, relação médico-paciente, compreendemos a clínica biotecnológica como exemplar para a assistência em saúde na atualidade. Assim, ao utilizar as referidas expressões e, considerando a reorganização do modelo assistencial a partir da Estratégia de Saúde da Família, incluímos nessas expressões toda a dinâmica referente aos profissionais envolvidos no cuidado em saúde e usuários dos serviços.

Sobre a discursividade biotecnológica

A medicina moderna fixou seu início no final do século XVIII. Todo conhecimento médico anterior, suas formas de observar e descrever as doenças, não foi abolido, mas a partir deste período constitui-se uma clínica médica pautada pelos princípios do método científico. A reorganização operacionalizada pela medicina moderna ocorreu tanto na forma como na profundidade, engendrando a possibilidade da clínica médica, referenciada pela anatomia patológica, pois esta representava o que havia de mais cientificamente demonstrável da prática médica. (FOUCAULT, 1980; CLAVREUL, 1983)

O discurso médico construiu seu objeto, a doença, por meio da observação e da descrição. A observação é um dos primeiros princípios da prática médica. Deve-se observar e recolher tudo que é enunciável nos termos do discurso médico e privar da observação tudo

que este discurso não contemple e, portanto, não pode resultar em prática médica. O olhar do discurso médico é um olhar preciso, que procura e incide sobre um ponto diante a infinidade de coisas apresentadas pelo doente. (FOUCAULT, 1980; CLAVREUL, 1983)

Para o discurso biotecnológico o olho se dirige ao que pode ser visto nos sintomas e, tudo mais que não contemple o território do saber médico se coloca fora do campo de visão e de seu saber. A clínica médica baseada na observação e descrição pressupõe um fato concreto e objetivo para que possa lançar seu olhar: a doença. O que é manifesto é muito caro à clínica médica.

Nesta pesquisa, alguns profissionais quando indagados sobre se consideram desafiador e/ou difícil o atendimento do adolescente, respondem:

Depende, se realmente tiver doente não tem problema não. (MÉDICA 13)

Eu acho que o atendimento do adolescente ele é complicado no aspecto assim... social da coisa. Em termos assim de saúde biológica falando, de biologia, é muito mais simples que do idoso, por exemplo, do adulto. É mais simples, são afecções mais tranquilas de lidar. Agora do ponto de vista social (...) aí é um pouco mais complexo. (MÉDICO 05)

Na prática assistencial biotecnológica, o encontro com o paciente e o que é manifestado pela sintomatologia deste vai ao encontro de algo já estabelecido pelo saber da ciência, por meio da anamnese, protocolos e *guidelines*. Estes instrumentos de inquérito mediam a relação da assistência e do cuidado com os usuários do serviço de saúde (relação médico-paciente). Entretanto, é uma relação na qual só permite que o doente para ser ouvido estabeleça suas queixas a partir do discurso biotecnológico.

Desta forma, o que estabelece a relação do doente com o médico (e demais profissionais de saúde) é a doença, portanto, para participar desta relação é preciso estar doente e o doente, bem sabe, que para ser escutado e existir no encontro com médico é preciso organizar seu pedido nos termos do saber biotecnológico.

A maioria não olha direto, só quando é uma questão orgânica, na parte psicológica, não. Quando é algum tipo, de uma parte orgânica é mais tranquilo, mas essa parte mais geral é mais difícil de falarem. (MÉDICO 06)

Esse aspecto tranquilo e seguro do orgânico, a que se refere o recorte acima, podemos constatá-lo na pesquisa de Bastos (2003) que investigou artigos científicos da área de ciências da saúde sobre a adolescência e puberdade na base de dados Medline, entre 2000 e 2002. A análise dos artigos mostra que os aspectos mais estudados correspondem ao crescimento e desenvolvimento, 29% das publicações, e na mesma proporção, os estudos que envolvem anatomia e fisiologia, 29% do interesse das investigações. Assim, a maior parte da produção científica sobre a adolescência, cerca de 58% das publicações, mantém o interesse no biológico. A análise deste autor sobre aos artigos que abordaram os aspectos ambientais, revela que estes são “uma variável estudada no sentido de conhecer se interferem na fisiologia, nas doenças, no crescimento e desenvolvimento dos adolescentes.” (p.36). As conclusões do estudo evidenciam o privilégio e a perenidade dos aspectos biológicos e orgânicos no tratamento da adolescência pelo modelo biotecnológico.

A revisão de literatura realizada por Henriques (2009), em bases de dados do SCIELO (*Scientific Electronic Library Online*) e do LILACS (*Centro Latino-Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde*), entre 2000 a 2009, sobre o atendimento de adolescentes na atenção primária, constatou que na saúde do adolescente o cuidado é focado nos problemas orgânicos, negligenciando as demais questões do desenvolvimento psicossocial.

Outros estudos ressaltam que as práticas dos profissionais de saúde para com os adolescentes ainda estão ancoradas numa abordagem biológica, fragmentada e reducionista da atenção. (DOMINGOS, 2003; HENRIQUES, 2009; HORTA, 2006; NOBREGA, 2007).

Sobre o privilégio da queixa orgânica, Ruzany (2000) nos deixa uma interrogação: como esperar que os adolescentes retornem aos serviços de saúde, se ao buscarem estes sem queixas específicas, se deparam com um modelo que prioriza procedimentos biotecnológicos?

Desconsidera-se, assim, historicamente, o conceito ampliado de saúde como princípio fundamental da estratégia de saúde da família, bem como a atenção integral preconizada pelas políticas públicas de saúde do adolescente. (BRASIL, 2006; 2010b). Para Leão (2005); “o que se define por atenção integral à saúde do adolescente, não é diferente do esperado para a população geral, porém, para esse grupo populacional a integralidade pode ser eleita condição primordial, considerando as necessidades específicas do período” (p. 33).

Como pensar então o atendimento do adolescente a partir das características das

práticas assistenciais na atualidade? O que observar nas situações nas quais o adolescente procura os serviços de saúde sem algo visível a mensurar?

Embora, privilegie o olhar, a clínica médica traz uma relação do olhar com a linguagem. Apesar de estar alicerçado pela observação é preciso ouvir do doente o que sente e como sente. Para conhecer a verdade do fato patológico o médico precisa também escutar o paciente. Desta forma, a linguagem é o lugar na qual o sujeito aparece diante do médico. (FOUCAULT, 1980)

Mas, o que e como ouvir, se os adolescentes, nos relatos dos profissionais oscilam entre o silêncio e a resistência? Parece que a relação médico-paciente fica restrita de acontecer no encontro com o adolescente, já que este, no contexto da atenção primária em saúde, pouco se apresenta em termos da discursividade biotecnológica.

Para a maior parte dos entrevistados, os adolescentes se apresentam no serviço de saúde como desafiador ou envergonhado. Ambas as características fazem os instrumentos do paradigma biotecnológico (a anamnese, o protocolo, as prescrições/orientações e a medicina baseada em evidência) parecerem frágeis e, podem resultar em certa incapacidade e frustração dos profissionais diante o adolescente. Segundo Guedes (2009) a reação deste modelo assistencial diante a sintomas que não se encaixam e a situações não preconizadas nos protocolos é de insegurança.

Uma enfermeira sintetiza bem esse aspecto ao dizer que é

É difícil ser escutada para orientar, é eles te escutarem... o mais difícil é que com eles não tem receita pronta, com os demais... para criança, o idoso, o hipertenso tem uma seqüência... mesmo o hipertenso não seguindo o que você diz pra ele, tem uma receita, você sabe o que falar, o que fazer. Com adolescente não, não tem receita pronta, cada caso é um caso. (ENFERMEIRA 07)

O que observamos em nossa análise é que os profissionais ficam muito estanques no modelo biotecnológico que incorporam e, partir desse cenário pode-se produzir um tipo de conduta que;

Estabelece um tipo de poder e de relacionamento médico-paciente que estanca a capacidade de crescimento do cliente. Ao invés de privilegiar a reflexão e o diálogo, na tentativa de criar um relacionamento médico-

paciente igualitário e que comporte uma abertura para o questionamento. (PACCINI, 2004, p.95)

Um impasse se estabelece, pois a consulta do adolescente mais do que um espaço para investigar a doença, tem a peculiaridade e, deve ser aproveitada pelo profissional de saúde para detectar, refletir e auxiliar em questões distintas do motivo principal da consulta. (BRASIL, 2005b; GROSSMAN, 2008).

De um lado profissionais de saúde em tentativas, quase sempre frustradas, de “puxar”, de “extrair” alguma coisa dos adolescentes, e de outro, os adolescentes “escondendo coisas”, “questionando”, “desafiando”. É como se o encontro com o adolescente explicitasse um mal-estar, evidenciando o que Tesser (2002) chama de “crise de harmonia clínica”. A crise referida por este autor envolve o conjunto de dilemas e tensões presentes cotidianamente nos serviços de saúde. Os impasses que desestabilizam a harmonia clínica vão de problemas de comunicação, limites diagnósticos e terapêuticos, frustração de médicos e usuários, dissensos simbólicos entre profissional e doente à excesso de encaminhamentos. Sem desconsiderar o processo histórico mais amplo, o autor destaca que tais problemas na harmonia clínica estão ligados aos aspectos na forma do saber médico atual, configurando problemáticas fundamentalmente epistemológicas. (TESSER, 2002)

Favoreto (2008) é outro pesquisador que problematiza os desafios da prática clínica contemporânea e o desenvolvimento do cuidado integral em saúde na atenção primária. O grande desafio na efetivação da assistência em saúde na atenção básica é mais da ordem da mudança no modelo assistencial. Segundo este autor, ainda que modelo da ESF tenha inserido novos significados ao saber biotecnológico, predominam limites no reconhecimento e integração de questões não orgânicas na prática clínica.

Reconhecemos que este cenário assistencial é extensivo à população em geral. Mas, destacamos que quando consideramos o público adolescente os limites do biotecnológico no cuidado integral em saúde são evidenciados. Pode residir nisso as dificuldades de acesso e a pouca frequência dos adolescentes nos serviços já que suas necessidades de saúde não estão em consonância com os problemas frequentemente privilegiados na assistência. (HORTA, 2006; CAVALCANTE, 2005)

Desta forma, amparados pelos enunciados dos profissionais entrevistados, e por

pesquisadores como Ayres (1990, 1994) que vem desde a década de noventa pesquisando sobre as práticas de saúde dirigidas aos adolescentes, reiteramos nossa hipótese. Ou seja, que o grande desafio e dificuldades no atendimento às necessidades de saúde dos adolescentes estão nos limites do modelo assistencial hegemônico de alcançar as demandas desta população, à medida que estas apresentam baixo grau de objetivação do ponto de vista do saber biotecnológico. Neste sentido, é o que afirma Ayres:

De fato, excetuando-se a condição específica da gravidez, o grupo etário situado entre os dez e vinte anos, em média, apresenta um baixo grau de objetivação do ponto de vista do instrumental clássico da medicina. Isto é, a faixa adolescente, e poderíamos estender esta observação para a infância tardia e os adultos jovens, utiliza pouco os serviços de saúde porque são poucas as necessidades interpretadas por esses serviços de saúde para ela. Quer pelas condições concretas de estrutura biológica e das condições objetivas de existência, quer pelas características do processo de trabalho no modelo clínico, o fato é que não há nos serviços de saúde um recorte mais acabado e próprio do grupo enquanto objeto para o trabalho (Ayres, 1990; p.152).

6.1.2 A dificuldade de enquadramento ao modelo biotecnológico e a perspectiva da queixa e da demanda

O encontro com o adolescente estritamente ancorado na abordagem biotecnológica parece ter pouco alcance tendo em vista que a sintomatologia puramente orgânica, bem delimitada na discursividade das queixas e sintomas nem sempre é apresentada desta forma, especialmente, por este público. Para Paccini (2004);

O modelo assistencial centrado em queixas e a procura pontual de resolução dessas mesmas queixas, promovido pelos médicos e atualmente se estendendo a outros grupos da área da saúde, contribuem para uma visão distorcida da população adolescente, não reflete a principal necessidade desta faixa etária. (PACCINI, 2004, p. 101)

Alguns enunciados dos entrevistados convergem para um aspecto que, a nosso ver, é do âmbito da queixa e da demanda na atenção à saúde do adolescente. Os profissionais entrevistados apresentam o adolescente como um usuário do serviço de saúde que vem por

uma coisa e quer outra, sendo difícil saber o que eles almejam, às vezes só é possível depois de muito tempo.

Eu acho que nos poderíamos ajudar muito mais se eles fossem mais claros. Você tem que tentar deduzir aonde eles querem chegar. (ENFERMEIRA 12)

Mesmo o profissional que quando questionado inicialmente não encontra desafio e/ou dificuldade para atender o adolescente, formula uma particularidade deste público em relação aos demais.

A pessoa idosa é mais direta, o adulto vem com isso, isso e pronto e acabou. (MÉDICA 15)

Os profissionais que identificam como característica do adolescente “falar pouco”, “se fechar”, “falar baixo” e referem a este ponto como uma das dificuldades do atendimento têm uma concepção de linguagem que se restringe à fala. Assim, não consideram que esses comportamentos podem significar também uma forma de comunicação. Ferreira (2010) ressalta que na relação médico – paciente, o médico deve considerar também a linguagem não verbal, o silêncio, pois, nesse não dito pode estar o que realmente o paciente quer e precisa. Nem sempre o adolescente procura o serviço de saúde para uma solução do ponto de vista orgânico ou para uma resposta técnica. O que realmente ele precisa pode estar velado, sob a forma de silêncio, num sim ou não absolutos e até mesmo numa atitude desafiadora e agressiva.

Uma das enfermeiras entrevistadas refere que seu maior desafio no atendimento do adolescente é abordá-lo para além da queixa, no que realmente ele precisa. Eis o episódio que ela ilustra como o mais desafiador:

Uma adolescente, de quinze anos, sempre indo no posto com dor. Procurando o posto com alguma queixa, sempre sozinha, ou com uma prima mais velha, nunca com a mãe. Procurava por causa de dores, dor no estômago, dor no corpo. Uma paciente que você não achava nada clinicamente, não conseguia achar. Um dia a agente comunitária de saúde falou “*ah a fulana de tal tentou suicídio, foi pro Pronto Atendimento e fizeram lavagem.*” Uns dois dias depois ela esteve no posto relatando coisas que não relatava, problema com a mãe, ela tava morando com a avó. Tentou mesmo querendo morrer. Mandamos pro CAPS i. A agora ela esta melhor,

vem no posto fazer prevenção. Então eu fico pensando assim... Desde quando essa menina tá indo e às vezes tá lá algo a mais... Então tem mesmo essa dificuldade. Eu via mais essa questão da queixa dela, né. Eu procurava estar sanando essa queixa que ela tava. Agora não, agora ela ficou assim diferenciada. Porque ela não trazia nada, aí que eu tenho essa dificuldade de tá abordando o paciente. Às vezes eu sentia vontade de perguntar algo a mais, mas a paciente não te dá abertura, eu acredito até mesmo por causa do acompanhamento de outra pessoa, às vezes, se ela tivesse sozinha ela poderia tá falando, mas como geralmente a gente atende menor de idade acompanhado, eu acho que isso também pode dificultar ela tá falando mais a fundo. E aí, quando ela volta a gente vê que tem mais coisas aí, tanto é que ela foi até o limite dela. Desse caso eu acho que o mais difícil foi ter abordado o que ela realmente precisava, essa dificuldade de chegar no que ela realmente precisava... porque... porque ela podia ter morrido, ela podia ter morrido. (ENFERMEIRA 03)

É necessária uma abordagem que diferencie o adolescente e o coloque no lugar de sujeito para que se possa formular o que realmente precisa; na fala da enfermeira, que o adolescente possa ficar “diferenciado”. Uma abordagem que não seja estritamente técnica, que não busque sanar apenas a queixa dos sinais e sintomas. Ficar diferenciado pode advir de uma postura no cuidado em saúde que abra um caminho para além do técnico. Neste sentido,

é possível ao médico, entretanto, ir além do técnico e abrir uma janela para escutar o paciente, saindo por alguns momentos de seu lugar de saber. Escutar o paciente não significa a coleta de informações sobre a moléstia atual, mas dar espaço ao paciente para ele falar de si, possibilitando perceber que há uma demanda que ultrapassa a resposta técnica. (FERREIRA, 2010, p. 26)

Proporcionar esta abertura pressupõe considerar o adolescente como sujeito de direito, dar a ele o lugar principal na relação médico-paciente. Porém, esta ainda é uma diretriz apenas preconizada pelos documentos oficiais, (BRASIL, 2005, 2010b), não faz parte da realidade das práticas dos profissionais de saúde.

A gente vai perguntando aos poucos e eles sempre não estão sozinhos. Eu não atendo sozinho, é uma orientação minha. Dou direito de falar sem os pais, mas a mãe, a família tem que estar ciente da consulta. Se acontecer alguma coisa eu tenho que estar respaldada, pois como eu estou atendendo um adolescente, um menor incapaz sem o consentimento dos pais. Acho que por isso também acaba tendo uma certa dificuldade de falar, a presença de alguém família acaba sendo difícil de falar alguma coisa. Pode inibir. Essa

inibição algumas horas faz diferença, pode intervir. Algumas horas a gente demora pra conseguir chegar no que tá acontecendo mesmo. (MÉDICA 23)

Na fala desta profissional observa-se que seus aspectos subjetivos são indiferentes ao marco legal (Brasil, 2005b). O princípio da autonomia é desconsiderado, pois, é necessário alguém que fale pelo adolescente. Há uma desconsideração de sua fala, um não reconhecimento do adolescente como sujeito de direitos. Observa-se ainda que a maioria dos profissionais não apresentam soluções para manejar situações que envolvem: inibição do adolescente, presença de acompanhante e privacidade de atendimento.

Agora eu sempre falo, olha você pode se abrir, falar o que você quiser pra mim, mas, geralmente não tem muito resultado não. Isso dificulta a conduta, você não sabe o que tá acontecendo realmente. Aqui eles não podem entrar sozinho, parece que menor de 16 anos, não pode, nem no PA, nem aqui na unidade. Então eles têm que vir com alguém, e isso dificulta que eles falem a vontade. Às vezes eles querem perguntar alguma dúvida e não pode, tem medo, né. (MÉDICA 16)

Os profissionais de ESF têm percepções dos adolescentes como tímidos, de pouco interesse pelas questões de saúde, porém, os médicos (as) e enfermeiros (as) do Grupo 1 de Concepções não problematizam essa questão do ponto de vista da organização dos serviços de saúde e/ou do modelo assistencial. Nossa abordagem discursiva do objeto dessa pesquisa nos faz problematizar esses enunciados lançando-lhes indagações. O direito de fala ao adolescente é concedido num momento individual, mas como o adolescente se expressaria? Como esperar que possa dizer sobre suas necessidades de saúde? Como esperar que formule uma demanda; se este é colocado numa posição de ausência de direito, pois para tal profissional o adolescente é “um menor incapaz”? Como sugere um profissional, quando tem alguém que fale por ele a consulta é facilitada.

Já o adolescente, se não tiver um adulto por perto pra ajudar fica mais difícil. (ENFERMEIRO 01)

Cabe perguntar: a consulta deve ser facilitada para quem? Quem deve estar no centro do atendimento. Para Ferreira (2010) o “paciente deve estar no centro da atenção, por mais novo que seja” (p. 19). Isto não implica que a família seja excluída das questões de saúde dos adolescentes.

Diante deste cenário, os adolescentes precisam “driblar”, “dissimular” para terem suas necessidades e demandas atendidas.

Eu acho que eles são um pouco dissimulados também. Eles chegam assim falando de um colega, principalmente pra saber se tá grávida, faz na hora o teste da urina, ela sempre vem acompanhada de uma duas colegas e chega assim minha colega, fulana quer fazer o teste de gravidez. Chega pedindo camisinha e fala que é para trabalho de escola. (ENFERMEIRA 12)

A análise que realizamos dos enunciados dos profissionais de ESFs sobre as dificuldades na atenção integral à saúde do adolescente indicam que a matriz de sentido das concepções advém de obstáculos em conduzir o atendimento para este público em termos do modelo clínico biotecnológico. A descrição que realizamos até o momento das entrevistas mais representativas foi no sentido de evidenciar o campo de saber para o qual convergem os sentidos atribuídos pelos profissionais entrevistados, ou seja, as condições de produção sobre o processo saúde-doença e assistência em saúde. Os enunciados dos profissionais de ESF aparecem em relação aos enunciados do saber biotecnológico.

6.1.3 A concepção da adolescência como um processo natural e universal

A partir dos relatos dos profissionais de ESFs indicamos alguns impasses do modelo biotecnológico na atenção integral à saúde dos adolescentes. Faz-se, necessário então interrogar quais concepções subjazem essas práticas, como se apresentam em relação às políticas públicas.

Perez (1998) propõe pensar o processo de produção de conhecimento sobre a adolescência e sua repercussão nas práticas concretas, pois,

quando atuamos com adolescentes, implicitamente carregamos uma concepção de adolescência, que se expressa no tipo de relação que com eles estabelecemos, no modo de trabalhar as questões a eles relacionadas, e, fundamentalmente na direção imprimida no processo. (p.61).

Evidenciaremos a seguir aquilo estabelecido e consolidado como o mais representativo das idéias acerca da adolescência no paradigma biomédico.

A noção de universalidade da adolescência apresenta três aspectos principais que são problematizados por Peres (1995). O primeiro aspecto, refere-se à abordagem no âmbito do crescimento e desenvolvimento humano, indicando o privilégio da vertente biológica para a definição da adolescência. Esta visada biológica complementa-se com os argumentos psicológicos, ou mais, especificamente, psicogenéticos do desenvolvimento no qual adolescência faz parte de um processo evolutivo análogo ao biológico. Esta idéia concebe o fenômeno da adolescência como parte do desenvolvimento do homem enquanto espécie, que nasce, cresce, amadurece, reproduz e morre.

É fundamental destacar que não desconsideramos a evidência biológica do desenvolvimento. Contudo, o que marcamos é a redução e a insuficiência de uma abordagem que não considera as construções sócio-históricas até mesmo das determinações biológicas. Nas palavras de Peres (1995) sobre tais determinações “não é possível analisá-las em si mesmas, como se elas contivessem/correspondessem ao processo de adolescência em sua totalidade.” (p.39)

O segundo aspecto colateral à universalidade diz respeito à idéia de tempo. A noção de fase e período da vida nos faz problematizar a questão da temporalidade. A demarcação que o paradigma biológico realiza das etapas do desenvolvimento não as relaciona com os possíveis significados que as diferentes fases têm em momentos e culturas distintas.

Neste sentido, estar no começo, no meio ou no final da vida, assim como os significados sociais conferidos a cada situação e as condições que a sociedade cria a partir da valorização de todo o processo ou de partes dele, implica entender a existência humana em situações concretas – a sua realidade material e subjetiva/simbólica – e o imaginário social que existe em torno da questão. (Peres, 1995, p. 40)

As concepções dos ciclos de vida, ou seja, o que é ser criança, adolescente, adulto ou idoso estão contaminadas pela concretude das diferenças históricas e culturais. E ainda assim, em contextos semelhantes, há sempre possibilidades de significações diversas. Por exemplo, um jovem de dezessete anos, de classe média, pode ser considerado adolescente por

viver com os pais e dedicar-se exclusivamente aos estudos. Já uma jovem de periferia, na mesma idade, que abandonou a escola aos treze anos e vive com o companheiro e o filho de um ano, dedicando-se às tarefas domésticas, pode ser considerada uma mulher adulta.

O terceiro e último aspecto relativo à noção de universalidade da adolescência marca a idéia deste período como uma etapa de transição entre a infância e a idade adulta. Pode-se deduzir que a demarcação do início e fim desta transição indica uma correspondência entre os tempos cronológicos, biológicos, psíquicos e sociais. (Peres, 1995)

Sobre esta homogeneidade, no mínimo imprecisa, Reis (1993, *apud* Bastos, 2003) ressalta;

A definição de adolescência torna-se verdadeiramente confusa: querer articular o nível biológico, onde todo homem é como os demais homens, com o nível econômico, onde todo homem é, sob certos aspectos, como alguns outros homens e, finalmente, com o nível psicológico, onde nenhum homem é igual ao outro, é tarefa dantesca. (REIS, 1993, p.30 *apud* Bastos, 2003.

A idéia naturalizada e desenvolvimentista da adolescência especifica um padrão típico de adolescente, que “homogeniza as condições concretas de existência dos mesmos, dentro de uma concepção de igualdade abstrata e universal, enquanto possibilidade para todos aqueles que se encontram na faixa etária dos dez aos vinte anos.” (Peres, 1995, p. 47)

A concepção de adolescência como crise

A Juventude há muito esteve vinculada à ideia de resistência, de crise, conflito (PASSERINI, 1996). Porém, há um marco definidor que influenciará a construção teórica e as práticas sobre a adolescência: a publicação em 1904 de *Adolescence – physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion and education*, do psicólogo norte-americano Granville Stanley Hall.

A dimensão da juventude como problema, presente nos Estados Unidos desde o final do século passado, tem uma etapa significativa com a

publicação, em 1904, de ‘Adolescence’, a obra do psicólogo G. Stanley Hall, que anuncia a ‘descoberta’ do adolescente americano. Hall insiste, atribuindo a essa faixa etária qualidades antitéticas retomadas de Rousseau – hiperatividade e inércia, sensibilidade social e autocentrismo, intuição aguda e loucura infantil. (PASSERINI, 1996, p. 352)

Stanley Hal, pesquisador da psicologia do desenvolvimento, sistematiza em mil e quinhentas páginas, distribuídas em dois volumes, as características psicológicas e sociais do adolescente, contribuindo, definitivamente, para sedimentar a noção da adolescência como período crítico e conflituoso. (CAMPOS, 2006)

Eis um trecho de *Adolescence*, extraído de Savage (2009):

Os teens são emocionalmente instáveis e fáticos. É a idade da embreaguez espiritual. É um impulso natural para experimentar estados psíquicos ardentes e fervorosos, e caracteriza-se pela emotividade. (...) o sexo afirma seu domínio em todas as áreas e faz seu estrago na forma de vícios secretos, deboche, doenças e hereditariedade debilitada. (Hall *apud* SAVAGE, 2009, p. 87)

Tanto a universalização da adolescência como a noção de crise estão presentes na construção das políticas de saúde dirigidas ao segmento. Segundo Peres (1995), podemos considerar que no relatório da 42ª Assembléia Mundial de Saúde, A Saúde dos Jovens, e nos Planos de Ação sobre a Saúde do Adolescente de 1990 e 1992 há dois grupos de concepções complementares sobre a adolescência: a concepção universalizante da e a concepção do adolescente como sujeito de crise e conflito.

A concepção universalizada da adolescência é observada nos documentos iniciais da OMS de 1964 e 1976, com privilégio do critério cronológico de fase e de etapa do desenvolvimento para a definição da adolescência e do adolescente. (PERES, 1995)

La adolescencia es a la vez un período de la vida y una serie de transformaciones amplias, rápidas y variadas, que se registran entre los 10 y los 20 años.(...) La adolescencia se caracteriza por una serie de modificaciones bioquímicas, anatómicas y mentales que no se observan en otros grupos de edad.¹⁰ (OMS, 1965 *apud* PERES, 1995, Anexo)

¹⁰ “A adolescência é um período de vida, com uma série de transformações amplas, rápidas e variadas, que se registra entre os 10 e 20 anos. (...) A adolescência se caracteriza por uma série de modificações bioquímicas, físicas e mentais que não se observam em outros grupos de idade.”

Para fins do presente informe, será preferível ater-se a uma definição cronológica do adolescente, o bastante ampla, para que se possa aplicar em diversos contextos sócio-culturais e da saúde. Os limites propostos por um Comitê de Experts da OMS, dos 10 aos 20 anos, parecem abarcar a maioria dos acontecimentos mencionados e serão empregados como definição básica neste informe. Entretanto, deve-se ter presente a principal característica da adolescência, isto é, o fato de que se trata de um período de transição gradual da infância à idade adulta. (OMS, 1977 *apud* PERES, 1995, Anexo)

Segundo Peres (1995), em 1984 um Grupo de Estudo da OMS, *Os Jovens e a Saúde para Todos no ano 2000*, incorpora o conceito de juventude nas discussões sobre o tema. Este grupo problematiza os principais conceitos envolvidos nas questões de saúde dos jovens, analisando criticamente a concepção linear do desenvolvimento e a arbitrariedade das delimitações etárias que não consideram as discrepâncias entre idades biológicas e psicossociais, além de questionarem a adolescência como categoria universal. Porém, estas ponderações não tiveram maiores repercussões tendo em vista que as publicações seguintes continuaram a apresentar os conceitos iniciais, ou seja, a ênfase nos aspectos cronológico e do desenvolvimento.

Considerando o surgimento e a organização da saúde do adolescente no contexto dos programas materno-infantis, tanto na OMS, na OPAS, como no Ministério da Saúde brasileiro, a ênfase deu-se conceitualmente no campo que constituía essencialmente as atividades desta área. Assim, o que se observa é a concepção de etapas evolutivas e ações de acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento. Referindo-se sobre as ações de saúde do adolescente no contexto da saúde materno-infantil e puericultura, Peres (1995) argumenta;

O Programa de Saúde Integral do Adolescente, na forma em que é apresentado, e levando em conta as estratégias utilizadas pelos organismos internacionais (OPA/OMS) para incorporação de suas idéias por parte dos países latino-americanos e Caribe, é a retomada daquele como sua continuidade, seguindo os mesmos objetivos. (...) poder-se-ia entendê-lo como uma re-edição da Puericultura junto ao grupo adolescente. (PERES, 1995, p. 106)

O segundo grupo de concepções que constitui o alicerce no qual se apóiam as diretrizes e ações das políticas públicas de saúde do adolescente, articula-se à idéia da adolescência como crise/encruzilhada. No documento de 1977 da OMS é possível reconhecer a idéia da adolescência como período de conflitos.

O começo da adolescência é um período crítico de evolução biológica e psicológica para o indivíduo. (...) faz falta idealizar tipos de orientação que permitam responder às exigências que se apresentam durante a complicada passagem da infância à idade adulta no seio das sociedades modernas. (OMS, 1977 *apud* PERES, 1995, Anexo)

O Relatório da 42ª Assembléia Mundial de Saúde da OMS, “A Saúde dos Jovens”, ainda mantém o enfoque na adolescência como período de transição, como momento crucial, de encruzilhada. (OMS, 1989): “a adolescência representa uma encruzilhada na vida. (...) Nos tempos modernos, entretanto, essa fase crucial de desenvolvimento (...) A adolescência é um período de transição.” (p. 3-21)

Complementa, ainda, estas concepções a noção de risco e comportamentos de risco. Segundo Peres (1995), o enfoque de risco aparece como um recurso para racionalizar a assistência priorizando na população adolescente os de camadas mais pobres e dos bolsões de pobreza e violência.

Estes dois aspectos têm marcado o conjunto da produção de conhecimento e cuidados que envolvem a saúde de adolescentes, ficando os demais aspectos subordinados à dimensão somática. Para Perez (1998) os adeptos

do paradigma médico ao se depararem com adolescentes concretos tem o seu olhar direcionado, de antemão, segundo um padrão de adolescente que corre o risco de se perder pelas crises que enfrenta neste período, portanto, pela situação de fragilidade em que se encontra – o substrato de vulnerabilidade na linguagem biológica. (PEREZ, 1998, p 73).

Ainda que as dimensões sociais da adolescência sejam apontadas nas definições mais gerais do setor saúde, sua incorporação pelo modelo biotecnológico sofre uma naturalização e universalização. Esta discursividade da prática em saúde absorve e sintetiza as contribuições de outras áreas do conhecimento a partir de seu objeto específico. Nesta configuração, os aspectos sociais, culturais e subjetivos são organizados a partir da dimensão somática e ficam subordinados a ela. (AYRES, 1990; BASTOS, 2003; PERES, 1995, 1998;) Corroborando esta idéia, Ayres (1990) destaca:

Embora os trabalhos científicos sobre a adolescência apontem seu caráter histórico, os textos médicos sobre a saúde do adolescente e sobre as características das práticas para ela voltadas revelam uniformidade

surpreendente. São unânimes as referências a um padrão “típico” de adolescente. (p. 140)

Tanto a idéia da universalidade do fenômeno e da noção de crise estão sintetizadas na terminologia Síndrome Normal da Adolescência ou Síndrome da Adolescência Normal de Knobel (1971), que influenciaram a construção das políticas e práticas para adolescentes. A noção de Knobel (1971) da adolescência como normalidade patológica e/ou patologia normal foi influenciada pelas ideias de Anna Freud e Erikson que atribuiu semelhanças entre as manifestações adolescentes e as características de formações de sintomas neuróticos e psicóticos, formas iniciais ou completas de quase todos os transtornos mentais e, até mesmo, com impossibilidade de distinguí-las. (CAMPOS, 2006; SAGESSE, 2001)

A síndrome normal da adolescência, descrita por Knobel, é semelhante à descrição de enfermidades que podemos encontrar em manuais de saúde mental, são definidas por uma sintomatologia que estaria, desde sempre, vinculada a um distúrbio: a crise da adolescência é entendida como universal e natural ao indivíduo. (CAMPOS, 2006, p.89)

No tratado sobre a adolescência editado por autores brasileiros e, que constitui até hoje referência para profissionais de diversas áreas, a idéia da naturalização e universalização é patente. Neste livro temos que a

adolescência é uma fase do desenvolvimento do ser humano, correspondente à segunda década da existência. É um período de transição entre a infância e a idade adulta, continuando um processo dinâmico da evolução da vida, iniciado com o nascimento. (MAAKAROUN, 1991, p. 3)

Na adolescência estão explicitadas as ‘QUESTÕES VITAIS’ que todo ser humano se propõe. (...) Há características do adolescente que são universais. Isto quer dizer que no mundo inteiro os adolescentes se parecem. (MAAKAROUN, 1991, p.88)

Ayres (1990) destaca que mesmo ao congregar as dimensões sociais da adolescência na prática clínica, sua incorporação é contaminada pelo componente universal/naturalizado da adolescência, configurando uma “cultura adolescente”. No que o autor chama de uma psico-sociologia do adolescente “certos comportamentos desse segmento são tomados como expressão das condições objetivas de vida a que estariam submetidos seus

portadores; são encarados como resultantes previsíveis do pensar e agir frente a tais condições.” (p. 148). A naturalização dos aspectos sociais faz retornar para o plano do individual a abordagem da adolescência.

Ao fazer a transposição de aspectos culturalmente definidos para o plano individual no âmbito do processo de trabalho, as bases sociais concretas que, em seu conjunto, deram existência à adolescência enquanto categoria abstrata não podem ser reconstituídas, exceto na forma de fatores isolados, presentes ou ausentes, na biografia daquele indivíduo. (AYRES, 1990, p.149)

Esta citação de Ayres nos faz lembrar a forma como os protocolos apreendem as dimensões sociais e como esta é perguntada na prática clínica: frequenta escola? Participa de grupos sociais? Tem atividade de lazer? etc. Ayres (1990) sublinha as limitações que advém desta prática. O primeiro impasse acontece porque busca no indivíduo determinantes de saúde que não podem ser encontrados nele. São situações que no nível individual perdem a possibilidade de serem objeto de trabalho que tinham quando compreendidas em sua dimensão coletiva. O segundo impasse se refere ao caráter estéril que o recorte das expressões sociais da adolescência pode produzir se não forem significativas para cada sujeito individualmente.

Nossa finalidade em evidenciar e problematizar as principais concepções de adolescência que permeiam o discurso biotecnológico e o discurso oficial das políticas públicas relaciona-se a influência desses saberes nas concepções dos profissionais entrevistados que constituíram o Grupo 1 de Concepções. Conseqüentemente podemos supor a interrelação entre os conceitos, concepções e as práticas concretas dirigidas aos adolescentes nos serviços de saúde.

As principais concepções do Grupo 1 mostram-se alinhadas a apreensão da adolescência ancorada nos parâmetros biológicos e cronológicos disseminada tanto pelas políticas públicas até os anos de 1990, como pela produção científica na área da saúde, do início do século XX até a atualidade. Vale ressaltar que estas mesmas concepções, estão presentes nos discursos de outras políticas públicas para adolescentes e jovens, no discurso da mídia e da população em geral.

Retomando, a partir de Kuhn (2003), as características de um paradigma, sublinhamos a capacidade de generalização das concepções naturalizantes e universais sobre a

adolescência. São variados os setores e práticas que recorrem às ilustrações da matriz biotecnológica, utilizando-a como modelo. Seus pressupostos podem orientar a estruturação das cidades, explicar e prescrever ações pedagógicas e disciplinares. A determinação conceitual da adolescência advinda do saber biotecnológico parece repercutir em outros campos do conhecimento, bem como no senso comum.

6.2 *Grupo 2 de Concepções: Estrutura e processo de trabalho nas Equipes de Saúde da Família e os desafios da atenção integral à saúde do adolescente*

No Grupo 2 de concepções estão agrupadas as entrevistas que responderam à indagação sobre o desafio em atender o adolescente nas ESFs com sentidos que convergiam para aspectos da estrutura e processo de trabalho. Sobre a estrutura incluímos os relatos relacionados ao desenho institucional da Estratégia de Saúde da Família: sua função, organização, ações ofertadas, os recursos físicos e humanos.

Reiteramos que a maior parte das entrevistas deste grupo de concepções atribuiu o desafio aos três aspectos: ou seja, aos adolescentes, ao modelo assistencial e à estrutura e processo de trabalho.

Ao contrário das concepções naturalizantes da adolescência abordadas na sessão anterior, duas características principais distinguem o Grupo 2 de concepções: a incorporação do contexto da Atenção Primária em Saúde (APS) no âmbito dos desafios e a apreensão dos adolescentes a partir de seus contextos sociais.

6.2.1 A ESF e atenção integral à saúde do adolescente: estratégia e desafio

Tanto a literatura científica (FERRARI, 2008; GROSSETTI, 2009; HENRIQUES, 2009; LEÃO, 2005; PALAZZO, 2003,) como os documentos das políticas públicas (BRASIL,

2010b, 2008, 2007a; MINAS GERAIS, 2006; OMS, 2008) sublinham a atenção primária em saúde como o pilar para a assistência deste grupo. Os atributos da Atenção Primária, alicerçados no primeiro contato/porta de entrada, integralidade e responsabilização, alinham-se a todas as diretrizes para um trabalho de qualidade na saúde da população adolescente. Em estudo que analisou a prática do enfermeiro de saúde da família na promoção à saúde do adolescente, Nobrega (2007) reitera que esta estratégia encerra muitas oportunidades para oferecer uma atenção integral à população de 10 a 19 anos e superar a assistência calcada no modelo flexneriano.

Os profissionais entrevistados destacaram aspectos relativos à falta de estrutura, a sobrecarga de atividades das equipes e a rotatividade dos profissionais como impasses no cotidiano das equipes de saúde da família que dificultam a atenção integral para o público adolescente:

Como é pra mim? Ineficiente, ineficaz e sem estrutura. Sem... sem... sem um respaldo. (...) Falta estrutura. (...) Só que a unidade ficou aquela coisa sobrecarregada. A unidade que deveria ser o alicerce, ela não comporta a saúde da mulher, a saúde da criança a saúde do idoso, por quê? Porque são vários programas, o numero de profissionais nem sempre é suficiente, a gente sempre tem uma área maior do que aquela que consta no papel. (ENFERMEIRO 04)

Aqui muda muito, então não dá tempo de criar. (ENFERMEIRA 25)

Outro aspecto destacado pelos profissionais se refere às dificuldades das ESFs atenderem a um de seus princípios fundamentais: a promoção da saúde e a intersetorialidade.

Então eu acho que não adianta, a saúde fazer, só o PSF... é a articulação dos diferentes setores pra conseguir promover uma melhor saúde. (ENFERMEIRO 02)

Porque quanto maior o nosso tempo de atuação dentro do consultório mais frágil nos somos. Quanto maior o tempo que eu gasto, que os profissionais de saúde gastam dentro do consultório do PSF menos tempo eu tenho com a população. O PSF deveria ser pra fora, pra comunidade, mas a gente se fecha. (ENFERMEIRO 04)

Eu acho que o que precisa tá mais fora do posto (...) Eu acho que esse é o grande nó crítico: a promoção da saúde (...) Eu acho que é muito fácil pra unidade ficar aqui atendendo dez pré-natais, ficar aconselhado jovem que já vem com uma DST (...) A gente fica aqui atendendo esse lado assistencial, sem fazer promoção. (ENFERMEIRO 08)

Não acho que é mais difícil pro atendimento, mas, pra tá fazendo prevenção, palestras, essas coisas. (ENFERMEIRA 14)

As Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens enfatizam a importância da promoção à saúde e a realização de intervenções intersetoriais na produção de saúde deste grupo populacional. (BRASIL, 2010b). No entanto, o preconizado ainda é distante da realidade de grande parte das ações de saúde ofertadas ao público adolescente.

Salomão (2007) e Ferrari (2006) ressaltam que a dificuldade em operacionalizar a intersetorialidade é referida por profissionais de UBS como um dos principais desafios em ajudar os adolescentes. Nobrega (2007) analisou a prática do enfermeiro de PSF para a promoção da saúde do adolescente e concluiu que as ações não se voltam para este aspecto. Enfim, como demarca Leão (2005) as iniciativas intersetoriais são pontuais e aproximam-se mais da teoria que da prática dos serviços.

Na investigação sobre as razões que levam os adolescentes a procurarem e participarem das atividades desenvolvidas em UBS Moura (2006) verificou que cerca de 71,4% dos adolescentes não referiram a nenhum problema de saúde nos últimos seis meses. Investigou também qual o problema os adolescentes tem enfrentado no cotidiano. A resposta saúde é citada apenas por 7,1%, enquanto o relacionamento familiar é apontado por 50% dos adolescentes entrevistados. Este estudo conclui que a maior parte dos adolescentes que buscam sistematicamente a UBS não o fazem por problemas de saúde. Quando perguntados sobre o que esperavam encontrar na UBS 62% buscavam conhecimento e orientação; 9,5% por atividade recreativa, 21,4% não foram específicos e apenas 7,1% buscavam por consulta. (MOURA, 2006)

Salomão (2007) também aponta que nas necessidades de saúde expressas pelos adolescentes predominam as relacionadas à promoção e prevenção em detrimento as situações de adoecimento.

Os sujeitos do estudo trouxeram percepções de situações de adoecimento, porém predominaram as de promoção e prevenção. Neste sentido também foram as expressões dos ajustes nas práticas de saúde, os quais gostariam de ter na ajuda para atender a essas necessidades. (SALOMÃO, 2007, p. 220)

O desafio da promoção da saúde e da intersetorialidade, conforme exemplificado nos fragmentos das entrevistas e os resultados das pesquisas descritas acima configuram um

impasse, à medida que a maior procura nos serviços de saúde por parte dos adolescentes se dá por razões que requerem acolhimento, intervenções e encaminhamentos interdisciplinares e intersetoriais. Considerando que o público adolescente apresenta pouco de suas queixas e demandas sob o ponto de vista das queixas orgânicas, (AYRES, 1990; FOMIGLI, 2000; GROSSMAN, 1995) o atendimento de suas necessidades passa pela capacidade de articulação das ESF com demais segmentos e agendas do município como educação, lazer e cultura. É capital também considerar que são demandas que exigem ações inovadoras e criativas a partir das realidades locais e das situações singulares. (ABDUCH, 1999; FERRARI, 2008)

O trecho abaixo sintetiza a amplitude das demandas de saúde do adolescente e a necessidade de práticas articuladas para solucioná-las.

(...) Envolve uma série de fatores, você não tem que trabalhar só um fator isolado. (ENFERMEIRA 21)

Os obstáculos estruturais tais como o grande número de atividades, a área de cobertura inadequada ao número de ESF e os entraves nas ações de promoção da saúde afetam todos os usuários do SUS. No entanto, para a parcela de 10 a 19 anos seus efeitos repercutem com maior gravidade. Para o atendimento das necessidades de saúde dos adolescentes estas dimensões tomam proporções ainda maiores. Ainda com esses obstáculos, há uma rotina de planejamento de ações e oferta de serviços segundo faixa etária, para mulheres e idosos, ou estruturação de ações a partir da lógica dos agravos e/ou condições de saúde para hipertensos, diabéticos e gestantes.

Os profissionais referem-se ainda às dificuldades e desafios em realizar o planejamento de ações para os adolescentes.

Tem um horário muito bem definido pra gestante, um horário muito bem definido pro idoso, por hipertenso, pro diabético, pra saúde da mulher e hoje por a gente não ter uma política direcionada, uma política atuante, né, pro adolescente (ENFERMEIRO 02)

Ferrari (2008) caracterizou as ações programáticas, preventivas e de intervenção aos adolescentes desenvolvidas pelos médicos e enfermeiros da Saúde da Família no município de Londrina/PR. O resultado das 51 UBS pesquisadas, 94 médicos e 94 enfermeiros destaca que “Cerca de 97% dos médicos e enfermeiros das equipes da Saúde da Família referem que, no serviço de atenção básica de saúde do município, não existe um

programa específico para os adolescentes, mas precisam atender outros programas municipal e ministerial.” (p.389). A mesma pesquisa verificou que cerca de 20% das ações estão no contexto do pré-natal e prevenção do câncer uterino, e cerca de 30% no planejamento familiar.

O estudo de Henriques (2009) e Oliveira (2009) evidenciou a ausência de atividades institucionalizadas e sistemáticas em unidades de APS, sendo os adolescentes atendidos quando tem uma necessidade incluída em outros grupos de atenção, como o pré-natal. Leão (2005) ressalta também não haver programação voltada para atender as particularidades desse segmento nas atividades da enfermeira e do médico de ESF.

O reordenamento operado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) propõe a organização da demanda espontânea por meio de ações e serviços programáticos. A ação programática é colocada como um recurso epidemiológico, uma modalidade de organização do trabalho em saúde que busca normatizar a demanda espontânea. Propõem-se recortes horizontais da população alvo, construindo objetos programáticos definidos a partir de critérios sócio-sanitários e não em recortes baseados nas patologias. (SCHRAIBER, 1990)

Contudo, conforme adverte Scharaiber (1990) a estratégia de ação programática não deve ser confundida com a padronização e burocratização das condutas. A incompreensão ou deformação de seus princípios pode determinar ações estereotipadas, improdutivas e pouco efetivas, mas que se matém permanentemente como oferta nos serviços de saúde.

Não negamos a necessidade de ações pautadas nas evidências epidemiológicas, porém, o imperativo e a exclusividade desta lógica podem gerar impasses quando se estrutura atividades para adolescentes, dos quais destacamos três. O primeiro impasse refere-se a maneira pela qual as atividades são propostas, geralmente com caráter prescritivo e pedagógico, abordagem pouco sensibilizadora para o adolescente. Para Ruzany (2008) o modelo normativo de atuação dos profissionais que atendem os adolescentes nos serviços de saúde constitui um dos desafios para a efetividade das ações de promoção da saúde e de participação juvenil.

A condição normatizante se caracteriza pelo pressuposto de que há uma distinção entre “fatos e valores”, onde o observador não está envolvido com a situação e o usuário deve se comportar de acordo com as normas estabelecidas, ou seja, sem participar efetivamente do processo. (RUZANY, 2008, p. 23)

Um segundo impasse, se constitui em planejamento de atividades com viés adultocêntrico, sem participação dos interessados na priorização das temáticas e na construção das atividades. E, finalmente, o terceiro impasse advindo da dificuldade em se operar com os temas gravidez, drogas, Aids e violência num contexto mais amplo da vida dos jovens, ou seja, não os aproximando de discussões como: o mundo do trabalho, as relações familiares, a participação social, o projeto de vida, as questões de gênero, étnica/racial e direitos fundamentais. Vemos nesses aspectos algumas das possíveis razões para o fracasso e frustração nesta ação. Temos de um lado profissionais frustrados e irritados na tentativa de estabelecer e cumprir uma agenda de atividades para esse público (FERRARI, 2006; HORTA, 2006); e de outro lado, adolescentes que desconhecem os serviços ofertados e que valorizam pouco os serviços de saúde. (FORMICLI, 2000; MUZA, 2002; SALOMÃO, 2007)

Em entrevista com os jovens sobre as ações desenvolvidas para eles nas UBS, Salomão (2007) destaca:

Dentre as inúmeras dificuldades apontadas, os adolescentes destacaram que as atividades educativas não consideram as necessidades e os problemas dos adolescentes: *“quem vem aqui, saíram falando que é a mesma coisa”*; *“teria que ter uma mudança, mudar de assunto, ela só fala aquilo e mostra aquele cartaz”*. Observa-se uma avaliação de esgotamento dos trabalhos educativos, realizados nas UBS, na forma que vem sendo desenvolvidos. Os adolescentes consideram, por exemplo, a relevância do problema de gravidez precoce, enfatizam a necessidade de esse problema ser trabalhado pela equipe de saúde: *“o que tem demais acontecendo é menina gravida”*; *“... por isso falam tanto nesse assunto”*; *“não deixar de lado”*. Mas, reclamam uma outra abordagem da questão: *“uma outra coisa junto e não só aquilo que todo mundo sabe”*; *“se falar qualquer outra coisa vai ficar mais interessante”*; *“falar desse assunto mudando”*; *“falar desse assunto de outra maneira”*. (SALOMÃO, 2007, p. 194)

As diretrizes, os protocolos e linhas-guia de cuidado em saúde reafirmam um elenco mínimo de atividades que devem ser organizadas e desenvolvidas para o público adolescente (BRASIL, 2010b; MINAS GERAIS, 2006). Entretanto, embora os adolescentes sejam identificados como grupo alvo para ações programáticas, os relatos dos sujeitos entrevistados nesta pesquisa, e de outros estudos científicos, indicam a fragilidade no planejamento de ações para os adolescentes. (HENRIQUES, 2009; HORTA, 2006; LEÃO, 2005; MOURA, 2006; NOBREGA, 2007; SALOMÃO, 2007,)

O conhecimento dos indicadores epidemiológicos é imprescindível à medida que orientam o planejamento e as intervenções. Porém, especialmente na abordagem dos

adolescentes, parece ser necessário ir além dos dados de morbimortalidade. No caso da saúde dos adolescentes a questão reside em como abordá-los. Para Ayres (1990) algumas das limitações em desenvolver o planejamento de ações esta na dificuldade em sistematizar ações para além predomino médico-sanitário, do individual-orgânico, construindo saberes complementares que possam gerar práticas mais originais e particulares para a realidade dos jovens.

Uma das atividades programáticas preconizada para a população de 10 a 19 anos é a sistematização de atividades coletivas entre pares.

Então o ideal é pra eles tá tendo um grupo de orientação de vez em quando, pelo menos na escola. (...) É desafiador, pra mim o que eu acho é que aqui não tem um grupo (...). Ter um dia específico, um grupo. (...) O desafio é conseguir organizar, trazer eles até a gente. (ENFERMEIRA 25)

É importante destacar desta entrevista o reconhecimento que os profissionais têm sobre a importância que a estruturação do trabalho em grupo tem para atenção integral dos adolescentes. Este elemento é recomendado pelas políticas públicas e literatura científica, pois se aposta que as atividades em grupo têm a potencialidade de favorecer a comunicação, reflexão, a argumentação e a crítica na busca para a solução dos problemas de saúde dos jovens. (BRASIL, 2005^a; LEÃO, 2005).

Desenvolver grupos com adolescentes é uma atividade recomendada, porém ainda se constitui um desafio para as ESFs. Para Abduch (1999) coordenar grupo com adolescentes é uma tarefa difícil e de aprendizagem para ambos os lados, pois “exige da equipe de coordenação um alto grau de plasticidade, criatividade e autoridade (ABDUCH, 1999, p. 298)

Ayres (1990) propõe as atividades em grupo como um instrumento que possibilita organizar e/ou reorganizar a incorporação da adolescência enquanto recorte programático. Para o autor a potencialidade deste trabalho encerra em:

Este instrumental técnico de atenção a saúde em grupo visa fazer a tradução das necessidades de saúde do adolescente, tanto do ponto de vista coletivo (a partir da massa de informações que for sendo acumulada do conjunto do trabalho), quanto do ponto de vista individual, avaliando-o em relação a categorias previamente delimitadas, segundo a natureza do recorte programático adotado. Essas categorias, sugeridas pelo conhecimento multidisciplinar sobre a adolescência, não se restringem a padecimentos orgânicos, mas se estendem por dimensões referentes a condições socialmente definidas, e sempre trazidas para o processo de trabalho na

dupla perspectiva de prestar serviço à demanda e recolher informações para a retroalimentação do programa.” (AYRES, 1990, p. 177-178)

No sentido apontado por Ayres (1990) o grupo com adolescentes não é apenas uma atividade em si mesma, mas pode ter função diagnóstica, organizadora da demanda e dos encaminhamentos necessários, estruturante para demais ações, além de função avaliativa do processo de trabalho.

Leão (2005) também atribui sentido organizador às atividades de grupo;

a partir do momento em que os adolescentes participam das atividades coletivas oferecidas nas ESF, as práticas de assistência e prevenção lhe parecem mais acessíveis. Talvez a ordem dos fatores não altere o resultado, talvez seja até mais interessante dessa maneira porque, supostamente, estão mais esclarecidos e orientados em relação às práticas de saúde e suas possíveis demandas. (LEÃO, 2005, p. 86)

As dificuldades em trazer o adolescente ao serviço de saúde são apontadas pelos sujeitos desta pesquisa em relação ao desafio no atendimento à faixa etária de 10 a 19 anos.

O desafio maior nosso é trazer o adolescente aqui pra ele fazer outras atividades, educação pra saúde, por exemplo. Você falar pra ele sobre como se prevenir de algumas doenças, ele não vem, difícil. (...) E o adolescente, realmente, se você não tiver uma coisa criativa, que o atrai de forma diferente ele não vem. Com o adolescente você tem que ter alguma coisa a mais. (MÉDICO 09)

Eu fico preocupada em como trazer eles, só chamar eles não vem tem que ter alguma coisa que vai chamar a atenção deles pra trazer na unidade. (ENFERMEIRA 14)

Trazer os adolescentes ao serviço de saúde constitui queixa recorrente entre os profissionais de UBS. (FERRARI, 2008, 2006; HORTA, 2006; OLIVEIRA *et al*, 2008)

O desafio em conseguir os adolescentes como usuários do serviço de saúde e o de planejar atividades específicas remetem às lacunas de formação e prática profissional.

Porque nos falta prática cotidiana, experiência mesmo. Eu acho que pro profissional de saúde falta experiência em lidar com isso, porque a gente lida como eu te falei na questão do pré natal, na questão da camisinha, dos anticoncepcionais e... teste de gravidez. (...) É difícil atender adolescente por causa dessa carência nossa, eu acho que nos somos carentes, de treinamento, de vivência. (ENFERMEIRO 04)

Talvez porque realmente a gente não tem essa prática, essa pratica vem com a saúde da família, mas mesmo assim poucos profissionais tem essa habilidade de tá chamando o público (...) , então mesmo você tendo isso como objetivo poucos profissionais fazem isso. Então isso não é uma cultura das unidades, né. (MÉDICO 09)

Eu acho que muitos profissionais não têm o perfil pra atender adolescente. (ENFERMEIRA 17)

A questão das deficiências de formação e a ausência de capacitação adequada para o atendimento na saúde integral dos adolescentes pode ser apontado como o aspecto mais recorrente nos estudos que pesquisam o tema. (COSTA, 2001; FERRARI, 2008, 2006;; HENRIQUES, 2009; HORTA, 2006; PACCINI, 2004; PALAZZO, 2003; RUZANY, 2002; SALOMÃO, 2007)

Vale lembrar que a questão do treinamento específico sempre foi uma preocupação na atenção a saúde dos adolescentes, seja na estruturação dos centros de referência no início da década de 1980, (Grossman, 1995), seja na assistência realizada pela atenção primária preconizada a partir dos anos 2000. Esta persistência na necessidade de capacitação especializada evidencia a insuficiência da formação universitária no que contemple as necessidades de saúde deste grupo populacional.

No estudo de Ferrari (2008) os médicos e enfermeiros indicam a falta de experiência no desenvolvimento de ações para a população de 10 a 19 anos, sendo a viabilidade de implantação de um programa específico comprometida pela falta de formação e capacitação em serviço. Os profissionais do estudo de Ruzany (2002) também apontam a necessidade de treinamento técnico para implantar um programa de saúde para adolescentes.

Investigando as razões que levam o pediatra a não assumir o atendimento de adolescentes na rede básica de saúde, Paccini (2004) destaca que estes se sentem confortáveis para atender as crianças até 12 anos e muito inseguros a partir dessa faixa etária. Conclui que “as razões fornecidas pelos profissionais médicos para não assumirem os adolescentes foram falta de formação no ciclo profissional básico.” (p. 109).

O fato da graduação não contemplar devidamente temáticas como adolescência e sexualidade é referido pelos médicos e enfermeiros de ESF na pesquisa. (FERRARI, 2006). Ruzany (2002) também destaca a insuficiência da formação básica, na graduação médica e de enfermagem, para preparar o profissional no atendimento específico ao público adolescente.

Os profissionais de UBS entrevistados por Salomão (2007) relatam que parte das dificuldades em atender os adolescentes está na falta de supervisão e capacitação.

Tendo em vista os deficits na formação, fazem-se necessário diante do exposto duas direções complementares. A primeira conforme destaca Ramos (2000) se refere à responsabilidade dos órgãos de formação, Instituições de Ensino Superior, no ensino teórico-prático das questões que envolvem a saúde do adolescente. A segunda responsabilidade deve ser atribuída aos gestores de saúde no sentido qualificar a rede de atendimento a partir da Atenção Primária em Saúde, proporcionando, por meio da educação permanente, treinamento em relação à adolescência aos profissionais de saúde. (BRASIL, 2007a, 2005; FERRARI, 2006; PALAZZO, 2003)

Entre as estratégias para enfrentar a morbimortalidade dos adolescentes e jovens, a OMS (2008) destaca o apoio e fortalecimento de programas de formação de recursos humanos, propondo ações para treinamentos no nível de graduação, com ênfase nas novas tecnologias de aprendizagem à distância. Os conteúdos de aprendizagem devem contemplar além dos aspectos da saúde propriamente questões como sigilo, privacidade, o consentimento informado, a proteção igual perante a lei e a não discriminação no contexto da diversidade cultural.

6.2.2 O Contexto das ESFs, as características do adolescente e as particularidades do seu atendimento

Discutiremos neste tópico os sentidos produzidos sobre o contexto das ESF e sua relação com as características dos adolescentes, bem como as repercussões na atenção à saúde prestada a esse grupo.

Os sentidos produzidos pelos profissionais do Grupo 2 de Concepções foram bastante diversos dos profissionais do Grupo 1 de Concepções. Se para o primeiro grupo as características dos adolescentes são apresentadas como dificultadoras do atendimento, para o Grupo 2 de Concepções são os entraves na estrutura e no processo de trabalho das ESFs que dificultam a abordagem adequada das características dos adolescentes.

A timidez e rebeldia do adolescente também são referidas pelos profissionais do Grupo 2 de Concepções. A dificuldade ou resistência em falar aparece como um padrão do adolescente. Os profissionais destacam também o adolescente como um usuário mais difícil de fazer vínculo. Os relatos abaixo ilustram bem estes aspectos:

(...) às vezes o adolescente vem e se mostra rebelde, então você tem que tentar trabalhar bem devagarzinho até você chegar no ponto que ele quer. (...) é uma faixa etária difícil de criar, o idoso, por exemplo, tá aqui quase todo dia, o adolescente não. (...) Porque ele não vai te contar, porque assim é bem padrão, ele chega senta e aí ‘ah eu tô com dor de garganta.’ Se você não aproveitar aquela dor de garganta pra abordar o que você precisa no adolescente ele vai ficar na dor de garganta, e às vezes tem muitas outras coisas. Enquanto um adulto, um idoso vem e já conta tudo, ‘ah eu tô com dor de garganta, mas eu também tô mal em casa e meu marido tá bebendo’, já conta tudo. E o adolescente ele tem bloqueio. (ENFERMEIRA 17)

O fato deles não falarem dificulta a conduta, porque às vezes eles vêm com uma queixa e na verdade não é aquela, pode ter algo por trás que faz ele vir aqui procurar ajuda e ele não sabe explicar o que tá sentindo. Mas ele acaba falando, vai chegar uma hora que não vai ter saída, né. Você vai falando pra ele pelo exame físico, ‘ah tem uma dor no peito’, mas pelo exame físico nada, pede exames laboratoriais, nada, então vamos ao ponto do que tá acontecendo? Mas isso demanda atender mais vezes. Não é da primeira não, você vai ter que investigar a família, as condições das relações pais e filhos como é, então, isso demanda um pouco mais. (ENFERMEIRA 18)

As características do adolescente são apresentadas em articulação aos recursos disponíveis, ou indisponíveis, para o trabalho com eles. Articulam-se também às manobras e alternativas buscadas pelos profissionais na tentativa de apreender os problemas e necessidades destes. Temos assim:

Características do adolescente

“se mostra rebelde”
 “tem bloqueio”
 “difícil de criar vínculo”
 “não falarem”
 “não sabe explicar o que tá sentindo”

Manejo da equipe de saúde

“tentar trabalhar bem devagarzinho”
 “aproveitar aquela dor de garganta”
 “vai falando pra ele pelo exame físico”
 “pede exames laboratoriais”

O profissional se coloca em relação aos atributos do público. É sua a responsabilidade pela condução adequada do atendimento, e ele é quem deve driblar os impasses do atendimento: indo “devagarinho”, aproveitando a queixa orgânica e a solicitação de exames. A estratégia de aproveitar a queixa principal para abordar dimensões mais amplas do cuidado em saúde está em convergência com o preconizado pela literatura. Para Grossman, “Independentemente da razão que faz com que o adolescente/jovem procure o serviço de saúde, cada visita oferece ao profissional a oportunidade de detectar, refletir e auxiliar na resolução de outras questões distintas do motivo principal da consulta.” (GROSSMAN, 2008, p.41)

No intuito de prevenir os profissionais sobre as particularidades em atender o adolescente, a Linha-Guia de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2006) sinaliza que no momento da consulta o adolescente pode ter dificuldades para a expressão oral e/ou comportamentos hostis. O público em questão, seja por timidez, seja por medo ou por atitudes desafiadoras, pode ter problemas em se comunicar. Desta forma, o atendimento, principalmente, a primeira consulta, deve disponibilizar tempo suficiente. (OMS, 2000)

A possibilidade de manejo do tempo no contexto das ESF aparece como dificultador no atendimento às particularidades do adolescente.

É uma consulta que demanda tempo, 40 minutos, uma hora, uma hora e meia, e tem aquele povo todo lá fora que você tem que atender. Demandam mais tempo, mais profissionais, mais pessoas pra discutir o caso. (ENFERMEIRO 04)

A abordagem com o adolescente é mais lenta. (ENFERMEIRA 17)

É uma consulta que demora um pouquinho mais porque você tem que sentir algo maior (...) entender o que eles querem dizer. (ENFERMEIRA 18)

A atenção básica deveria ter um tempo, mas acaba virando quase um pronto atendimento, e se você fizer isso com o adolescente é uma faixa que você vai perder, ele vai sair e falar ‘eu fui no posto e não consegui ser atendido bem.’ (ENFERMEIRA 17)

Disponibilizar o tempo necessário e a dedicação adequada para a consulta, planejamento das atividades de educação em saúde e reuniões com demais profissionais e setores envolvidos é um anseio dos profissionais quando analisam as condições adequadas para a atenção integral ao adolescente. (MOURA, 2006; SALOMÃO, 2007).

Escutar os adolescentes por eles próprios pode ser mais demorado e exigir mais consultas, porém são particularidades do atendimento essenciais e que fazem toda diferença para que estes se sintam mais seguros quanto a confidencialidade. A confidencialidade configura um ponto fundamental do atendimento de adolescente e, “é aquela que melhor explicita a particularidade dessa etapa da vida de grande crescimento e aquisição progressiva de habilidades.” (TAQUETTE, 2005 p. 1721). Estar seguro quanto a confidencialidade é um aspecto fundamental para este público buscar e se vincular aos serviços atenção primária em saúde. (COSTA 1998; MCPHERSON, 2005).

Não disponibilizar tempo e atenção conforme se deve repercute na vinculação do adolescente ao serviço e profissional.

O que pode atrapalhar o , por exemplo, é você não ter carinho com ele, você interromper a consulta, ele tá tentando te contar alguma coisa, às vezes você consegue que ele comece a te contar os conflitos, as mudanças que estão ocorrendo, mas você não tem o tempo necessário, acaba tendo que correr um pouco. (ENFERMEIRA 17)

Os profissionais destacam a importância da comunicação adequada na abordagem.

É uma faixa etária que você precisa ter muita paciência pra lidar, tentar usar os termos deles e ter cuidado com o jeito de abordar, porque dependendo do jeito que abordar você perde o adolescente e nunca mais ele vai querer consultar, mais cuidado ao abordar. (ENFERMEIRA 17)

No atendimento tem que saber o jeito de falar com eles, às vezes até o jeito de falar, a linguagem. Tem que falar do jeito deles então eles não vão entender nada. (ENFERMEIRA 14)

As barreiras de comunicação são apontadas em vários estudos. (GROSSMAN, 2008; MCPHERSON, 2005; SALOMÃO, 2007). É também tema muito pautado nos manuais e linhas de cuidado sobre a saúde do adolescente. (BRASIL, 2005a; MINAS GERAIS, 2006; SÃO PAULO, 2006)

Segundo Mcpherson (2005) os profissionais de atenção primária podem considerar a comunicação com os adolescentes mais difícil e complexa, pois é um contexto de atendimento no qual não estão lidando com pessoas adultas. Mesmo considerando as diferenças socio-culturais entre profissionais e usuários dos serviços de saúde, ainda assim, há com os pacientes adultos maior similitude quanto os valores e as normas sobre saúde. Já

com o público adolescente, os profissionais são desafiados a se comunicarem com pessoas que vivenciam transformações subjetivas e sociais muito rápidas, com informações, valores e crenças sobre saúde muito diversas e singulares.

O uso da linguagem adequada e de fácil compreensão contribui no desenvolvimento da consulta e numa boa relação médico-paciente, equipe-usuário (MINAS GERAIS, 2006). Empregar termos do cotidiano do jovem, tornar a comunicação menos formal e técnica, não significa ficar parecido com o jovem. Grossman (2008) e Mcpherson (2005) e alertam que não se deve ceder à tentação de parecer demasiadamente jovem e “discolado”, nem recuar à posição profissional.

Grossman (2008) salienta que “durante a anamnese podem surgir barreiras de comunicação. Além de reconhecê-las e tentar superá-las, o profissional deverá buscar explorar as razões que determinam esse comportamento.” (p.44). O mesmo aspecto é compartilhado por Salomão (2007).

No encontro com o adolescente o profissional deve esclarecer sobre a confidencialidade e razões que podem resultar em seu rompimento, além de informar sobre as ações disponíveis para ele na UBS e os recursos intersetoriais do território ou município. O profissional deve comunicar sua impressão sobre as condições de saúde do jovem. (BRASIL, 2005a; MINAS GERAIS, 2006)

Além do tempo adequado e uma comunicação que considere as particularidades dos adolescentes, a excessiva burocratização é também referida como prejudicial no atendimento à população de 10 a 19 anos. Os profissionais de UBS participantes da pesquisa de Salomão (2007) percebem a burocratização como uma fragilidade no acolhimento dos adolescentes.

Longas filas de espera, fluxos muito extensos, requerer vasta documentação, além da obrigatoriedade de acompanhamento dos pais ou responsáveis tendem ser obstáculos à procura, adesão e retorno. (AYRES, 2000; GROSSMAN, 2004). Em contraposição a esses dificultadores são recomendados mecanismos mais flexíveis de organização, e que promovam agilidade tanto no acesso ao atendimento e insumos como nos encaminhamentos necessários. (BRASIL, 2005a; GROSSMAN, 2008; OMS, 2000).

As questões que envolvem as particularidades dos adolescentes e as habilidades requeridas dos profissionais para ofertar uma assistência de qualidade estão dimensionadas no documento Características Genéricas de los Servicios de Salud Amigos de los Adolescentes segun las Dimensiones de Calidad Definidas por la OMS (2000). As dimensões da qualidade devem considerar: a equidade, a acessibilidade, a aceitabilidade, a adequação, a integração, a eficácia e a eficiência. O documento destaca que para melhorar todas as referidas dimensões do cuidado em saúde é importante considerar que os adolescentes são muito sensíveis ao ambiente criado em torno do atendimento. Uma atmosfera favorável que contemple tanto a motivação dos profissionais para o trabalho com este público, como uma comunicação respeitosa, livre de preconceitos e discriminações. Esta atmosfera, compreendida como ambiente acolhedor, deve ser responsabilidade de todos na unidade, não apenas a equipe de médica e de enfermagem, mas precisa abranger também os seguranças, recepcionistas e todo pessoal de apoio no serviço de saúde. (BRASIL, 2008c; OMS, 2000).

Conforme destaca Salomão (2007) em pesquisa que buscou compreender as necessidades de saúde dos adolescentes atendidos em UBS do ponto de vista dos adolescentes, seus familiares e profissionais, melhorar a qualidade da atenção decorre também pela incorporação do conceito de ambiência às singularidades dos adolescentes. Este conceito participa da estrutura da Política Nacional de Humanização (PNH) e refere-se ao uso do espaço físico “entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana” (BRASIL, 2010a, p. 5). A ambiência possui três eixos fundamentais: a confortabilidade dos trabalhadores e usuários; a produção de subjetividades no encontro dos sujeitos e o espaço como ferramenta facilitadora do processo de trabalho.

Uma experiência positiva com o serviço de saúde tende a melhorar o e a utilização do serviço pelo adolescente, além de tê-lo como porta-voz para recondá-lo a seus pares. (BRASIL, 2005a; OMS, 2000).

A abordagem do público adolescente na UBS tem particularidades. O atendimento dessas particularidades é proporcional a execução dos preceitos da Estratégia de Saúde da Família tal como preconizados. Dos enunciados que responderam à indagação sobre o desafio em atender o adolescente nas ESFs com sentidos que convergiam para aspectos da estrutura e processo de trabalho destacamos, no quadro 4, as concepções sobre o contexto das ESFs, as características dos adolescentes e as particularidades do atendimento e o manejo das ESFs.

Quadro 6 - Concepções sobre o contexto de ESFs, características e as particularidades do atendimento dos adolescentes e o manejo clínico

Concepções		
Contexto das ESF	Características e particularidades do atendimento dos adolescentes	Manejo clínico
Ineficiente	Prevenção, palestras	Trabalhar bem devagarzinho até você chegar no ponto que ele quer
Falta estrutura	Envolve uma série de fatores	Vai falando pra ele pelo exame físico
Unidade sobrecarregada	O ideal é pra eles tá tendo um grupo de orientação	Pede exames laboratoriais
Porque são vários programas	Ter um dia específico	Tentar usar os termos deles
Tem uma área maior do que aquela que consta no papel	Conseguir organizar	Cuidado com o jeito de abordar
Aqui muda muito	Fazer outras atividades	
O PSF deveria ser pra fora	Se você não tiver uma coisa criativa	
A gente fica aqui atendendo esse lado assistencial, sem fazer promoção	Com o adolescente você tem que ter alguma coisa a mais	
Não ter uma política direcionada	Às vezes o adolescente vem e se mostra rebelde	
Não tem um grupo	Uma faixa etária difícil de criar	
Falta prática cotidiana, experiência nos somos carentes, de treinamento, de vivência	Às vezes eles vêm com uma queixa e na verdade não é aquela	
Muitos profissionais não têm o perfil	Demanda atender mais vezes	
	Demanda um pouco mais	
	É uma consulta que demanda tempo	
	Demandam mais tempo, mais profissionais, mais pessoas pra discutir o caso	
	A abordagem com o adolescente é mais lenta	
	Precisa ter muita paciência pra lidar	

6.3 *Situações de desafio vivenciadas pelas ESFs no atendimento de adolescentes*

Nesta investigação o contexto que envolve a saúde sexual e saúde reprodutiva (SSR) foi lembrado como desafiante por dez profissionais de ESF, sendo todos os casos de adolescentes do sexo feminino. Sete dos casos relatados são de gravidez, e os demais sobre homossexualidade, contracepção e Aids.

Entre as vivências de desafio no atendimento de adolescentes, os casos relacionados à saúde mental foram referidos por seis profissionais das ESF. Destes, três são relatados pelos entrevistados como de depressão: duas jovens de quinze anos e um rapaz de dezoito anos. Um dos casos envolve de paciente psicótico de treze anos, acompanhado também pelo serviço de saúde mental do município. A quinta situação é de uma jovem de dezesseis anos, usuário de drogas; o sexto caso é a tentativa de auto-estermínio de uma moça de quinze anos, caso relatado na sessão 6.2. desta dissertação.

A terceira vivência mais relatada quanto ao desafio de atender o adolescente incidi acerca das violências. Tomamos a expressão no plural pela diversidade das formas de violência relatadas. Os contextos que envolvem a violência foram referidos por quatro profissionais, dos quais dois relatam casos de suspeita de violência sexual envolvendo adolescentes do sexo feminino de doze e treze anos; um relata o caso de uma jovem de dezesseis anos vítima de violência sexual na família, e um último relato de desafio é sobre o caso de um jovem de dezessete anos envolvido no tráfico de drogas.

Os demais relatos que compuseram nossa análise são o caso de uma insuficiência hepática grave e problemas comportamentais em adolescentes de treze e doze anos, respectivamente.

Após descrever as temáticas vivenciadas como desafio, nossa discussão não recairá sobre os aspectos clínicos e/ou epidemiológicos da gravidez e saúde mental na adolescência ou das várias formas de violências as quais este público está vulnerável. Isso se justifica, principalmente, porque em nenhum dos casos narrados os impasses estão relacionados a aspectos da condução clínica, dificuldade diagnóstica ou condutas de tratamento. As demandas apresentadas pelos adolescentes e jovens ao setor saúde na atualidade refletem agravos intimamente vinculados às condições de vida dessa população. E,

estas são situações que “desafiam o arsenal diagnóstico-terapêutico da biomedicina e a maneira de trabalhar com a ortodoxia da medicina, demandando investigação e inovação nos cuidados em saúde tanto na atenção básica quanto na média e alta complexidade”. (BRASIL, 2010b, p. 77)

Grossman (2006) discuti sobre a importância da narrativa para a medicina, e podemos ampliá-la às demais áreas das Ciências da Saúde, destaca que como na ficção;

os relatos médicos de cada caso particular envolvem subjetividades autorais, visto que o material é selecionado e organizado com o intuito de adquirir coerência e inteligibilidade. Em consequência, os registros de anamneses em prontuários e as descrições de casos clínicos englobam reflexão, interpretação, elucubração e pontos de vistas subjetivos. (p. 7)

Portanto, nos interessa destacar nesta discussão como os profissionais de ESF vivenciam o desafio em situações concretas e como se sentem diante dessa situação. O convite feito aos profisisonais para narrar casos na qual tenham vivenciado dificuldades surgiu como recurso metodológico que pudesse alcançar tanto descrições sobre o contexto das dificuldades como os sentimentos e os pontos de vista que tais profissionais tinham da situação.

6.3.1 A saúde e sexual e saúde reprodutiva como desafio na atenção à saúde dos adolescentes

O predomínio que encontramos nos relatos, tanto no que diz respeito ao gênero como as principais razões que levam esta população a utilizarem os serviços de saúde, estão em consonância com literatura sobre o assunto, (BRASIL, 2007a; PALAZZO, 2003; RUZANY, 2000)

Historicamente, as formas de organizar os serviços e ações em SSR mostram-se restritas em relação à abordagem e ao público alvo. Na maior parte dos serviços a dimensão contemplada se restringe à saúde reprodutiva, abordando o planejamento familiar e a gravidez, e tem as mulheres como população privilegiada destas ações. (AYRES, 1990; OLIVEIRA, 2008)

Como sublinha o documento Marco Teórico e Referencial-Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes e Jovens (BRASIL, 2007c)

os serviços de atenção à saúde sexual e saúde reprodutiva estão prioritariamente voltados para o atendimento de mulheres, historicamente entendidas como sujeito exclusivo das ações nesta área. Esta realidade resulta na ausência de práticas, condutas e ações voltadas para a inclusão de adolescentes e jovens no atendimento relacionado à gravidez, à anticoncepção e aos demais campos da saúde sexual e saúde reprodutiva, especialmente na atenção básica. (BRASIL, 2007c, p.26)

Para problematizar a SSR como temática que desafia o atendimento de adolescentes recorreremos aos resultados do estudo de Crossetti (2009) que avaliou a atenção integral à saúde do adolescente sob a ótica de quarenta e quatro profissionais de saúde de uma UBS da cidade do Rio de Janeiro. Segundo Grossetti (2009) a maior parte dos entrevistados não referiu dificuldades em atender este público. No entanto, quando perguntados sobre as razões que os levam referenciar os adolescentes para o ambulatório especializado em adolescência, “os motivos apresentados de encaminhamento para um ambulatório de adolescentes foram, em ordem decrescente: queixas relacionadas à sexualidade (31), orientação para anticoncepção (29), gravidez (28)” (p.433).

Para os sujeitos desta dissertação a orientação para contracepção é apresentada como um contexto desafiante, conforme o relato de uma profissional entrevistada:

Uma adolescente de 15 anos. (...) Uma consulta comum, não tinha nada, ela queria usar anticoncepcional. (...) Estava muito apaixonada pelo marido da irmã. Era um homem bem mais velho. (...) como você vai intervir? Eu conversei com ela a respeito da situação, tentei mostrar as coisas pra ela. E eu pedi a ajuda pra saúde mental e passei o caso. (MÉDICA 11)

A adolescente do caso ainda não tinha tido relações sexuais, buscava orientações e contracepção porque planejava ter brevemente com o marido da irmã. A maior parte dos casos classificados na temática da SSR se referem à gravidez, presente em sete situações de desafio vivenciadas pelos profissionais. Três médicos elegem casos de gravidez como ilustrações do desafio no atendimento deste público.

Causa estranhamento que aspectos específicos da SSR como anticoncepção e a gravidez apareçam como situações de dificuldade, principalmente para profissionais médicos (as), tendo em vista que o planejamento familiar, o pré-natal e o puerpério constituem temas

bem delimitados na atenção primária em saúde, além de ser área onde há investimento na formação dos profissionais, tanto das intuições de ensino na graduação, como por parte dos gestores de saúde na educação permanente em serviço.

Por que encaminhar para saúde mental o pedido de contracepção de uma jovem? Por que casos de gravidez figuram, principalmente para médicos, como situações na qual estes se sentem desafiados?

Os resultados da pesquisa de Grossetti (2009) indicam que as transformações da puberdade tais como as mudanças hormonais e maturação dos caracteres sexuais não constituem os principais motivos para encaminhar os adolescentes. Estes aspectos foram citados como motivadores para encaminhamentos por metade dos profissionais. Esta contradição evidencia que a abordagem da sexualidade constitui um terreno de tabu, delicado e melindroso no qual os profissionais de ESFs não se sentem preparados para atuar. Neste sentido, os encaminhamentos, no referido estudo, podem ser o recurso encontrado para se esquivarem das situações circunscritas à temática da sexualidade quando esta aparece no contexto clínico de maneira mais ampla, envolvendo dimensões para além do desenvolvimento físico da puberdade.

Nesta investigação, episódios de contracepção e gravidez figurarem como vivências de desafios para profissionais médicos (as) indicam que o desafio destes contextos não se refere aos conhecimentos de como prescrever ou conduzir um pré-natal do ponto de vista técnico. Os impasses são de outra natureza, como expressa um dos entrevistados:

O tabu, né, existe muito preconceito nessa questão da sexualidade, eu chegar pra mãe e falar: sua filha já mantém relação sexual e tal, e a mãe acha que não, que a menina é virgem. (MÉDICO 19)

Alves (2009) pesquisou as principais vulnerabilidades no uso de métodos contraceptivos entre os adolescentes e jovens e sua relação com as políticas públicas e a atenção à saúde em unidades básicas de saúde. Os resultados reiteram que esta parcela da população não encontra serviços preparados adequadamente para recebê-los, especialmente na SSR. “Os profissionais de saúde nem sempre estão habilitados para atender as demandas desse público, criando uma situação de distanciamento que dificulta a difusão do conhecimento, a troca de experiências e a realização de uma assistência pautada pelo diálogo

e acolhimento” (ALVES, 2007, p.667). Este mesmo aspecto é evidenciado também nos resultados de Queiroz (2010) que abordou o planejamento familiar ao adolescente, sob a ótica dos enfermeiros da atenção primária em saúde.

A dificuldade em abordar as questões que envolvem a sexualidade no contexto da saúde foi claramente expressa por um entrevistado desta pesquisa. Um enfermeiro relata o caso de uma adolescente de dezoito anos que;

Procurou a unidade com dores estomacais; muito emagrecimento e tristeza. Estava muito preocupada, perturbada. (...) estava namorando uma menina. Estava indecisa, mas ela estava gostando da situação. (...) Foi o mais impactante na minha vida. Eu fiquei assustado mesmo. Até então eu nunca tinha atendido um caso de homossexualidade em adolescente, nem feminino, nem masculino, e por ser feminino me chamou mais atenção. Abordar essa questão homossexual, assim... na fase tão importante da vida, na adolescência. (ENFERMEIRO 01)

Alves (2009) destaca em sua pesquisa que 56% dos profissionais de UBS admitem ser difícil falar sobre sexo, enquanto Rios (2002) revisou a literatura acadêmica, bem como as principais ações governamentais e não-governamentais no cenário da SSR de jovens e constatou a escassa produção de pesquisas e experiências em relação à homossexualidade nesta faixa etária.

Observamos na fala dos profissionais que entrevistamos duas vertentes de condutas quando o tema é SSR. A primeira se refere a uma abordagem prescritiva, representada pelo relato abaixo:

Um caso difícil de conduzir porque a gente tem uma perspectiva de conduzir, fazer uma orientação contrária, né; falar com ela pra se cuidar mais... e adolescente, na periferia, nessa idade, ela quer continuar a fazer as coisas que ela faz, ir pros bailes e continuar ter relação sexual... então é muito difícil você levar à responsabilidade. (MÉDICO 09)

Esta fala reflete um abordagem de educação sexual que segundo Rios (2002) se caracteriza como uma aspiração preventivista, “um modo bastante pretensioso de tentar dar conta da mudança comportamental, uma vez que está calcada na perspectiva de que o interventor sabe – e deve dizer para outro – o que é o melhor, na expectativa que o outro mude a sua forma de pensar e agir.” (p. 48).

No relato acima, o profissional reconhece que a estratégia normativa é improdutiva, sendo este o aspecto identificado como desafiante no caso de gravidez que relembra. Porém, outras alternativas para sair das orientações e prescrições que não fazem sentido para os adolescentes não são vislumbradas. Para Abramovay (2004) visões estereotipadas sobre a gravidez na adolescência excluem “os possíveis significados da gravidez para algumas jovens: idealizações sobre a maternidade e relações entre os sexos, a diversidade possível de subjetividades variadas, as buscas criativas de comunicação e socialização com e entre os corpos.” (p. 134)

A abordagem e manejo dos temas ligados à sexualidade são atravessadas por questões socio-culturais e valores morais dos profissionais de saúde, sendo muito difícil estes não repercutirem na assistência prestada aos adolescentes. Situações relacionadas ao preconceito do profissional em relação ao exercício da sexualidade na adolescência contribuem para aumentar as vulnerabilidades deste grupo e ampliam as lacunas do diálogo entre os adolescentes e profissionais de saúde. Talvez uma possibilidade de “levar à responsabilidade” seja a partir de uma abordagem que não privilegie a perspectiva normativa, mas que possa buscar no contato com cada adolescente, em cada caso particular, os sentidos que o comportamento sexual pode assumir na vida dos jovens.

A segunda vertente de condutas quando o tema é SSR encontrada em nossa pesquisa desconsidera o adolescente como o sujeito da consulta, fragiliza a autonomia e a capacidade de responsabilização deste sobre suas ações. Uma das enfermeiras entrevistadas quando perguntada sobre uma situação desafiante narra o episódio de uma adolescente de quatorze anos que veio à UBS acompanhada da mãe para consulta. A mãe, evangélica, segundo a profissional, entrou em desespero muito grande quando foi dito que a moça estava grávida. Agrediu a filha e ambas choraram muito durante a consulta. A enfermeira resume da seguinte maneira a dificuldade que vivenciou no atendimento:

Foi passar pra mãe que ela tava grávida, porque a mãe nem suspeitava que poderia ser uma gravidez. Ali foi a mãe que tinha levado a filha, então a resposta é da mãe. Então foi conduzido pra mãe e posteriormente pra filha.
(ENFERMEIRA 12)

Tanto na situação caracterizada pelo controle, como na que desconsidera a adolescente como sujeito de direitos percebe-se uma prática assistencial na qual a relação

médico-paciente é embobrecida, fazendo-nos questionar se podemos considerá-la como tal já que adolescente não participa da situação de consulta. São situações que se caracterizam pelo “adultocentrismo”, na qual há o estabelecimento de

relações de poder desiguais entre uma geração, detentora de maior poder, sobre outra. Um exemplo dessas relações desiguais de poder, que também caracteriza outras políticas sociais, manifesta-se nas práticas prescritivas sobre o comportamento e as atitudes de adolescentes e jovens nos serviços de saúde. Para que adolescentes e jovens tenham acesso aos serviços de saúde sexual e saúde reprodutiva, tais culturas e práticas profissionais devem ser transformadas, principalmente em suas relações de poder. (BRASIL, 2007c, p. 25)

Este tipo de postura afasta a adolescente da UBS e parece contribuir na dificuldade de captação precoce das gestantes desta faixa etária. Estas situações parecem reforçar os achados de estudos que apontam os serviços de saúde apenas como o quarto espaço referido pelos adolescentes sobre onde buscar informações confiáveis sobre sexualidade. (ABRAMOVAY, 2004; ALVES, 2009)

A análise dos episódios de desafio relacionados à SSR nos permite afirmar que as dificuldades advindas das situações concretas relatadas estão relacionadas aos profissionais de ESF. Os impasses derivam das dificuldades dos próprios profissionais e refletem uma inabilidade no manejo da SSR. Os obstáculos são gerados pela própria maneira de conduzir o atendimento, evidenciando dificuldades dos profissionais em manejar a consulta no sentido de assegurar os princípios éticos aos quais os adolescentes de todas as idades tem direito. “Os profissionais concordam que existem limites em suas próprias atuações, o que os impossibilita dar respostas às demandas juvenis.”(ALVES, 2009, p. 667)

O princípio da proteção integral estabelecido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente compreende que toda atenção dirigida a esses sujeitos deve considerá-los como cidadãos plenos, não como cidadãos latentes ou potenciais. Ainda que as diretrizes do Ministério da Saúde preconize a participação ativa dos adolescentes em todo processo do cuidado em saúde, ancorando-se nos princípios do respeito, autonomia e liberdade, a realidade das práticas em SSR para a população juvenil ainda indicam que é preciso percorrer um longo caminho para atender as demandas dos adolescentes no contemporaneidade.

6.3.2 Saúde Mental: sensibilização dos profissionais

Nos casos relativos à saúde mental os sentidos produzidos pelos profissionais apontam grande envolvimento e solidariedade diante as situações. Frente a jovens que tentam suicídio, passam o dia inteiro na cama ou tem comportamento de tricotilomania os esteriótipos da adolescência como momento em que se vive livre e feliz são redimensionados.

As situações de depressão e suicídio figuram dentre as prioridades apontadas pela WHO (2003) na atenção à saúde mental de adolescentes, sendo que a depressão aparece como temática mais frequente na produção científica nacional. (BENETTI, 2007)

Os aspectos estruturais, principalmente, a escassez de tempo, destacada na sessão 6.2 da discussão, reaparecem com dificultadores para adequada abordagem da situação, tanto na identificação quanto no acompanhamento do adolescente e sua família. Uma enfermeira que atendia uma moça de quinze anos com depressão, relata:

O desafio é igual eu te falei; a falta de tempo do profissional, porque muitas vezes ele não vai ter duas horas ou quase isso pra conversar. (...) é típico do adolescente ele querer guardar aquilo só pra ele. (ENFERMEIRA 17)

Os profissionais relatam que estes casos exigem uma conduta mais acolhedora, na qual precisam utilizar recursos, que na correia do serviço não usam. Mais tempo, mais escuta, mais discussão com equipe.

Um rapaz de dezoito anos. Um caso de uma depressão. (...) A ACS me trouxe o caso desse jovem, que não sai de casa, fica o dia inteiro preso, trancado dentro de casa. (...) Esse foi um caso que me marcou. (...) eu tive que utilizar não da praxe, do dia a dia, que é caneta, que é receitar algum remédio. Ele precisava de uma conversa, de uma orientação. (ENFERMEIRO 08)

Os profissionais percebem os efeitos de suas conduções cuidadosas e compartilhadas, seja com a própria ESFs seja com o matriciamento em saúde mental do município. A maior parte dos casos têm acompanhamento do serviço de saúde mental do município. Ainda assim, os profissionais de referência na ESF faziam questão de manter consultas sistemáticas com esses adolescentes. Vale destacar que o matriciamento como espaço para discussão dos casos foi apontado pelos entrevistados como suporte fundamental às ESFs.

6.3.3 A violência no cotidiano dos adolescentes e das ESF.

O aumento vertiginoso da morbimortalidade por violência, ocorrido nas duas últimas décadas, trouxe a temática para a agenda da saúde pública nacional, sendo que os adolescentes e jovens figuram como as maiores vítimas e agentes deste contexto. As diferentes formas da violência, física, psicológica, abuso e exploração sexual, exploração do trabalho, acidentes e homicídios comprometem, especialmente, a população de 10 a 19 anos. “A dialética letal do matar e morrer abrevia a expectativa de vida, reduz o potencial produtivo da população, representa custos (diretos e indiretos) consideráveis para as famílias e para o sistema de saúde e compromete qualquer projeto de qualidade de vida. (BRASIL, 2005b, p.80)

Duas dimensões complementares se destacaram na análise das narrativas que envolvem situações de violências: o sentimento de impotência e insegurança dos profissionais e os dilemas ético-legais impostos pelas situações.

Como vivência de situação desafiante no atendimento do adolescente, uma enfermeira narra o caso de um jovem de dezessete anos que ia à UBS para limpeza de uma traqueostomia, resultante de brigas no tráfico de drogas.

Então às vezes a gente se sente um pouco inútil (...) muita violência, então acaba morrendo por causa disso. O desafio é tentar tirar eles das drogas. A gente fica sem saber o que pode fazer. (...) A gente se sente inútil. (ENFERMEIRA 14)

A região de atuação dos sujeitos entrevistados concentra as maiores números de homicídios de jovens do município e da região metropolitana de Belo Horizonte. Santa Luzia figura entre os cem municípios brasileiros com as maiores taxas de homicídio entre a população de 15 a 24 anos, no período de 2003 a 2007. (WAISELFISZ, 2010)

É notória a importância dos serviços de saúde na promoção de ações que visem a prevenção das violências e promoção da cultura de paz, temas preconizados como estruturantes da assistência dirigida aos adolescentes (BRASIL, 2010b). No entanto, os profissionais entrevistados ainda não vêm possibilidades de fazê-lo. O poder do tráfico de drogas nos territórios aliado às dificuldades estruturais destacadas no Grupo 2 de concepções deixam os profissionais das ESF imobilizados.

Os casos que envolvem a violência sexual contra adolescentes expressa a sobreposição das sensações de impotência e insegurança, bem como os dilemas ético-legais impostos pela situação. Um médico, narra o atendimento que realizou de uma adolescente de doze anos, acompanhada da mãe, expressando insegurança em relação à condução de caso que envolve suspeita de violência sexual.

É um caso que tá me desafiando no sentido de como abordar isso, né. (...) Primeiro porque não é uma queixa nem da mãe, nem dela, então é difícil eu querer estabelecer uma relação sendo que elas mesmas não se queixaram comigo (MÉDICO 05)

A sensação de impotência está relacionada à insegurança da prática profissional em contextos onde a violência faz parte da rotina, constituindo-se no meio ambiente de alguns territórios. O caso de uma jovem de dezesseis anos que busca frequentemente a UBS ilustra esta situação.

A mãe e a filha procuravam o posto toda semana. Depressivas. (...) A gente começou a desconfiar de alguma coisa. A mãe um dia relatou que o pai tinha relação sexual com a filha, o que acontecia desde os sete anos. Não queria que ninguém fizesse nada. (...) Como você muda isso? Envolve outros fatores. A gente não tomou providência porque a gente trabalha numa área de risco. E depois de muita reunião com mais de trinta pessoas nós decidimos que não íamos colocar a nossa cabeça. (ENFERMEIRA 21)

O medo de represália parece decisivo na condução deste caso. Este aspecto está entre as principais razões que fazem os profissionais não identificarem e não notificarem a violência. Conforme indica a literatura, sentimentos relativos ao medo, insegurança e impotência são recorrentes na vivência dos profissionais que atendem vítimas de violências. (AZAMBUJA, 2005; COCCO, 2010; MELO 2006; MOURA, 2005; SILVA, 2007; TAQUETTE, 2005)

Os profissionais de ESFs do estudo de Nunes (2008) consideram que a violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente é consequência das condições sócio-culturais. Nesta dissertação, as narrativas referentes à temática da violência não apontaram como dificuldade problemas em relação ao diagnóstico, nem obstáculos em relação à integração com outros setores e serviços neste assunto. A tônica dos casos evidencia que os obstáculos

estão em superar a violência estrutural que faz parte do campo pesquisado. A violência estrutural é uma das formas de violência, a qual segundo Sanchez (2006);

incide sobre a condição de vida das crianças e adolescentes, a partir de decisões histórico-econômicas e sociais, tornando vulneráveis suas condições de crescimento e desenvolvimento. Por ter um caráter de perenidade e se apresentar sem a intervenção imediata dos indivíduos, essa forma de violência aparece naturalizada, como se não houvesse nela a intervenção dos que detêm o poder e a riqueza. (p. 31)

Gonçalves (2002) aponta como questões estruturais que dificultam o atendimento a crianças e adolescentes a infra-estrutura insatisfatória dos Conselhos Tutelares e a precariedade dos serviços de apoio às famílias para a execução de medidas aplicadas. Outro aspecto que merece destaque e que repercute para a insegurança e medo dos profissionais é a morosidade do sistema judiciário, podendo manter o agressor próximo à vítima e dos profissionais responsáveis pela denúncia.

Assim, o adequado atendimento dos adolescentes que vivem contexto de violência esbarra em uma estrutura de desigualdades econômicas, sociais, culturais e de gênero que naturaliza a violência, dificultando seu enfrentamento pelos profissionais de ESF. O enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes no âmbito das ESFs, exige além da qualificação permanente em serviço para os profissionais, o aperfeiçoamento das instâncias de suporte, tanto para as vítimas e suas famílias, bem como para os profissionais envolvidos na assistência dos casos.

A adolescente e a mãe, do caso que expusemos acima, não procuram mais a UBS e o serviço de saúde mental a qual foram encaminhadas. A enfermeira que atende inicialmente mãe e filha tem conhecimento e sabe o que deve ser feito em relação à obrigatoriedade de notificação e as repercussões legais resultantes desse processo. Porém, a conduta da profissional, discutida e compartilhada com o grupo de matriciamento de saúde mental, é marcada pelas condições concretas do território no qual trabalham. Desta forma, vimos que o contexto de desproteção dos profissionais e a insegurança vivenciada por estes, comprometem a proteção integral preconizada pela legislação e diretrizes da assistência e faz perpetuar a violação de direitos a qual a jovem está submetida.

A literatura sobre o assunto aponta as políticas públicas de enfrentamento da violência no contexto da juventude deve ter abordagem ampliada no sentido de promover e desenvolver ações articuladas intersetorialmente e com as comunidades locais e, principalmente, no aspecto da prevenção incorporar os jovens em dupla perspectiva, “por um lado, receptores de serviços públicos que buscassem enfrentar a equação desigualdades sociais e exclusão social; e, por outro lado, atores estratégicos no desenvolvimento de sociedades mais igualitárias e democráticas.” (ABRAMOVAY, 2002, p.66).

Conflitos ético-legais: expressão do desafio na atenção à saúde do adolescente

A análise que empreendemos das narrativas e dos sentidos atribuídos pelos profissionais acerca das dificuldades dos casos esboça duas dimensões principais sobre as vivências de desafio no atendimento dos adolescentes pelas ESF. A primeira relaciona-se às dificuldades advindas de uma abordagem normativa, principalmente, ligada ao atendimento das demandas de SSR dos adolescentes. A segunda dimensão dos impasses, esta relacionada aos aspectos legais dos contextos que envolvem a temática das violências. Ambas as dimensões são permeadas por questões éticas.

O conflito de interesses entre adolescentes, familiares e profissionais, a concorrência entre diversos marcos legais quanto aos deveres e direitos dos adolescentes e a imposição de valores dos profissionais às condutas dos jovens tornam frequentes os dilemas ético-legais quando se atende adolescentes. O estudo de Taquette (2005) entrevistou setenta e quatro profissionais de nove categorias na área de saúde, obtendo cento e quarenta e nove casos. Como resultado foi identificado oito principais conflitos ligados à ao atendimento do adolescente, a saber: a) sigilo e confidencialidade; b) violência contra adolescentes; c) abandono e maus tratos; d) prática de atividades ilícitas; e) atividade sexual em menores de quinze anos; f) autonomia do paciente; g) registro de informação; h) outros conflitos. A situação conflituosa de maior frequência refere-se à questão do sigilo e confidencialidade e a segunda à violência contra adolescentes. (TAQUETTE, 2005)

Assim, os achados de nossa investigação convergem para o mais encontrado também na literatura. Dos vinte e dois casos narrados pelos profissionais de ESF podemos dizer que a solução buscada e/ou encontrada na legislação e as normativas não foram suficientes para o enfrentamento da situação. Os conflitos no atendimento do adolescente, conforme destaca Taquette (2005) “demandam aos profissionais de saúde atitudes que não encontram respaldo na ética hipocrática tradicional, hegemônica na medicina desde a antiguidade até os anos sessenta” (p. 1725). O conhecimento da ética profissional e das normativas é necessário, desde que não desconsidere a singularidade da situação tanto do ponto de vista do adolescente quanto do profissional.

Diantes das principais fragilidades que encontramos nas vivências de desafio no atendimento do adolescente parece importante destacar que o processo de qualificação dos profissionais para atenção integral à saúde deste público deve conjugar habilidades e competências. As habilidades referem-se às atribuições técnicas de cada profissional, enquanto as competências às capacidades que contribuem para o desenvolvimento do trabalho como um todo, como por exemplo, a capacidade de escutar sem julgamentos e trabalhar em equipe. As competências fazem parte do cotidiano do processo de trabalho e levam em consideração as questões éticas, a autonomia e a articulação dos saberes. (PEPE, 2008)

Consideramos que o desafio na educação permanente de ESFs para a saúde do adolescente diz respeito aos obstáculos em implementar um processo formativo que contemple as competências necessárias ao trabalho com este público, pois, demanda “a construção de uma proposta metodológica com vistas a transformar as relações e posturas tradicionais entre instituições e adolescentes e jovens” (BRASIL, 2007c, p.30). Portanto, é fundamental que as estratégias educacionais também se ocupem de abordar os aspectos institucionais, culturais e subjetivos no processo de aquisição de conhecimentos.

A condição para que uma instituição ou profissional decida incorporar novas atitudes às suas práticas é que ambos experimentem e admitam um desconforto no cotidiano de trabalho, segundo Ceccim;

é a detecção e contato com os desconfortos experimentados no cotidiano do trabalho, a percepção de que a maneira vigente de fazer ou de pensar é insuficiente ou insatisfatória para dar conta dos desafios do trabalho. Esse desconforto ou percepção de abertura (incerteza) tem de ser intensamente admitido, vivido, percebido. Não se contata o desconforto mediante aproximações discursivas externas. A vivência e/ou a reflexão sobre as práticas vividas é que podem produzir o contato com o desconforto e,

depois, a disposição para produzir alternativas de práticas e de conceitos, para enfrentar o desafio de produzir transformações. (CECCIM, 2005, p. 165)

Avaliamos que o ato de narrar situações desafiantes durante uma entrevista proporcionou além de reflexão sobre o caso, reflexão dos profissionais entrevistados sobre suas posturas e condutas, evidenciando aprendizagem diante das situações de impasse. Uma enfermeira relata seu aprendizado após acompanhar o caso de uma adolescente com tentativa de suicídio:

Até mesmo a questão de você tentar ficar um tempo sozinho. Você atender a parte clínica com outra pessoa pra você ter um respaldo mesmo, se for passar uma medicação você chamar a pessoa, mas em algum momento você pedir pro acompanhante se retirar mesmo, pra você tentar ouvir mais a paciente. Eu acho que com isso a gente consegue mais coisa. Criar um vínculo né, ela ter uma confiança em você. (...) Hoje eu sentindo que tinha uma coisa a mais eu pediria a pessoa pra se retirar, como eu faço agora. Até com criança mesmo; eu faço agora e tem ajudado. (ENFERMEIRA 03)

Ainda sobre a aprendizagem no atendimento, dois profissionais falam:

(...) o próprio fato de estar relatando aqui. Bom... eu acho que trouxe em mim uma certa carência... em discutir esse caso com outras pessoas, em tentar na literatura, tentar outros profissionais com outras vivências que eu não tenho. (...) De nos informar e procurar até outros setores, outros mecanismos sociais que existam pra nos ajudar. (ENFERMEIRO 04)

À medida que você atende adolescente você vai ganhando, você tem que conversar com gente mais nova e vai abrindo sua cabeça também, você vai vendo as coisas novas, como eles estão falando e você vai aprendendo como abordar, como você chegar. Da forma como você vai lidando, você vê que não dá certo, então você vai tentando uma outra forma. Então com isso você vai aprendendo, né, como chegar, como ouvir o adolescente. (MÉDICA 11)

A narrativa do caso permite emergir tanto a singularidade do doente (do usuário do sistema de saúde), assim como também a singularidade do profissional que atende. Grossman (2006) situa a narrativa em medicina como uma modalidade da prática clínica importante frente à “proliferação supersônica dos recursos tecnobiológicos de diagnóstico e tratamento das doenças” (p.7).

Merece destaque o valor atribuído pelos profissionais pesquisados aos dispositivos de discussão dos casos, que no município funcionam por meio da estratégia de

matriciamento em saúde mental. Vários entrevistados enfatizaram que a oportunidade de discutir o caso contribuiu para enfrentamento das situações desafiantes, além de gerarem um acervo de experiência e aprendizagem frente a novos casos.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O problema de pesquisa que motivou esta investigação buscou responder a pergunta: por que as relevantes mudanças na legislação e nas diretrizes da assistência ainda não foram suficientes para melhorar o acesso e as relações entre os serviços de saúde e os adolescentes?

Para responder a essa pergunta, nosso percurso teórico-metodológico se valeu do conceito de práticas discursivas de Michel Foucault. As práticas discursivas remetem à idéia do discurso em ação, circunscrito historicamente e constituído de saberes que configuram as condições de sua produção. Assim, as práticas discursivas estão ligadas tanto à construção do conhecimento sobre determinado objeto, como às práticas concretas dirigidas a este objeto. Este conceito foi orientador e contribuiu para delinear uma resposta inicial à pergunta de pesquisa. Partimos da hipótese que as concepções sobre o desafio na saúde do adolescente estão vinculadas ao modo como a adolescência foi apreendida no discurso científico e nas políticas públicas e à precariedade de um modelo assistencial biotecnológico pouco permeável às necessidades e demandas de saúde da população em questão.

Identificamos dois grupos principais de concepções que justificam os desafios no atendimento do adolescente. No primeiro conjunto de concepções, o qual denominamos de Grupo 1, os sentidos produzidos para o desafio associam as características do adolescente às dificuldades para desenvolver a assistência biotecnológica. Aspectos como vergonha, timidez e postura questionadora foram apresentadas como prejudiciais na condução clínica, provocando desconforto e mal-estar nos profissionais das ESFs. Os adolescentes são apresentados de maneira estereotipada com ênfase em características negativas.

A partir da idéia do discurso como ação, ao formular concepções, os profissionais entrevistados convocam a memória, convocam outros enunciados, mobilizam o que aprenderam sobre como deve ser uma consulta, conclamando outros saberes. Desta forma, as produções de sentido do Grupo 1, sobre os desafios na atenção à saúde do adolescente convergem para as idéias de adolescência construídas e disseminadas pelo saber científico no início do século XX e pelas políticas de saúde empreendidas entre 1960 a 1990.

A partir do século XX, o discurso científico sobre a adolescência privilegiou a noção de etapa do desenvolvimento humano, ou seja, a adolescência como um processo

natural e universal, na qual a crise e o desajuste constituem as principais características do período. Estas visões de adolescência influenciaram a construção das políticas públicas para esta população e foram reforçadas nas estratégias e planos da OMS e da OPAS até a década de 1990, principalmente, pelas ações pautadas no enfoque de risco desta população.

Desta maneira, podemos dizer que tanto o objeto de interesse dos estudos científicos como o campo das ações assistenciais se interessaram, até aquele momento, pela adolescência e não pelo adolescente. Evidencia de como os conceitos e saberes instituídos podem modelar as práticas dirigidas aos adolescentes. Portanto, consideramos que o Grupo 1 participa de concepções conservadoras sobre a adolescência e restrita em relação à capacidade de transformação das práticas hegemônicas do modelo biotecnológico.

O segundo conjunto de concepções, sintetizadas no Grupo 2, atribuiu o desafio no atendimento do adolescente às características do público, ao modelo assistencial e também à estrutura e processo de trabalho nas ESFs. Para os profissionais deste grupo de concepções, a sobrecarga de atividades das ESFs, a grande rotatividade dos profissionais, as dificuldades em desenvolver ações intersetoriais e de promoção da saúde e as deficiências de formação na graduação e na educação em serviço constituem entraves para atender às particularidades do adolescente. Neste sentido, os obstáculos relativos à estrutura e processo de trabalho é que prejudicam o atendimento das necessidades e demandas de saúde dos jovens. Diante dos entraves institucionais e de organização do serviço, é no momento da consulta que alguns profissionais utilizam recursos e manobras para minimizar os impasses no atendimento. Dentre as estratégias que visam adequar o modelo assistencial às características do público os entrevistados destacam o uso adequado da linguagem e mais paciência na abordagem.

Se por um lado a ESF tem potencialmente todos os fundamentos preconizados para a atenção integral à saúde do adolescente, por outro lado, os percalços em operacionalizar seus princípios constituem grandes obstáculos para efetivar a assistência necessária a população em questão. O cotidiano do público adolescente nos serviços de saúde reitera as fragilidades da ESF. Há um iato entre o que é proposto e o que é realizado. Assim, melhorar a atenção ao adolescente passa por cumprir a assistência preconizada pela Estratégia de Saúde da Família.

Os enunciados do Grupo 2 representam concepções mais emancipadoras sobre a saúde do adolescente, com reconhecimento e esforço em atender as diretrizes e os aspectos ético-legais da assistência. Estas concepções coadunam com as das políticas em saúde do

adolescente explicitadas a partir dos anos 2000. Nos documentos oficiais, principalmente, do Ministério da Saúde, observamos uma abordagem mais ampla da adolescência que relativizou a delimitação cronológica, estruturando ações no âmbito das vulnerabilidades e não mais na idéia do risco. Trabalhar com a noção de vulnerabilidade incorporou nas responsabilidades sobre a saúde desta população as dimensões individuais dos jovens, os contextos sociais no qual estes estão inseridos e ainda os contextos institucionais da prática assistencial. Este ultimo aspecto é evidenciado pela expressão serviços amigáveis e/ou serviços amigos dos adolescentes. As diretrizes das políticas públicas mais recentes sobre a saúde do adolescente mantém a formação profissional com estratégia imprescindível para melhoria dos serviços, mas incorpora também, como elementos estratégicos a participação juvenil e a discussão sobre os princípios éticos e legais da autonomia, privacidade, confidencialidade e sigilo.

Podemos dizer, a partir da análise do material empírico, que no cotidiano dos serviços de saúde, em relação à saúde do adolescente, coexistem um campo de novas e velhas concepções. De um lado, pontos de vista que representam os adolescentes como difíceis de lidar, privilegiam a assistência pautada no modelo biotecnológico e desconsideram o contexto concreto da organização do serviço na análise de possíveis proposições para enfrentamento dos obstáculos. De outro lado, observam-se concepções mais críticas sobre inadequação do modelo assistencial vigente às necessidades do adolescente, com esforços de incorporar os avanços da legislação e prestar uma atenção integral a esta parcela de usuários.

Sobre as situações de desafio narradas pelos profissionais de ESFs, verificamos que os contextos estão em consonância com as temáticas ligadas à morbimortalidade para população adolescente: saúde sexual e saúde reprodutiva, com ênfase na gravidez, violências e saúde mental. As situações apresentadas como dificuldades e as dimensões referidas nos casos como mais desafiantes indicam que os conflitos ético-legais constituem a principal expressão das vivências de desafio no atendimento dos adolescentes na ESF.

Após o percurso que realizamos nesta pesquisa, pretendemos tatear algumas considerações paciais que visam se aproximar de uma resposta para a questão: em que o atendimento do adolescente desafia o modelo biotecnológico e o processo de trabalho na ESF?

Consideramos que o desafio concerne à posição de resistência ocupada pelo adolescente no atendimento. Esta posição de resistência, seja pelo comportamento

questionador, seja pelo silêncio, seja pelo riso ou pela indiferença, faz emergir desconforto, irritação, e frustração entre grande parte dos profissionais de saúde. Mas, a posição de resistência assumida pelo adolescente é em relação a que?

É uma posição de resistência a ocupar um lugar pré-estabelecido pela discursividade biotecnológica. O adolescente não ocupa o lugar do doente/do paciente conforme prevê o modelo biotecnológico hegemônico, pois se apresenta mais na dimensão da demanda do que na dimensão da queixa objetificada dos sinais e sintomas. A racionalidade promulgada pelo modelo biotecnológico da assistência em saúde ao objetificar a relação médico-paciente, objetifica tanto o adolescente como o profissional. O adolescente aparece objetivado enquanto população epidemiológica, como dado estatístico para o qual existem séries de respostas, prescritas nos protocolos. No entanto, o indivíduo de 10 a 19 anos durante a consulta não responde, ou subverte as respostas e o que a parece é a subjetividade do sujeito adolescente. Assim, a primeira dimensão da resistência do adolescente refere-se a ocupar o lugar de objeto. Esta oposição do adolescente em ser objetivado provoca a subjetividade do profissional de saúde, que pode se manifestar pelo horror, humor, mal-estar, desconforto e até uma nostalgia de sua própria adolescência. Tudo isso pode surgir quando se atende adolescentes, o que pode tornar este encontro bastante inquietante.

A segunda dimensão, interrelacionada à primeira, a qual remete a posição de resistência do adolescente refere-se a uma resistência ao saber fazer do modelo biotecnológico. Na base do discurso biotecnológico há um saber fazer técnico, um poder de conhecimento universalizado e, quando este modelo se vê diante do impasse é o adolescente que não se encaixa, não fornece todas as informações, etc. Porém, na própria narrativa dos casos concretos durante as entrevistas, a dimensão subjetiva do profissional aparece, bem como o reconhecimento de um fissura no saber totalizante do modelo biotecnológico. Vemos nos desafios impostos pelos aspectos ético-legais do atendimento do adolescente um momento no qual se evidenciam o não saber do modelo hegemônico. Por outro lado, é a partir desse não saber que os profissionais se mobilizam e constroem outros saberes.

Consideramos que tanto o adolescente como os profissionais assumem condições singulares, contextualizadas pelas condições subjetivas e sócio-históricas e pelos limites do processo de trabalho na ESF. Assim, o esvaziamento da subjetividade na relação médico-paciente, bem como a imposição de um saber hermético e universal limita a possibilidade de condutas mais singulares, a partir do exigido no caso a caso dos atendimentos.

Por fim, cabe destacar algumas proposições possíveis, a partir da perspectiva dos profissionais das ESFs, para o enfrentamento dos desafios no atendimento do adolescente. A partir dos relatos, apreendemos que dispositivos que proporcionem o compartilhamento das experiências, discussões de casos e supervisões com equipes de especialistas pode qualificar os profissionais da atenção primária em saúde e contribuir para reduzir as lacunas entre as demandas de saúde dos adolescentes e o ofertado pelos serviços de saúde.

Das lacunas desta investigação, destacamos que o extenso material empírico advindo das entrevistas não pode ser explorado em toda sua potencialidade. Em razão do número de entrevistas e das restrições temporais de um mestrado, tivemos que eleger alguns pontos para análise. Dentre os aspectos excluídos, sublinhamos a problematização das concepções sob o ponto de vista das categorias profissionais: médicos (as) e enfermeiros (as). Esta dimensão pode ser empreendida em trabalhos posteriores. Ainda assim, acreditamos ter colaborado, por meio da pesquisa qualitativa, para aprofundar o conhecimento sobre a atenção à saúde dos adolescentes.

Os adolescentes desafiam os serviços e profissionais de saúde a superarem, de fato, o modelo biotecnológico, ampliando tanto a concepção como a prática da assistência nos processos de saúde-doença. Acreditamos que os desafios não se referem mais à formulação de diretrizes ou legislação de proteção e garantia de direitos. O que se faz necessário é implementar essas conquistas no cotidiano das práticas dirigidas aos adolescentes, incorporando-os na gestão das políticas de saúde e na rotina dos serviços.

REFERÊNCIAS

ABAD, Miguel. Las políticas de juventud desde la perspectiva de la relación entre convivencia, ciudadanía y nueva condición juvenil. *Última Década*. V. 16, p. 119-155, marzo. 2002. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=19501605>. Acesso em: 07/04/2009.

ABRAMOVAY, Mirian (org). *Juventudes e Sexualidade*. Brasília: UNESCO, 2004.

ABRAMOVAY, Mirian. (org). *Juventude, violência e vulnerabilidade social na América Latina: desafios para políticas públicas*. Brasília: UNESCO, 2002.

ABDUCH, Chafi. *Grupos operativos com adolescentes*. In: Cadernos Juventude, Saúde e desenvolvimento- vol I. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. p.289-300.

ALVES, Camila Aloisio; BRANDÃO, Elaine Reis. Vulnerabilidades no uso de métodos contraceptivos entre adolescentes e jovens: interseções entre políticas públicas e atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2), p. 661-670, 2009.

AZAMBUJA, Mariana Porto Ruwer. Violência doméstica: reflexões sobre o agir profissional. *Psicol. cienc. prof*, Brasília, v. 25, n. 1, marzo. 2005. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932005000100002&lng=es&nrm=iso. Acesso em 04/01/2011.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Ação programática e renovação das práticas médico-sanitárias: saúde e emancipação na adolescência. *Saúde em Debate*, n.42, p.54-58, mar. 1994

_____. *Adolescência e saúde coletiva: aspectos epistemológicos da abordagem programática*. In: Schraiber, Lilian Blima. (org) Programação em saúde hoje. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 139-180.

BASTOS, Aidil Souza. *Visões acerca dos adolescentes: algumas concepções na área da saúde*. Dissertação. 2003. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo, São Paulo. 2003. 89 p.

BAUMAN, Zigmunt. *O mal-estar da pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

_____. *Modernidade e Ambivalência*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

BENETTI, Sílvia Pereira da Cruz *et al.* Adolescência e saúde mental: revisão de artigos brasileiros publicados em periódicos nacionais. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1273-1282, jun, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v23n6/02.pdf>. Acesso em: 07/01/211.

BRANDÃO, Helena. *Introdução a análise do discurso*. 2ª edição. Campinas: Editora da UNICAMP, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Ambiência*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização*. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010a.

_____. *Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

_____. Portaria Nº 3.147, de 17 de dezembro de 2009. Cria a Caderneta de Saúde do Adolescente e estabelece recursos financeiros a serem transferidos para os Fundos Estaduais de Saúde, para a sua implantação. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/dados/1295448672460Portaria%203147%20de%2017.12.2009.pdf>. Acesso em: 18/10/2010.

_____. Lei Nº 8.069 de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Editora dos Tribunais. São Paulo. 2009.

_____. Portaria Nº 1.861 de 4 de setembro de 2008a. Estabelece recursos financeiros pela adesão ao PSE para Municípios com equipes de Saúde da Família, priorizados a partir do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB), que aderirem ao Programa Saúde na Escola (PSE). Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/alerta_legis/alerta_legis_setembro2_08.html. Acesso em: 17/10/2010.

BRASIL, Portaria Nº 2.931, de 4 de dezembro de 2008b. Altera a Portaria Nº 1.861/GM, de 4 de setembro de 2008, que estabelece recursos financeiros pela adesão ao Programa Saúde na Escola - PSE e credencia Municípios para o recebimento desses recursos. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt2931_04_12_2008.html. Acesso em: 17/10/2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde do adolescente: competências e habilidades*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008c.

_____. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. *Diretrizes da Política de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens*. Relatório Técnico. Brasília. 2007a. Brochura.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007b. Capítulo 1 – p. 16-37.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007c.

_____. Decreto Presidencial Nº 6.286 de 5 de dezembro de 2007d. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm. Acesso em: 17/10/2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. *Marco legal: saúde, um direito de adolescentes*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância a Saúde. *Impactos da Violência na Saúde dos Brasileiros*. Brasília: MS. 2005d. 80 p

_____. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. *Oficina Construção da política nacional de atenção à saúde de adolescentes e jovens*. Relatório Técnico. Brasília. 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação de Saúde da Criança e do Adolescente. *Programa de Saúde do Adolescente*. Bases Programáticas. 2ª edição. Brasília, 1996. 32p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação Marteno-Infantil. Serviço de Assistência à Saúde do Adolescente. *Normas de Atenção à Saúde Integral de Adolescente - Vol I – Diretrizes gerais para atendimento – Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento – Distúrbios da puberdade – Desenvolvimento psicológico do adolescente*. Brasília: Ministério da Saúde, 1993a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde.. Coordenação Marteno-Infantil. Serviço de Assistência à Saúde do Adolescente. *Normas de Atenção à Saúde Integral de Adolescente - Vol II – Saúde mental – Sexualidade na adolescência*. Brasília: Ministério da Saúde, 1993b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação Marteno-Infantil. Serviço de Assistência à Saúde do Adolescente. *Normas de Atenção à Saúde Integral de Adolescente - Vol III - Assistência ao Pré- Natal, ao Parto e ao Puerpério – Planejamento Familiar - Doenças Sexualmente Transmissíveis – Problemas Ginecológicos*. Brasília: Ministério da Saúde, 1993c.

_____. Ministério da Saúde. Lei Nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>. Acesso em: 12/02/2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Materno Infantil. *Programa Saúde do Adolescente. Bases Programáticas*. Brasília: Ministério da Saúde, 1989.

_____. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988. 292 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretária Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Materno-infantil. *Relatório da Reunião Técnico-científico Sobre Normatização da Assistência Integral à Criança e ao Adolescente*. Brasília, 14 a 17 de junho de 1982. Brochura.

_____. Lei Nº 6.697 de 10 de outubro de 1979. Institui o Novo Código de Menores. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/1970-1979/L6697.htm#art123. Acesso em: 12/02/2010.

_____. Código de Menores. Lei Nº. 1.7943 de 12 de outubro de 1927. Consolida as leis de assistência e protecção a menores. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1910-1929/D17943A.htm. Acesso em 12/02/2010.

BURGESS, Robert. *A pesquisa de terreno – uma introdução*. Oeiras: Celta Editora, 1997.

CHARAUDEAU, Patrick; MAINGUENAU, Dominique. *Dicionário de análise do discurso*. Coordenação da tradução Fabiana Comesu. 2ª edição. São Paulo: Contexto. 2008.

CALLIGARIS, C. A adolescência. São Paulo: Publifolha, 2000.

CAMPOS, Geison Fernando Vendramini de Araujo. *Adolescência: de que crise estamos falando?* Dissertação. 2006. Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Social. Núcleo de psicanálise e sociedade. Pontifícia Universidade Católica. São Paulo, 2006.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface-Comunic, Saúde, Educ*, v. 9, n. 16, p.161-77, set.2004/fev.2005. Disponível em: <http://www.interface.org.br/revista16/debate1.pdf>. Acesso em 12/11/2010.

CLAVREUL, J. *A ordem médica – Poder e impotência do discurso médico*. 5ª. edição Rio de Janeiro: Forense Universitária. 2002.

COCCO, Marta; SILVA, Ethel Bastos; JAHN, Alice do Carmo. Abordagem dos profissionais de saúde em instituições hospitalares a crianças e adolescentes vítimas de violência. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*, 12(3), p. 491-497. 2010. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a11.htm>. Acesso em 12/12/2010.

COSTA, Maria Conceição; FORMIGLI, Vera Lúcia. Avaliação da Qualidade de serviço de Saúde para Adolescentes. *Revista de Saúde Pública*. 35(2). São Paulo. 2001. p. 177-184.

COSTA, Maria Conceição; COSTA, Pio; NETO, Antônio. Desafios da abordagem ao adolescente: confiabilidade e orientação contraceptiva. *Jornal de Pediatria* - Vol. 74, Nº1, 1998.

CROSSETTI, Mônica de Almeida. Avaliação da Atenção Integral à Saúde do Adolescente por profissionais de uma unidade básica de saúde no Rio de Janeiro. *Rev. APS*, v. 12, n. 4, p. 430-435, out./dez, 2009. Disponível em: <http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/view/406/267>. Acesso em 12/02/2010.

DEBORD, Guy. *A sociedade do espetáculo*. Rio de Janeiro: Contraponto, 1997.

DOMINGOS, Selisvane. Ribeiro da Fonseca. *A consulta ginecológica sob a ótica de adolescentes: uma análise compreensiva*. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2003.

FERRARI, Rosângela Aparecida Pimenta; THOMSON, Zuleika; MELCHIOR, Regina. Atenção à Saúde dos Adolescentes: percepção dos médicos e enfermeiros das equipes da saúde da família. *Caderno de Saúde Pública*. 22(11). Rio de Janeiro. 2006. p. 491-495.

FERRARI, Rosângela Aparecida Pimenta; THOMSON, Zuleika; MELCHIOR, Regina. Adolescência: ações e percepção dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.12, n.25, p.387-400, abr./jun. 2008

FERREIRA, Roberto Assis; FONTES, Maria Jussara Fernandes. *Relação Médico-Paciente em Pediatria*. In: Martins, Maria Aparecida (org). *Semiologia da Criança e do Adolescente*. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. p.19-28.

_____. *A pediatria da UFMG: inserção na mudança de ensino médico implantada em 1975 e sua relação com o saber (paradigma científico) e a prática médica*. *Pediatria*. Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais, 2000.

FLICK, Uwe. *Entrevista Episódica*. In: Bauer, M. W; Gaskell, G. (org) *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som*. Petrópolis: Vozes, 2002. p.114-137.

_____. *Desenho da pesquisa qualitativa*. Tradução Roberto Cataldo Costa. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FONSECA, Débora Cristina. *Os profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a construção de sentidos sobre a adolescência*. Tese. 2008. (Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2008. Disponível em: http://biblioteca.universia.net/html_bura/ficha/params/title/os-profissionais-da-estrategia-saude-da-familia-esf/id/38077333.html. Acesso em: 27/09/2010.

FOUCAULT, Michel. *A Arqueologia do Saber*. 6ª edição. Rio de Janeiro. Forense Universitária, 2000.

_____. *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro. Forense-Universitária, 1980.

FAVORETO, Cesar Augusto Orazem. A prática clínica e o desenvolvimento do cuidado integral à saúde no contexto da atenção primária. *Rev. APS*. Juiz de Fora (MG), n.1, v.11, p. 100-108, jan./mar., 2008. Disponível em: <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/100-108.pdf>. Acesso em: 27/11/2010

GUEDES, Carla Ribeiro; NOGUEIRA, Maria Inês; CAMARGO, Kenneth. Os sofredores de sintomas indefinidos: um desafio para a atenção médica. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 19 [3]: 797-815, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000300014. Acesso em: 27/11/2010.

GIDDENS, Anthony. Transformações da intimidade. Piracicaba: Unesp. 1996.

GOMES, Antonio Tosoli. O desafio da análise de discurso: os dispositivos analíticos na construção de estudos qualitativos. *Revista de Enfermagem da UERJ*. Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 620-626, out/dez. 2006. Disponível em <http://www.facenf.uerj.br/v14n4/v14n4a20.pdf>. Acesso em: 10/06/2009.

GONÇALVES, Hebe Signorini; FERREIRA Ana Lúcia. A Notificação da Violência Intrafamiliar contra Crianças e Adolescentes por Profissionais de Saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18 (1), p.315-319, jan-fev, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v18n1/8168.pdf>. Acesso em 19/12/2010.

GREGOLIN, Maria do Rosario. *O enunciado e o arquivo: Foucault (entre) vistas*. In: Sargentini, Vanice, Navarro-barbosa, Pedro (orgs). Foucault e os domínios da linguagem – discurso, poder e subjetividade. São Carlos: Claraluz, 2004. p. 23-44.

GROSSMAN, Eloisa; RUZANY, Maria Helena; TAQUETTE, Stella. *A consulta do adolescente e jovem*. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Saúde do adolescente: competências e habilidades / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília. Editora do Ministério da Saúde, 2008. p. 41-46

GROSSMAN, Eloísa; CARDOSO, Maria Helena Cabral de Almeida. As narrativas em medicina: contribuições à prática clínica e ao ensino médico. *Rev. bras. educ. med.*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 6-14, Apr, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022006000100002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16/02/2010.

GROSSMAN, Eloisa; RUZANY, Maria Helena; TAQUETTE, Stella A consulta do adolescente. *Adolescência & Saúde*, Rio de Janeiro, v. 1; n 1, mar., p. 09-13, 2004.

GROSSMAN, Eloisa. *O médico de adolescentes e seu ofício – reflexões sobre as normas e a prática*. Dissertação. 1995. Instituto Fernandes Figueira. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 1995.

HENRIQUES, Bruno David. *Análise compreensiva do significado do atendimento ao adolescente realizado pelos profissionais de saúde da atenção primária do município de Viçosa-MG*. 2009. Dissertação. (Programa de Saúde da Criança e do Adolescente) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009. Disponível em: www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/.../1/bruno_david_henriques.pdf. Acesso em: 21/11/2009.

HORTA, Natália de Cássia. *O significado do atendimento ao adolescente na atenção básica à saúde: uma análise compreensiva*. 2006. Dissertação. (Programa de Saúde da Criança e do Adolescente) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006. Disponível em: <http://www.enf.ufmg.br/mestrado/dissertacoes/NataliaHorta.pdf>. Acesso em: 29/12/2008.

KNOBEL, Mauricio. In: Aberastury, Arminda, Knobel, Mauricio. (orgs.) *Adolescência normal*. 5ª edição. Trad: Suzana Maria Garagoray Ballve. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.

KUHN, Thomas. *A estrutura das revoluções científicas*. 8ª edição. São Paulo: Perspectiva. 2003.

LEÃO, Luciana Melo de Souza. *Saúde do adolescente: atenção integral no plano da utopia*. 2005. Dissertação (Saúde Pública) – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2005. Disponível em www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2005leao-lms.pdf. Acesso em: 17/07/2009.

LOPES, Fabio Luiz Silva. *Adolescência: modernidade?* Tese. 1999. Programa de Pós-Graduação em Linguística. Instituto de Estudos da Linguagem. Universidade Estadual de Campinas, Campinas (s.n). 1999.

LOPES, Roseli Esquerdo *et al.* Adolescência e Juventude de grupos populares urbanos no Brasil e as Políticas Públicas: apontamentos históricos. *Revista HISTEDBR On-line*, Campinas, n.23, p. 114–130, set. 2006. Disponível em: http://www.histedbr.fae.unicamp.br/art08_23.pdf. Acesso em 26/09/2008.

MAAKAROUN, Marília de Freitas. (org) *Tratado de Adolescência: um estudomultidisciplinar*. Rio de Janeiro: Cultura Médica. 1991.

MAINGUENEAU, Dominique. *Novas Tendências em Análise do Discurso*. 3ª edição. São Paulo: Pontes, 1997.

MCPHERSON, Ann. Adolescents in primary care. *ABC of adolescence. BMJ*. v.330. n 7489 2005. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/330/7489/465.extract>. Acesso em 27/08/2008.

MELO, Manuela Costa; CRISTO, Rosilane de Carvalho; KAMADA, Ivone. Avaliação da assistência multiprofissional dos casos de violência intrafamiliar atendidos em uma unidade de pediatria. *Comun Ciênc Saúde*, 17(1), p. 47-52. 2006. Disponível em: <http://www.fepecs.edu.br/revista/Artigo%205.pdf>. Acesso em: 21/12/2010.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. *Certificando Unidades Básicas de Saúde: uma análise do contexto*. Secretaria de Estado da Saúde. Belo Horizonte, 2008.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. *Atenção à saúde do adolescente*. Secretaria de Estado da Saúde. Belo Horizonte 2006.

MINAYO. Maria Cecilia de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª edição. São Paulo: Hucitec, 2004.

MOURA, Ana Socorro. *Atenção à saúde do adolescente: análise do trabalho desenvolvido na unidade básica de saúde de Paranoá – DF*. Dissertação. (Programa de Ciências da Saúde) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, 2006. Disponível em: <http://repositorio.bce.unb.br/handle/10482/2074>. Acesso em: 06/12/2009.

MOURA, Anna Tereza M. Soares; REICHENHEIM, Michael E. Estamos realmente detectando violência familiar contra a criança em serviços de saúde? A experiência de um serviço público do Rio de Janeiro, Brasil. *Caderno de Saude Pública*, Rio de Janeiro, 21(4), p. 1124-1133, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n4/14.pdf>. Acesso em 19/12/2010.

MUSA, Gilson Maestrini; COSTA, Marisa Pacini. Elementos para Elaboração de um Projeto de Promoção à Saúde e Desenvolvimento dos Adolescentes-o olhar dos adolescentes. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 321-328. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n1/8169.pdf>. Acesso em 20/09/2008.

NOBREGA, Libne Lidiane da Rocha. *Prática do enfermeiro do Programa de Saúde da Família- PSF na promoção da saúde do adolescente*. Mestrado. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Enfermagem. Universidade Federal do rio Grande do Norte. Natal. 2007.

NUNES, Cristina Brandt; SARTI, Cynthia Andersen; OHARA, Conceição Vieira da Silva. Concepções de profissionais de saúde sobre a violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente. *Rev Latino-am Enfermagem*, São Paulo, 16(1), janeiro-fevereiro, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n1/pt_20.pdf. Acesso 04/01/2011.

OLIVEIRA, Carla Braga *et al.* As ações de educação em saúde para crianças e adolescentes nas unidades básicas da região de Maruípe no município de Vitória. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2):635-644, 2009

OLIVEIRA, Thays Cristina de; CARVALHO, Liliane Pinto; SILVA, Marysia Alves da. O enfermeiro na atenção à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 61, n. 3, jun. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000300005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 14/02/2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Organização Panamericana de Saúde. *Estratégia Regional para Melhorar a Saúde do Adolescente e da Juventude*. 48º Conselho Diretor. 60º Reunião do Comité Regional. CD 48/8. Washington 2008.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. *Salud Integral de los Adolescentes. Plan de accion sobre salud integral de los adolescentes y jóvenes nas Americas*. Washington 1992. Brochura.

_____. *El Marco Conceptual de la salud integral del adolescente y de su cuidado*. Programa de salud maternoinfantil. OPAS. Washington, 1990. Brochura.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *A saúde dos jovens*. Relatório dos debates técnicos. 42ª Assembléia Mundial de Saúde. Tradução Fundação Emilio Odebrecht. 1989. Brochura.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Características Genéricas de los servicios de salud amigos de los adolescentes segun las dimensiones de calidad definidas por la OMS*. Ginebra. 2000. 16 p. Mimeo/Brochura.

ORLANDI, Eni. *Análise de Discurso*. São Paulo: Pontes. 2001.

PACCINI, Lícínia Maria Ramalho. *Papel dos médicos pediatras frente ao atendimento integral à saúde do adolescente*. 2004. 135 p. Dissertação. (Programa de Saúde da Criança e do Adolescente) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004.

PALAZZO, Lílian dos Santos; BERIA, Jorge Umberto; TOMASI, Elaine. Adolescentes que utilizam servicios de atención primaria: ¿Cómo viven? ¿Por qué buscan ayuda y cómo se expresan? *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1655-1665, nov-dez. 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000600010&lng=&nrm=iso. Acesso em: 27/10/2008.

PASSERINI, Luisa. *A juventude, metáfora da mudança social. Dois debates sobre os jovens: a Itália fascista e os Estados Unidos da década de 1950*. In Levi, G. & Schmitt, J.-C. *História dos Jovens*. Trad: Nilson Moulin. São Paulo: Companhia das letras, 1994. p. 319-382, v. II.

PEPE, Carla Cristina Coelho Augusto. *Competências e habilidades na atenção integral à saúde*. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas *Saúde do adolescente: competências e habilidades / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas*. – Brasília. Editora do Ministério da Saúde, 2008. P. 52-55

PERES, Fumika. *Adolescência: Em busca dos sujeitos sociais*. 1995. Tese de Doutorado. (Departamento de Saúde Materno-infantil) Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo, 1995.

PERES, Fumika, ROSENBUR, Cornélio. Desvelando a concepção de adolescência/adolescente presente no discurso da saúde pública. *Saúde e Sociedade* 7(1). São Paulo. 1998. p. 53-86.

PINHEIRO, Ângela Alencar Araripe. A criança e o adolescente, representações sociais e processo constituinte. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 9, n. 3, p. 343-355, set./dez. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v9n3/v9n3a02.pdf>. Acesso em: 14/04/2009.

PIROTTA, Wilson Ricardo Buquetti. *O Adolescente e o Direito à Saúde após a Constituição de 1988*. In: Cadernos Juventude, Saúde e desenvolvimento- vol I. Brasília, 1999. p.30-41.

QUEIROZ, Ingrid Nepomuceno Bezerra. Planejamento familiar na adolescência na percepção de enfermeiras da estratégia saúde da família. *Rev. Rene. Fortaleza*, v. 11, n. 3, p. 103-113, jul./set., 2010. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/11.3/a11v11n3.pdf> . Acesso em 18/12/2010.

RAMOS, Flávia Regina Souza, MONTICELLI, Marisa, NITSCHKE, Rosane Gonçalves. *Projeto Acolher: um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro*. (org). Brasília: ABEn/Governo Federal. 2000.

RIOS, Luís Felipe *at al.* Rumo à adultez: Oportunidades e barreiras para a saúde Sexual dos jovens brasileiros. *Cedes*, Campinas, v. 22, n. 57, p. 45-61, agosto, 2002. Disponível em <http://www.cedes.unicamp.br>. Acesso em: 16/09/2010.

ROCHA, Décio, DEUSDARÁ, Bruno. Análise de conteúdo e Análise do discurso: aproximações e afastamentos na (re)construção de uma trajetória. *Alea*. v. 7, n. 2, p. 305-322. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-106X2005000200010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17/04/2009.

RUA, Maria das Graças. *As políticas públicas e a juventude dos anos 90*. In: Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas. 2 v. Brasília: CNPD. 1998. p. 731-752.

RUZANY, Maria Helena. *Atenção à Saúde do Adolescente: mudança de paradigma*. In Brasil. Saúde do adolescente: competências e habilidades. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. p. 21-26

RUZANY, Maria Helena *et al.* Avaliação das Condições de Atendimento do Programa de Saúde do Adolescente no município do Rio de Janeiro. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 639-649. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v18n3/9292.pdf>. Acesso em: 05/09/2008.

RUZANY, Maria Helena; SZWARCOWALD, Célia Landmann. Oportunidades perdidas de atenção integral ao adolescente: resultados do estudo-piloto. *Adolesc. Latinoam.* [online]. vol.2, no.1, p.26-35, jun. 2000. Disponível em: http://ral-adolesc.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-71302000000200006&lng=pt&nrm=isso. Acesso em 12/02/2010.

SAGESSE, Edson. *Adolescência e Psicose*. Transformações sociais e o desafio da clínica. Rio de Janeiro: Campanha de Freud. 2001.

SALOMÃO, Maria Lúcia Machado. *Necessidades de adolescentes atendidos em unidades básicas de saúde do município de São José do Rio Preto e suas demandas para o cuidado em saúde: encontros e desencontros*. 2007. Tese (Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007. Disponível em: www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde.../MariaLMSalomao.pdf. Acesso em 10/06/2010

SANCHEZ, Raquel Niskier; MINAYO, Maria Cecília de Souza. *Violência contra crianças e adolescentes: questão histórica, social e de saúde*. In: Brasil. Ministério da Saúde. *Violência faz mal à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde. 2006. p. 29-38.

SANCI, Lena. *et al.* Youth-friendly primary-care services: how are we doing and what more needs to be done? *Adolescent Health*. v. 6, p. 360-369. 2007. Disponível em www.thelancet.com . Acesso em 27/08/2008.

SÃO PAULO (Cidade). *Manual de atenção à saúde do adolescente*. Secretaria da Saúde. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde-CODEPPS. São Paulo: SMS, 2006.

SAVAGE, Jon. *A criação da juventude: como o conceito de teenage revolucionou o século XX*. Tradução: Talita M Rodrigues. Rio de Janeiro: Rocco. 2009

SCHINDLER, Norbert. *Os tutores da desordem: rituais da cultura juvenil nos primórdios da era moderna*. In: Schmitt, Jean-Claude; Levi, Giovanni. (org). *História dos jovens*. Tradução Cláudio Marcondes, Nilson Molin, Paulo Neves. São Paulo. Companhia das Letras. 1996. p. 265-324

SCHMITT, Jean-Claude; LEVI, Giovanni. (org). *História dos jovens*. Tradução Cláudio Marcondes, Nilson Molin, Paulo Neves. São Paulo: Companhia das Letras. 1996.

SCHRAIBER, Lilian Blima (org.) *Programação em saúde hoje*. São Paulo: Hucitec. 1990.

SILVA, Marta Angélica Iossi; FERRIANI, Maria das Graças Carvalho. Violência doméstica: do visível ao invisível. *Rev Latino-am Enfermagem*, São Paulo, 15(2), março-abril, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/pt_v15n2a13.pdf. Acesso em: 19/12/2010.

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: uma revisão de literatura. *Sociologias*, Porto Alegre, ano 8, nº 16, p. 20-45, jul./dez. 2006.

SPINK, Mary Jane. *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. 3ª edição. São Paulo: Cortez, 2004.

TAQUETTE, Stella. Conflitos éticos no atendimento à saúde de adolescentes. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(6), 1717-1725, nov-dez, 2005. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v21n6/09.pdf>. Acesso em 21/12/2010.

TESSER, Charles Dalcanale; MADEL, Therezinha Luz. Uma introdução às contribuições da epistemologia contemporânea para a medicina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(2): 363-372, 2002.

TURATO, Egberto Ribeiro. Introdução à metodologia da pesquisa clínico-qualitativa – definição e principais características. *Revista Protuguesa de Psicossomatica*. vol 2, n.1, p. 93-108, Jan. 2000. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/287/28720111.pdf>. Acesso em: 15/09/2010.

WASELFISZ, Julio Jacobo. *Mapa da Violencia 2010*. Anatomia dos Homicídios no Brasil. São Paulo: Instituto Sangari. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Caring for children and adolescents with mental disorders. Setting WHO directions. Geneva: World Health Organization; 2003. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/media/en/785.pdf. Acesso em: 07/01/2011.

APÊNDICE A - Roteiro de entrevista com a coordenadora de atenção primária - gestão

1. Descreva a atenção primária em saúde do município.
2. Quais são as necessidades de saúde da população adolescente do município?
3. Você considera que este público tem necessidades particulares?
4. Como o município identifica as necessidades de saúde da população adolescente?
5. Há alguma ação específica direcionada aos adolescentes nos serviços de saúde? Quais ações? Quais são priorizadas?
6. Há serviços e/ou ESF e/ou profissionais que são referência para o atendimento da população adolescente no município?
7. Há capacitações/treinamentos dos profissionais de saúde para a saúde do adolescente?
8. Existem políticas públicas, programas voltados para essa população no município?
Quais
9. Como você considera os serviços de saúde do município em relação à saúde do adolescente?

APÊNDICE B – Questionário para gerentes das UBS do distrito São Benedito

Prezado (a) Senhor (a),

A pesquisa que será empreendida no município de Santa Luzia constará de algumas etapas. As questões abaixo se referem à primeira delas: etapa exploratória. Esta etapa visa obter informações sobre os serviços de saúde e os adolescentes do município.

Sinta-se a vontade para responder com suas próprias palavras, a partir de seu ponto de vista.

1. Sexo

() masculino () feminino

2. Idade: _____ anos

3. Qual a sua categoria profissional?

() medico/a

() enfermeiro/a

() dentista

() técnico(a) de enfermagem

() outra. Qual: _____

4. Qual a sua função/cargo na UBS? _____

5. Há quanto tempo desempenha esta função no município: _____

6. Com que frequência a sua UBS/ESF atende adolescentes?

() raramente

() diariamente

() pelo menos uma vez por semana

7. A UBS/ESF identifica as necessidades de saúde dos adolescentes de sua área de abrangência?

() sim () não

8. De que forma essas necessidades são identificadas?

() através da escola

() através dos pais e/ou familiares

através de caixa de sugestão na UBS

já conhece as necessidades dos adolescentes

de outra forma. Especifique qual: _____

9. Há profissional na UBS/ESF que é referencia para o atendimento da população adolescente?

sim. não

10. Como se estabeleceu este referenciamento?

11. Há capacitações/treinamentos dos profissionais da UBS/ESF para as particularidades da saúde dos adolescentes?

sim. não

Nome do curso/carga horária/instituição/ano:

12. A UBS/ESF tem conhecimento sobre os aspectos legais e éticos na atenção integral à saúde de adolescentes?

sim não

13. Há na UBS/ESF atividades planejadas para a população adolescente?

sim não

Quais: _____

14. Há na UBS/ESF horário específico para atendimento da população adolescente?

sim não

15. A UBS/ESF realiza atividades educativas em grupos de adolescentes

sim não

Qual? _____

Com que frequência? _____

16. Há por parte da UBS/ESF atividades articuladas com a(s) escola(as) de sua área de abrangência?

sim não

17. Há por parte da UBS/ESF atividades articuladas com programas e políticas públicas voltados para a população adolescente?

sim não

Quais:

18. A UBS/ESF tem conhecimento sobre a rede de proteção e atenção para adolescentes em seu município bem como seus fluxos de encaminhamento?

sim não

19. Para você o que pode interferir no atendimento da população adolescente no serviço de saúde?

APÊNDICE C - Roteiro de entrevista com os sujeitos do estudo

1. Você atende adolescentes na UBS/ESF?
2. Qual faixa etária você considera como adolescente?
3. Como é para você atender este público?
4. Você considera o atendimento de adolescentes difícil e/ou desafiador?
5. O que, em sua opinião, é mais desafiador no atendimento do adolescente?
6. Atendendo adolescentes, você já vivenciou alguma situação de dificuldade ou desafio?
7. Por favor, relembre e me conte um caso, que você tenha vivenciado na ESF, relacionado às dificuldades ou desafios no atendimento de adolescentes.
8. Qual é para você o desafio deste caso?
9. Por que você escolheu esta situação?
10. Você considera que obteve algum aprendizado desta situação? Qual?

APÊNDICE D - Modelo de registro de entrevista**ENTREVISTA Nº:** _____

DIA: _____

HORA INICIAL: _____ HORA FINAL _____

DURAÇÃO DA ENTREVISTA: _____

LOCAL DA ENTREVISTA: _____

SOBRE O ENTREVISTADO

Idade: _____ anos () masculino () feminino

Categoria profissional: _____

Há quanto tempo você trabalha em ESF: _____

OBSERVAÇÕES:

APÊNDICE E – Modelo de quadro síntese de entrevista

	ENUNCIADOS
O DESAFIO	
O CASO	

APÊNDICE F - Quadro das Concepções sobre o desafio no atendimento do adolescente na perspectiva dos profissionais de ESF

	Adolescentes	Assistência biotecnológica	Estrutura e Processo de trabalho
1.	<p>Eu acho assim que eles não acatam com tanta facilidade quanto o adulto. (...) eles sempre dão um jeitinho de querer justificar. (...) eles não são tão verdadeiros assim...</p> <p>(...) eles tem essa facilidade de poder, como é que fala... de manipular, mais que o adulto</p> <p>(...) é mais comum eles mentir, não posso generalizar, mais o adolescente tem muito menos responsabilidade.</p>	<p>Acaba forjando, acaba tentando, né, manipular... a própria anamnese.</p> <p>Eles exageram na ---, exageram no diagnóstico. (...) Talvez porque com o adulto a gente dá uma pressionada e ele fica... e o adolescente fica meio ... não sei... fica mais livre de tá...</p> <p>(...) as vezes também a gente fala, acha que é uma coisa e ele não concorda. Então fica meio complicado, às vezes o adulto acata com muito mais facilidade, né... um diagnostico, um tratamento.</p>	
2.		<p>Pro adolescente você tem fazer um contexto muito maior pra situar ele, colocar sobre a responsabilidade.</p>	<p>Articular os diferentes setores. (...)Tem um horário muito bem definido pra gestante, um horário muito bem definido pro idoso, pro hipertenso, pro diabético é... pra saúde da mulher e hoje por a gente não ter um política direcionada ... uma política atuante, né, pro adolescente.</p>
		<p>Muitas vezes eu acho que eles não passam todas as informações</p>	

3.	Eles têm muito medo de tá passando, né.	<p>necessárias, eu vejo, eu</p> <p>Eu acho que eles retêm muito a informação devido a esse problema. De medo mesmo de tá passando; noto que, principalmente, meninas. (...) então dificulta um pouco até mesmo as orientações. Pode dificultar na conduta que vai ser tomada.</p>	
4.			<p>Porque nos falta prática cotidiana, experiência mesmo. (...) Precisava de outras frentes de atuação na unidade. (...) Porque são vários programas, o numero de profissionais nem sempre é suficiente, a gente sempre tem uma área maior do que aquela que consta no papel. É uma consulta que demanda tempo. (...) Demandam mais tempo, mais profissionais, mais pessoas pra discutir o caso.</p>
5	<p>O adolescente, ele é mais desafiador neste aspecto, neste ponto, eles são mais difíceis.</p>	<p>Em termos assim de saúde biológica falando, de biologia, é muito mais simples que do idoso, por exemplo, do adulto. É mais simples, são afecções mais tranquilas de lidar. Agora do ponto de vista social, que a saúde engloba muito mais que isso, né, bem estar biopsicossocial, acho que do ponto de vista psicológico e econômico também faz parte, né, da definição, ai é um pouco mais complexo. (...) Eles são menos... tem uma aceitabilidade menor das nossas intervenções</p> <p>Então eu acho que ele argumenta mais e adere menos ao tratamento. (...) Agora em termos médicos é mais simples, né.</p>	

6.	<p>Na verdade a conversa com o adolescente é mais difícil, eles são mais fechados, né, o diálogo. (...) Eles falam menos....</p> <p>Timidez, você vê que eles precisam de uma ajuda, mas, tem vergonha de procurar.</p>	<p>Às vezes isso interfere, depende, quando o acompanhante explica bem direitinho a situação dá pra conseguir bem a história.</p> <p>É difícil conseguir a atenção deles.</p>	
7.		<p>É difícil ser escutada para orientar, é eles te escutarem. (...) O mais difícil é que com eles não tem receita pronta, com os demais... para criança, o idoso, o hipertenso tem uma seqüência... mesmo o hipertenso não seguindo o que você diz pra ele, tem uma receita, você sabe o que falar, o que fazer. (...) Com adolescente não, não tem receita pronta, cada caso é um caso.</p>	
8.	<p>O nosso grande desafio aqui são essas adolescentes que estão ficando grávidas cada vez mais cedo.</p>		<p>Eu acho que esse é o grande nó crítico: a promoção da saúde, ir de encontro a esse jovem. Eu acho que é muito fácil pra unidade ficar aqui atendendo dez pré-natais, ficar aconselhado jovem que já vem com uma DST, mas ir de encontro a esse jovem pra orientar a prevenção.</p>
	<p>Tem algumas vezes dificuldade na abordagem, já que o adolescente às vezes é um pouco inibido ou... às vezes ele fica inibido diante do familiar.</p>		<p>O desafio maior nosso é trazer o adolescente aqui pra ele fazer outras atividades, educação pra saúde, por exemplo. (...) Talvez porque realmente a gente não tem essa prática, essa prática vem com a saúde da família,</p>

9.	<p>Mas no que precisa dele falar, se ele é tímido, ele fala pouco e as respostas são curtas, não tem como você...</p>	<p>A timidez do adolescente dificulta a consulta porque você não sabe até aonde você pode ir, principalmente na primeira consulta, você tem uma limitação até onde você pode ir. (...) Você tem que ficar perguntando, perguntando, perguntando. No exame físico não muito, eles respeitam a sua capacidade técnica.</p> <p>Isso interfere na avaliação. Faz-se uma conduta, vamos dizer... conservadora.</p>	<p>mas mesmo assim poucos profissionais tem essa habilidade de tá chamando o público. (...) E o adolescente realmente se você não tiver uma coisa criativa, que o atrai de forma diferente ele não vem.</p>
10.	<p>Trazer esses adolescentes para serem mais interessados pelas questões de saúde. Os outros públicos têm mais interesse. (...) A consulta do adolescente tem um dificultador, porque assim, apesar dele viver num tempo de muito sexo, ele não fala, fala de cabeça baixa, fala entre palavras.</p> <p>Eles escondem às vezes por medo, eles não entendem a questão do sigilo.</p> <p>O adolescente tem uma auto afirmação muito grande, né, então acho que é a fase que mais eles acham que sabem tudo, podem tudo. Isso dificulta a abordagem.</p>	<p>Isso dificulta a conduta, porque muitas vezes eu acho que eles escondem muitas coisas.</p> <p>Em relação aos outros grupos é diferente da atenção que você recebe</p>	
	<p>Com certeza é mais difícil. Porque você tem a própria questão do adolescente. (...) ao mesmo tempo que ele precisa de alguma coisa, ele te pede</p>	<p>Você fala com ele, mas você percebe claramente que ele não</p>	

11.	<p>alguma coisa ele não aceita.</p> <p>(...) porque ele tem aquela coisa que com ele é diferente. (...) Muitas vezes no adulto o que eu tenho que fazer, eu cobro a questão da alimentação, da medicação, com o adolescente se eu for cobrar ele não volta.</p>	<p>aceita.</p> <p>O adulto aceita esse tipo, já o adolescente não</p>	
12.	<p>Eu acho que é mais desafiante. Justamente pelos conflitos que eles vivem né, de auto-afirmação, de ter aquela opinião formada, né.</p> <p>Eu acho que eles são um pouco dissimulados também.</p>	<p>O mais difícil é tirar alguma coisa deles. (...) Eu acho que nos poderíamos ajudar muito mais se eles fossem mais claros. Você tem que tentar deduzir aonde eles querem chegar.</p>	
13.	<p>Porque eles inventam muito, né, aquelas doenças psicossomáticas. (...) Essa faixa etária é muito complicada.</p> <p>(...) porque ele é mais questionador. (...) coisas de adolescente mesmo, que eu já passei por isso.</p>	<p>Depende se realmente tiver doente não tem problema não.</p> <p>Porque você colocar na cabeça que a pessoa é saudável, não tem tanto problema como acha que tem, é muito difícil. (...) Isso dificulta a conduta, porque ele é mais questionador, não tem a visão que uma pessoa mais velha tem do que é doença.</p>	
14.	<p>Às vezes eles ficam envergonhados de falar alguma coisa.</p>	<p>No atendimento tem que saber o jeito de falar com eles.</p> <p>(...) tem que puxar alguma coisa</p>	<p>Eu fico preocupada em como trazer eles, só chamar eles não vem.</p>

	Ficam tímidos talvez por causa de relação com os pais, não sei não, tem uns que tem medo.	deles. (...) se ele é tão tímido que acaba não falando o que a gente quer ouvir pra tá ajudando, porque é através do que ele fala que a gente vai planejar a ação, então se ele ficar muito tímido a gente não consegue.	
16.	Tem uns que tem certa dificuldade de esclarecer até o que esta acontecendo com ele, não é todos não. Tem um desafio maior dos que falam pouco.	Isso dificulta a conduta, você não sabe o que tá acontecendo realmente.	
17.	É uma faixa etária difícil de criar vínculo E o adolescente ele tem bloqueio.	É uma faixa etária que você precisa ter muita paciência pra lidar, tentar usar os termos deles e ter cuidado com o jeito de abordar, porque dependendo do jeito que abordar você perde o adolescente e nunca mais ele vai querer consultar, mais cuidado ao abordar. (...) A abordagem com o adolescente é mais lenta.	A atenção básica deveria ter um tempo, mas acaba virando quase um pronto atendimento, e se você fizer isso com o adolescente é uma faixa que você vai perder.(...) Eu acho que muitos profissionais não têm o perfil pra atender adolescente
18.	(...) e também tem uma questão de eles não se abrirem. (...) ele não sabe explicar o que	É desafiador e complicado. Porque a gente não tá realizando um trabalho preventivo com essa faixa etária. (...) então você tem que puxar. É uma consulta que demora um pouquinho.(...) Eles não trazem esses temas pra consulta. (...) O fato deles não falarem dificulta a conduta, porque às vezes eles	

	tá sentindo.	vêm com uma queixa e na verdade não é aquela, pode ter algo por trás que faz ele vir aqui procurar ajuda.	Mas isso demanda atender mais vezes.
19.	Eu não vejo tanta dificuldade, eu acho até mais tranqüilo. (...) mas eu acho que o desafio maior é com os rapazes.	O desafio é esclarecer, esclarecimento nesse ponto dos riscos, né. (...) Acho que o desafio é chegar nesses meninos antes, o mais precocemente possível, com as meninas também,	
21.	A facilidade deles... de até querer, você vê nas consultas de pré-natal que elas acham bonito, tem época que vem três amiguinhas juntas pro pré-natal. (...) Algumas já sabem bem, conseguem falar, dar informações, mas outras não. (...) Pra você ver que tem uma disputa de adolescente grávida de traficante. (...) Os valores são muito diferentes	A gravidez eu acho que é um desafio pra gente. Eu sempre pensei nessa população isso, pelo índice que é alto.	Envolve uma série de fatores, você não tem que trabalhar só nesse fator isolado, são muitos.
22.	É desafiante e difícil porque eles não têm uma aceitação da gente muito boa, É difícil pelas características da faixa etária:	Você dá uma orientação e ele te questiona, ele fica meio receoso com você no primeiro momento. (...) E difícil porque eles não têm demanda e boa aceitação.	Uma faixa que a gente tem que insistir, mas como a gente não tem demanda.(...) É uma faixa que requer mais promoção à saúde.
23.	O adolescente tem medo de falar algumas coisas. Então ele tem alguns receios de falar, não sei se pela descoberta da adolescência de ter alguma	Ela demora pra conseguir chegar nesse ponto. (...) Essa inibição	

	repercussão maior.	algumas horas faz diferença, pode intervir. Algumas horas a gente demora pra conseguir chegar no que tá acontecendo mesmo.	
25.	Em alguns momentos sim, porque eles têm muitas dúvidas, eles estão inseguros porque estão começando a vida agora, eles precisam de muita orientação.	É difícil abordar, por exemplo, se eu sei que ele é usuário de drogas, eu tá perguntando pra ele, você é usuário de drogas. A anamnese vai direto na queixa dele, se é uma queixa de dor de garganta, é nisso. Se você vê que ele tá diferente é mais fácil, mas se ele é normal, como eu vou abordar? Se tivesse um grupo, ai não! Nós vamos falar sobre isso. Aqui a gente vai mais pela queixa.	É desafiador, pra mim o que eu acho... aqui não tem um grupo, eu atendo a demanda, mas seria legal tá indo atrás deles. (...) Precisava estar indo atrás deles, ter um dia específico um grupo. Aqui muda muito, então não dá tempo de criar . O desafio é conseguir organizar, trazer eles até a gente.

APÊNDICE G – FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) participante,

Você está sendo convidado para participar da pesquisa: **“Atenção à Saúde de Adolescentes: concepções e práticas de profissionais de Equipes de Saúde da Família”**. Esta pesquisa tem como objetivo investigar as práticas e concepções sobre a adolescência/adolescente dos profissionais de equipes de saúde da família. Este estudo pretende contribuir para a compreensão ampliada do processo de assistência à saúde de adolescentes na atenção primária a saúde. Justifica-se ainda por seu impacto no planejamento de políticas públicas, podendo auxiliar e orientar medidas mais eficazes de abordagem e de melhoria da qualidade da assistência.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as questões que lhe serão feitas em entrevista individual, em espaço que garanta sua privacidade. A entrevista será gravada para melhor registro das informações. Todos os dados pessoais e/ou outros que possam identificar os sujeitos envolvidos serão guardados em sigilo. Sendo assim, sua identidade não será revelada em nenhuma publicação resultante deste estudo. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Sua participação nesta pesquisa é gratuita e voluntária, podendo ser interrompida, caso seja o seu desejo, a qualquer momento. Suas dúvidas serão esclarecidas sempre que solicitar. Sua participação nesta pesquisa não traz complicações legais, não oferece qualquer risco a você nem a outros, nem mesmo prejuízo na sua relação com o pesquisador ou com a instituição na qual exerce suas atividades de trabalho.

Caso concorde com sua participação nesse estudo, favor preencher o termo de consentimento abaixo.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Eu _____ (nome do participante), concordo com a minha participação na pesquisa **“Atenção à Saúde de Adolescentes: concepções e práticas de profissionais de Equipes de Saúde da Família”**. Estou ciente dos objetivos e procedimentos a serem realizados nesta pesquisa. Concordo com a divulgação, para fins científicos, dos dados encontrados sabendo que os responsáveis pela pesquisa se comprometem a manter em total sigilo a identidade dos participantes e respeitar os demais aspectos éticos, de acordo com a Resolução número 196 de 10/10/1996 do Conselho Nacional de Saúde.

_____ de 2010.

Assinatura do participante: _____

Pesquisadores: _____

Adriana Alves de Almeida

Prof. Dr. Roberto Assis Ferreira



**FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO**

Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 533
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100
Fone: (031) 3409.9641 FAX: (31) 3409.9640
cpg@medicina.ufmg.br



DECLARAÇÃO

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, composta pelos Professores Doutores: Roberto Assis Ferreira, Cristiane de Freitas Cunha Grillo e Elza Machado de Melo, aprovou a defesa da dissertação intitulada: "CONCEPÇÕES SOBRE OS DESAFIOS NO ATENDIMENTO DO ADOLESCENTE NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DA FAMÍLIA (ESF)", apresentada pela mestrand **ADRIANA ALVES DE ALMEIDA**, para obtenção do título de Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, realizada em 07 de abril de 2011.

Prof. Roberto Assis Ferreira
Orientador

Profa. Cristiane de Freitas Cunha Grillo

Prof. Elza Machado de Melo



FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 533
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100
Fone: (031) 3409.9641 FAX: (31) 3409.9640
cpg@medicina.ufmg.br



ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO de **ADRIANA ALVES DE ALMEIDA** nº de registro 2009658722. Às nove horas, do dia **sete de abril de dois mil e onze**, reuniu-se na Faculdade de Medicina da UFMG, a Comissão Examinadora de dissertação indicada pelo Colegiado do Programa, para julgar, em exame final, o trabalho intitulado: **"CONCEPÇÕES SOBRE OS DESAFIOS NO ATENDIMENTO DO ADOLESCENTE NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DA FAMÍLIA (ESF)"**, requisito final para a obtenção do Grau de Mestre em Ciências da Saúde: Saúde da Criança e do Adolescente, pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Saúde da Criança e do Adolescente. Abrindo a sessão, o Presidente da Comissão, Prof. Roberto Assis Ferreira, após dar a conhecer aos presentes o teor das Normas Regulamentares do trabalho final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores, com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público para julgamento e expedição do resultado final. Foram atribuídas as seguintes indicações:

Prof. Roberto Assis Ferreira / Orientador

Instituição: UFMG

Indicação: Aprovada

Profa. Cristiane de Freitas Cunha Grillo

Instituição: UFMG

Indicação: Aprovada

Profa. Elza Machado de Melo

Instituição: UFMG

Indicação: Aprovada

Pelas indicações a candidata foi considerada

Aprovada

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pelo Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, o Presidente encerrou a sessão e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 07 de abril de 2011.

Prof. Roberto Assis Ferreira / Orientador

Profa. Cristiane de Freitas Cunha Grillo

Profa. Elza Machado de Melo

Profa. Ana Cristina Simões e Silva/Coordenadora

Obs.: Este documento não terá validade sem a assinatura e carimbo do Coordenador.

CONFERE COM O ORIGINAL
Centro de Pós-Graduação

Profa. Ana Cristina Simões e Silva
Coordenadora de Programa de Pós-Graduação em
Ciências da Saúde: Saúde da Criança e do Adolescente
Faculdade de Medicina/UFMG