

Natália de Cássia Horta

**O SIGNIFICADO DO ATENDIMENTO AO
ADOLESCENTE NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE:
UMA ANÁLISE COMPREENSIVA**

Belo Horizonte

2006

Natália de Cássia Horta

**O SIGNIFICADO DO ATENDIMENTO AO
ADOLESCENTE NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE:
UMA ANÁLISE COMPREENSIVA**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado da
Escola de Enfermagem da Universidade Federal de
Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do
título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Anézia M. F. Madeira

Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Lindalva C. Armond

Belo Horizonte

Escola de Enfermagem da UFMG

2006

Universidade Federal de Minas Gerais

Reitor: Ronaldo Tadeu Penna

Vice-Reitora: Heloisa Maria Murgel Starling

Pró-Reitor de Pós-Graduação: Jaime Arturo Ramirez

Escola de Enfermagem

Diretora: Marília Alves

Vice-Diretora: Andréa Gazzinelli Corrêa Oliveira

Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública – EMI

Chefe: Clarice Marcolino

Sub-Chefe: Lenice de Castro Mendes Villela

Colegiado de Pós-Graduação

Coordenadora: Adriana Cristina de Oliveira

Sub-Coordenadora: Maria Flávia Carvalho Gazzinelli

Universidade Federal de Minas Gerais

Escola de Enfermagem

Programa de Pós-Graduação: Mestrado em Enfermagem

Dissertação intitulada: “O SIGNIFICADO DO ATENDIMENTO AO ADOLESCENTE NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: *uma análise compreensiva*”, de autoria da mestranda Natália de Cássia Horta, aprovada pela Banca examinadora, constituída pelos seguintes professores:

Dra. Anézia Moreira F. Madeira (Orientadora)

Dra. Maria Cristina Pinto de Jesus (Titular)

Dr. Roberto Assis Ferreira (Titular)

Dra. Matilde Meire M. Cadete (Suplente)

Dra. Maria Édila Abreu Freitas (Suplente)

Belo Horizonte, 12 de Março 2007

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, **Plínio e Argentina**, por acreditarem em meu potencial e me incentivarem sempre.

Ao meu avô, **Mário**, que se foi enquanto eu fazia esta caminhada, mas me ensinou que fazer o que a gente gosta e trabalhar é o que nos torna mais dignos.

Aos adolescentes e jovens que me inspiram sempre e me fazem refletir sobre as possibilidades e as potencialidades que podemos cultivar em nós, mesmo quando já não nos consideramos mais assim.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, presença constante em minha vida, minha força e inspiração para trilhar todos os caminhos vividos.

Às minhas irmãs, Anália e Ana Laura, por estarem em minha vida.

Às minhas várias famílias de amigos, tios, primos, que com o apoio e torcida me fazem cada dia ser mais segura.

Ao Reltman pelas contribuições e apoio na realização desse trabalho.

À minha orientadora, Professora Doutora Anézia Moreira Faria Madeira, pelas oportunidades de crescimento e por deixar que eu expressasse meus sentimentos e me permitir compreender a difícil arte de aprender enquanto caminhamos.

À minha co-orientadora, Professora Doutora Lindalva Carvalho Armond, por contribuir de forma delicada nesta caminhada e me levar a refletir sempre.

À Professora Doutora Maria Cristina Pinto de Jesus, pois mesmo distante fisicamente, contribuiu em minhas reflexões, estando sempre disponível.

Aos professores e colegas do Curso de Mestrado da EEUFMG, que compartilharam comigo diversos momentos de aprendizado e reflexão.

À minha grande amiga Eliana cujo apoio, competência e simplicidade me iluminam e me guiam por caminhos mais seguros. Sua ajuda foi e é fundamental em minha trajetória pessoal e profissional.

Ao Jailton e Luciano por estarem sempre disponíveis e colaborarem na formatação desse trabalho.

Aos colegas de trabalho do Centro de Saúde Felicidade e da Pontifícia Universidade Católica pelo incentivo, compreensão e amizade.

Aos profissionais de saúde que se dispuseram a compartilhar comigo o significado de atender o adolescente, possibilitando-me aproximar um pouco mais de suas vivências.

“E aprendi que se depende sempre de tanta, muita, diferente gente. Toda pessoa sempre é as marcas das lições diárias de outras tantas pessoas. E é tão bonito quando a gente entende que a gente é tanta gente, onde quer que a gente vá. E é tão bonito quando a gente sente que nunca está sozinho por mais que pense estar.”

Gonzaguinha

Horta, N. C. *O significado do atendimento ao adolescente na atenção básica: uma análise compreensiva*. 2007. 148f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

RESUMO

Estudo de natureza qualitativa com abordagem fenomenológica que teve como objetivo compreender o significado do atendimento ao adolescente pelos profissionais de saúde na atenção básica. A pesquisa foi realizada em dois centros de saúde da cidade de Belo Horizonte/MG. Participaram do estudo quinze profissionais da Equipe de Saúde da Família, incluindo enfermeiro, médico, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde. Os dados foram coletados por meio de entrevista aberta guiada pela questão norteadora: “O que é, para você, atender o adolescente?”. Os discursos dos sujeitos foram analisados segundo a análise ideográfica compreensiva de Martins e Bicudo (1989), e as categorias interpretadas, incipientemente, à luz de Alfred Schutz, precursor da Fenomenologia Social. A análise compreensiva dos depoimentos confluiu para três grandes categorias que sinalizam o atendimento ao adolescente na atenção básica de saúde: 1- Atender o adolescente: as contradições vivenciadas. Mostra os desafios em atender o adolescente e as limitações enfrentadas nesse atendimento; 2- Atender o adolescente: ser-no-mundo com o outro. Fala da relação do profissional de saúde com o adolescente; 3- Assistência ao adolescente na atenção básica: retrato de uma prática. Focaliza a relação adolescente - serviços de saúde e a necessidade de organização do serviço para atender o adolescente. Ao refletir sobre o significado desse atendimento para os profissionais, foi possível apreender que este é permeado por desafios relacionados à sua formação e às limitações da fase da adolescência, levando a uma relação ora conflituosa, ora pacífica entre profissional e adolescente. A pesquisa aponta caminhos possíveis no atendimento ao adolescente na atenção básica tendo por foco principal a promoção à saúde e a prevenção de agravos. O trabalho interdisciplinar e multiprofissional com adolescentes, sedimentado em uma proposta acolhedora, humanística, constitui o grande desafio para os profissionais de saúde.

Palavras-chave: Adolescente; Relação profissional de saúde-adolescente; Atenção Básica; Programa Saúde da Família; Equipe de Saúde da Família; Fenomenologia Social.

ABSTRACT

This qualitative study adopted a phenomenological approach and aimed to understand the meaning of health professionals' care delivery to adolescents in the basic health network. The research was carried out at two health centers in Belo Horizonte/MG. Study participants were fifteen Family Health Team professionals, including nurses, physicians, nursing auxiliaries and community health agents. Data were collected through an open interview, guided by the following question: "What does it mean, for you, to deliver care to adolescents?" The subjects' discourse was analyzed according to comprehensive ideographic analysis in line with Martins and Bicudo (1989). Categories were initially interpreted in the light of Alfred Schutz, the precursor of Social Phenomenology. The comprehensive analysis of participants' testimonies converged to three large categories that indicate how adolescents receive care in the basic health network: 1- Care delivery to the adolescent: experienced contradictions. Shows what challenges are met and limitations in care delivery to adolescents; 2- Care delivery to the adolescent: being in the world with the other. Deals with the relation between the health professional and the adolescent; 3- Care delivery to the adolescent in basic care: picture of a practice. Emphasizes adolescents and health services and the need to organize the service with a view to care delivery to this public. When reflecting about the meaning of this care for the professionals, we could apprehend that it is permeated by challenges in terms of their professional training and limitations imposed by the adolescent phase itself, leading to a sometimes conflicting, sometimes pacific relation between professionals and adolescents. This research appoints possible roads for care delivery to adolescents in basic health care, mainly focusing on health promotion and disease prevention. Interdisciplinary and multiprofessional work with adolescents, based on a welcoming and humanistic proposal, represents the main challenge for health professionals.

Key words: Adolescent; Health professional-adolescent relationship; Basic Care; Family Health Program; Family Health Team; Social Phenomenology.

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO.....	10
II. PERCURSO TEÓRICO.....	17
2.1 Reflexões sobre a adolescência ...	17
2.2 O adolescente e os Programas/Ações de Saúde	23
2.3 A relação entre o adolescente e o profissional de saúde	29
III. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	34
3.1 A pesquisa qualitativa com abordagem fenomenológica.....	34
3.2 Pressupostos da Fenomenologia.....	36
3.3 A Fenomenologia Social de Alfred Schutz.....	39
3.4 O encontro com os sujeitos.....	42
3.4.1 Região de inquérito	42
3.4.2 Sujeitos envolvidos.....	44
3.4.3 A entrevista com os profissionais de saúde.....	46
3.4.4 O fenômeno se revela	51
IV. ANÁLISE COMPREENSIVA DOS DISCURSOS	54
4.1 Atender o adolescente: as contradições vivenciadas	54
4.1.1 O desafio em atender o adolescente	54
4.1.2 As limitações no atendimento ao adolescente.....	62
4.2 Atender o adolescente: Ser no Mundo com o outro	71
4.2.1 A relação com o adolescente	71
4.3 Assistência ao adolescente na rede básica: retrato de uma prática	83
4.3.1 O adolescente e os serviços de saúde	83
4.3.2 A necessidade de organização do serviço para atender o adolescente	93
V. CONSIDERAÇÕES FINAIS	102
REFERÊNCIAS	106
ANEXOS.....	113

I. INTRODUÇÃO

Em minha trajetória de vida sempre me encantei com a fase da adolescência. Esse encantamento me motivou a buscar conhecimentos e discussões sobre minhas vivências como adolescente e posteriormente como acadêmica de Enfermagem. Ao compartilhar o vivido na adolescência com amigos adolescentes, muitas vezes, nas conversas em grupo, emergiam relatos de como se davam os relacionamentos com os pais e assuntos comuns à adolescência, tais como tendências de grupo, sexualidade, questões sobre a escola, namoro, entre outros. Alguns desses assuntos eram abordados com dificuldade pelos meus colegas com seus pais; sobre outros, muitas vezes, não era nem permitido que se falasse. Assim, os adolescentes permaneciam com suas dúvidas e incertezas, ou procuravam outros meios de satisfazer suas curiosidades.

Ao contrário do que ocorria com meus colegas, meu relacionamento com meus pais se dava de uma maneira mais aberta, mais descontraída, o que me possibilitou, por meio do diálogo, aprender e entender sobre o meu desenvolvimento, e assim viver minha adolescência de uma maneira mais tranqüila. Minha experiência junto a eles servia como um “espelho”, em que era possível discutir abertamente todas as minhas inquietações.

Ao iniciar minha formação acadêmica no curso de graduação em Enfermagem na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG), busquei, nesse ambiente, conhecimentos e práticas junto à população adolescente. Desejava conhecer seus anseios, dúvidas, conflitos em relação à

adolescência e sobre o relacionamento com seus pais e profissionais de saúde diante do processo de adolecer.

Percebia que existia uma lacuna no Currículo em relação ao cuidado a esse grupo, que vivencia uma fase tão peculiar da vida do ser humano. Uma carga horária maior era direcionada ao recém-nascido e à criança e, de forma menos intensa, estudava-se a adolescência, corroborando a fala de Patrício (2000, p.122):

Na graduação, a adolescência era citada como uma fase do processo de crescimento e desenvolvimento, até porque para estudar o adulto era preciso “passar” por esta faixa etária. E, se você for investigar este lado da história e comparar com a realidade atual, perceberá que a atenção ao adolescente ainda é mínima nos currículos das áreas da saúde, especialmente da Enfermagem e Medicina.

Trabalhos da literatura apontam ainda que além das questões do enfoque curricular, de maneira limitada, à saúde do adolescente, os profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, têm uma pequena prática junto a esta população. Embora o enfermeiro disponha dos requisitos para as ações de educação para saúde, pela valorização no currículo das ciências humanas e dos aspectos pedagógicos nas situações de ensino-aprendizagem, bem como na possibilidade de optar pela licenciatura, no que tange à adolescência e à sexualidade sua prática é limitada. As ações educativas sobre tais questões não têm sido fáceis para esse profissional, pois a repressão à própria sexualidade foi parte integrante da formação acadêmica durante séculos (JESUS, 1998; BISON, 1998).

Tal fato me remete a uma reflexão maior, pressupondo que o adolescente bem assistido hoje, nos aspectos referentes a esse momento da sua vida, poderá ser o adulto sadio de amanhã – o que reforça a atuação do profissional de saúde quanto à prevenção de riscos e promoção da saúde, tão discutidas nos dias atuais.

Minha aproximação com o adolescente se deu ainda como acadêmica, no ano de 2003. Mas para isso, inicialmente, ingressei como voluntária em um subprojeto de ensino vinculado ao Programa de Aprimoramento Discente – PAD/EEUFMG, em 2002 que, nessa época, enfocava a assistência à criança em nível primário de atenção, enfatizando a criança de baixo peso, em um centro de saúde de Belo Horizonte – MG. Atuei no projeto durante nove meses e constatei que o grupo de crianças acompanhado nesse período apresentou uma evolução satisfatória quanto ao crescimento e desenvolvimento.

A partir desse trabalho, a atenção à criança de baixo peso passou a ter ampla cobertura dos profissionais do centro de saúde. Meu engajamento nesse subprojeto foi fundamental para meu contato com o fenômeno de estudo, uma vez que a nova demanda apresentada por aquele centro de saúde ao projeto para o ano de 2003, era referente à população adolescente. O aumento da gravidez na adolescência, a violência, o envolvimento com drogas e tráfico, a demanda das escolas da área de abrangência do centro de saúde por um trabalho junto aos adolescentes e o pouco contato dos profissionais de saúde com os jovens, tudo isso levava à necessidade de ações voltadas para essa fase da vida. Assim, nesse momento, foi possível então atender meu interesse em trabalhar com a população adolescente.

Como proposta inicial nessa nova abordagem do projeto, desenvolvi, juntamente com outras alunas voluntárias do projeto, um trabalho no mesmo local de atuação, mudando nosso foco para o adolescente de onze a quatorze anos. Além de trabalharmos temas referentes ao crescimento e desenvolvimento do adolescente, abordávamos também as questões relacionadas à sexualidade. Nessa mesma época, realizamos, também, um trabalho junto aos educadores da creche sobre

temas pertinentes à adolescência. E, assim, vinculamos novamente nosso trabalho ao centro de saúde, junto à equipe do Programa de Saúde da Família - PSF.

Pude, dessa maneira, conciliar meu interesse em lidar com adolescentes à necessidade premente do centro de saúde no qual atuávamos. Nesse serviço, embora contássemos com o total apoio dos profissionais, o planejamento e a forma como as atividades seriam implementadas foram de nossa inteira responsabilidade. Era nosso desejo que os profissionais se integrassem totalmente às propostas, o que não ocorreu, fato que nos intrigava e gerava até certo desconforto, pois nosso propósito era de implantar ações de saúde que viessem a se efetivar no serviço e fossem desenvolvidas pelos profissionais.

Já em 2004, direcionamos nosso trabalho para uma escola pública do ensino fundamental, que apresentava uma demanda urgente quanto à abordagem aos jovens, especialmente sobre questões referentes à sexualidade junto aos adolescentes de doze a dezoito anos. A construção e efetivação de ações voltadas ao adolescente eram vistas como prioridade, entretanto novamente o trabalho foi desenvolvido somente por nós, integrantes do projeto e a participação dos profissionais do centro de saúde foi pouco efetiva.

Dando prosseguimento às minhas incursões acerca da temática adolescência, tive oportunidade de participar de vários eventos científicos sobre saúde do adolescente, promovidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – MG. Nesses encontros eram abordados temas relacionados a intercorrências e riscos mais comuns à adolescência, como uso de drogas, violência, delinqüência, obesidade e gravidez. Percebia, no turbilhão de assuntos abordados, que existia uma certa tendência dos profissionais para as questões que poderiam ser “resolvidas” com orientações, prescrições ou, quem sabe, com medidas

paliativas, sem precisar recorrer à intimidade dos jovens. A abordagem de assuntos mais delicados, como a vivência da adolescência e da sexualidade, a meu ver, muitas vezes coloca em cheque a individualidade do profissional de saúde. Nossos preconceitos estão arraigados em nosso ser e quase sempre nos omitimos por acharmos que não damos conta de extrapolar as questões meramente relacionadas ao corpo “doente”.

Além disso, nas ações direcionadas aos adolescentes, observava que os profissionais sentiam-se desmotivados em participar das mesmas. Quase sempre compareciam às reuniões avaliativas com os coordenadores, ao término das mesmas, mas não se envolviam com as atividades propostas. As interrogações sobre sua disponibilidade, envolvimento, dificuldades e seu aparente desinteresse e descaso inquietaram-me, mas ficaram sem resposta, naquele momento.

Ainda no ano de 2004, durante o 8º período do Curso de Enfermagem, desenvolvi minha prática do Estágio Supervisionado II, o Internato Rural, no mesmo centro de saúde a que o projeto anterior estava vinculado. Desse modo, por estar diariamente no serviço, pude confirmar muitas de minhas percepções e inquietações em face da abordagem ao adolescente.

Naquele mesmo ano concluí o Curso de Enfermagem e ingressei na vida profissional em um centro de saúde pertencente ao Distrito Sanitário Norte da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Esse serviço está localizado em uma área considerada de risco muito elevado em relação aos agravos à saúde, tendo uma grande população de adolescentes inserida nesse cenário. Tal população é predominantemente de baixa condição socioeconômica, com um alto número de gestantes adolescentes e adolescentes drogaditos.

Em minha vivência, agora como enfermeira de uma equipe do PSF, passei a observar o enfoque dado ao adolescente no tocante às suas necessidades e, apesar da sua vulnerabilidade, as ações voltadas para essa faixa etária não eram vistas como prioridade. Nas oportunidades vivenciadas junto a essa população, percebia, durante todo o tempo, o quanto esperavam do atendimento do profissional de saúde e o quanto se sentiam à vontade para expor suas angústias e vivências, quando lhes era possibilitado privacidade, liberdade e confiança. No entanto, também aqui vejo que os profissionais de saúde, na maioria das vezes, não se envolvem com o adolescente e não se mostram motivados e disponíveis para atendê-los de forma integral.

Reconheço não ser fácil lidar com essas questões, mas, por outro lado, sinto que é necessário um programa voltado para a saúde do adolescente nos centros de saúde, capaz de atendê-lo individualmente e coletivamente, objetivando abordá-lo de forma integral, holística.

Assim sendo, movida por tais inquietações, questiono: Como é para o profissional de saúde atender o adolescente? O que leva o profissional a ter tanta dificuldade para atender o adolescente? As questões referentes à sexualidade dificultariam ao profissional de saúde abordar o adolescente?

Ao consultar a literatura na busca de trabalhos relacionados à temática estudada, identifiquei carência de conteúdos que abordem a relação dos profissionais de saúde com adolescentes. Minha motivação me levava a percorrer um caminho diferente, ou seja, produzir um conhecimento que fosse além dos estudos já realizados, referentes à saúde do adolescente, como a relação do adolescente e família, a relação adolescente – escola, adolescente e sexualidade, entre outros. Queria conhecer dos profissionais que atendem ao adolescente como é

para eles vivenciar a prática. Sendo assim, ao ingressar no Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, decidi desenvolver esta pesquisa, indo ao encontro de profissionais de saúde que atendem a esta população. Este estudo teve como objetivo compreender os significados do atendimento ao adolescente pelos profissionais de saúde na atenção básica.

A concretização desta pesquisa, além de possibilitar-me aprofundar os conhecimentos na área de atenção à saúde do adolescente, poderá oferecer subsídios à equipe de saúde na reorganização do serviço voltado a esta população o que, de certa forma, poderá contribuir para a redução de agravos à saúde dos adolescentes.

II. PERCURSO TEÓRICO

2.1 Reflexões sobre a adolescência ...

Delimitado o fenômeno em estudo: “o significado do atendimento ao adolescente para o profissional de saúde na atenção básica”, busquei na literatura temas pertinentes à adolescência, de diversos autores, capazes de fundamentar minha pesquisa. Neste sentido, decidi por fazer considerações sobre a adolescência, identificar os programas de saúde nacionais que enfocam esta população para, assim, enfatizar a relação do adolescente com o profissional de saúde, em especial na rede básica de atenção à saúde.

A adolescência, como período marcado pela transição entre a infância e a vida adulta, bem caracterizada surgiu na Mesopotâmia. Aspectos relacionados a esta fase foram notados nas inscrições cuneiformes mesopotâmicas datadas do século XXVIII a.C., nas quais havia reclamações e lamentos sobre a conduta da juventude. Esse fato nos mostra que os conflitos entre jovens e adultos vêm de tempos remotos (VITIELO, 1997).

Além disso, filósofos como Aristóteles, Sócrates e Platão já faziam referências a esta fase da vida, ressaltando características semelhantes às da adolescência atual (BEIRÃO et al., 2003). Descreviam o adolescente como obstinado, assolado por intenso impulso, sobretudo o sexual, e queixoso da incompreensão da família e da sociedade de maneira geral (VIOLATO, 1992).

Nos períodos em que as condições de vida eram adversas, como nas grandes guerras da Idade Média, a fase da adolescência se retraía e por vezes

desaparecia, passando o sujeito da infância - em que era visto como um pequeno adulto - para a fase adulta propriamente dita. Por volta do século XVII, com o empobrecimento da nobreza e ascensão da burguesia, a adolescência começava a ser entendida como estágio final do desenvolvimento, com busca pela identidade e interesses próprios desta fase (VITIELO, 1997).

Dois fenômenos centrais são notáveis a partir do século XVII. Um deles é a transformação da família, que se retrai para a esfera privada e reorganiza-se em torno da criança e ergue entre ela mesma e a sociedade o muro da sociedade privada. O outro fato de destaque é a extensão da instituição escolar, que começa a substituir a aprendizagem informal; nela a criança passa a conviver menos tempo com adultos. Essa extensão progressiva do período escolar foi, assim, dando visibilidade à etapa intermediária entre a infância e o mundo adulto, constituída pela adolescência e juventude (ABRAMO, 1994).

Com a Revolução Industrial e a crescente industrialização, os adolescentes de determinados grupos sociais passam a ser vistos também como trabalhadores, surge uma cultura jovem e estes buscam cada vez mais uma formação escolar. Com isso, essa fase torna-se mais longa, pois o adolescente passa a atingir a puberdade mais cedo e o casamento vem a ocorrer mais tarde por causa dos novos objetivos e metas a serem alcançados. Sendo assim, o estudo da adolescência se deu, de forma mais intensa, a partir do século XX, após a Revolução Industrial (BEIRÃO et al., 2003).

No século XX, de maneira geral, nota-se a inserção dos jovens nas lutas políticas, uma maior convivência destes com seus pares na escola ou nos próprios movimentos desenvolvidos pela juventude. Por volta da década de 60, no Brasil, a juventude se revolta devido à ditadura e, marcados pela decepção, os jovens

adotam posturas e comportamentos de risco como o sexo livre, uso de drogas, entre outros, que levam a mudanças no quadro de morbidade dessa população.

Ainda no século XX e chegando aos tempos atuais, ante as decepções políticas, os conflitos e as profundas mudanças advindas do avanço tecnológico e da globalização, os jovens vivenciam um período de incertezas e poucas perspectivas. Tais mudanças ocorrem em uma velocidade que a sociedade de maneira geral, e o jovem são incapazes de acompanhar. Aliadas a isso, as desigualdades, as guerras, as mudanças ambientais e da estrutura familiar trazem as novas perspectivas e conflitos vivenciados hoje.

As novas possibilidades da tecnologia com o advento do celular, os sites de bate-papo pela Internet, o ORKUT, além da desestruturação da família tradicional e o limite quase infinito das ações apontam para as novas vivências que na atualidade estão postas. O percurso entre a infância e a idade adulta foi profundamente alterado nas sociedades ocidentais modernas. Tais mudanças se devem também à extensão da escolarização e dificuldades de inserção e permanência no mercado de trabalho que acentuam a dependência dos jovens em relação aos pais, além das alterações na lei de proteção infantil, o redimensionamento da autoridade parental, as novas normas educativas, as transformações nas relações de gênero que compõem novo cenário social e familiar (BRANDÃO; HEIBORN, 2006).

Nos dias atuais, notamos a existência de várias “adolescências” diante das desigualdades social, cultural, econômica e financeira. E, nesse cenário, cada jovem adolece à sua maneira – uma experiência pessoal e única. Embora os fatores condicionantes possam ser parecidos ou até mesmo idênticos, as diferenças

entre cada ser humano se manifestam, fazendo com que o vivenciar desta fase seja peculiar a cada pessoa (VITIELO, 1997).

A palavra adolescente tem uma origem etimológica dupla. Se, por um lado, significa crescer, por outro, possui a mesma raiz da palavra adoecer, do latim *adolescere*. Esses significados, até mesmo contraditórios, são capazes de ilustrar a instabilidade emocional que caracteriza essa etapa da vida, mesclando desenvolvimento e regressões que, muitas vezes, podem dificultar um estabelecimento claro das fronteiras entre o normal e o patológico nessa fase da vida (COSTA, 2002).

A adolescência é considerada como um período de transição entre uma fase, na maioria das vezes tranqüila, a infância, para uma fase indagadora, conflituosa, na qual o indivíduo tem de assumir responsabilidades e papéis sociais para os quais nem sempre está preparado, a vida adulta (MADEIRA, 1998). Além disso, faz-se necessário compreendê-la de uma maneira mais ampla, indo além de um limite restrito pela faixa etária e de uma simples transição, isenta de conflitos e angústias, que se faz como um passe de mágica.

Refletir sobre o que é adolescência e sobre o adolescer nos remete a pensar sobre nossa vida. Pensar como fomos capazes de recriar o nosso mundo durante esta travessia, já que muitas vezes o que notamos é como se a natureza descarregasse nos adolescentes os apetrechos da idade adulta, mas a sociedade não os ensinasse a lidar com as novidades, com as transformações. Assim, torna-se necessária a construção de parcerias pelo adolescente, para facilitar essa travessia (GUNTHER, 1999).

Dessa maneira, Beirão et al. (2003) considera a adolescência marcada por uma ação, um movimento em que o jovem terá de desfazer o mundo infantil e

reconstruí-lo à sua maneira. Indo ao encontro das idéias de Beirão et al. (2003), Caldas (1991, p. 11) afirma que:

A adolescência não é somente uma fase estanque do desenvolvimento como é preconizado por muitos, mas sim um tempo, uma forma de viver e um modo de ser no mundo, não se podendo, portanto, demarcar idades exatas para situá-la e nem tão pouco um conceito absoluto, ou uma definição universal que categoricamente exprima o que é ser adolescente. Entendemos, assim, haver a existência não apenas de uma idade cronológica, mas de um adolescer que é individual e que só podemos saber se uma pessoa está vivenciando-o por intermédio da leitura e reflexão do discurso sobre o modo pelo qual está inserido e experienciando seu próprio mundo – vida.

São vários os critérios que podem ser utilizados para delimitar a adolescência: idade cronológica, fases do desenvolvimento físico, características psicológicas e sociais, entre outros. Todos esses pontos são fundamentais para o entendimento desse período da vida (COLLI, 1991).

Existe um consenso entre os cientistas sociais de que o fenômeno da adolescência – sua duração, suas características comportamentais, seu lugar na família e na organização social – está, em grande medida, culturalmente determinado (OMS, 1995).

No campo das Ciências Sociais o termo mais utilizado para fazer referência a essa fase da vida é juventude, que remete a uma etapa do ciclo de vida de ligação, ou transição, entre a infância e a idade adulta - época do ápice do desenvolvimento e da plena cidadania, em que o indivíduo é capaz de exercer as dimensões de produção de seu sustento e outros, reprodução e participação nas decisões e direitos que regulam a sociedade. Delimitar a juventude por um tempo cronológico não é tarefa fácil em decorrência dos elementos constitutivos das experiências juvenis e da extensão da juventude na sociedade atual. Nesse sentido, no Brasil adota-se um período estimado dos 15 aos 24 anos (ABRAMO, 2005).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005), a adolescência corresponde ao grupo populacional entre 10 e 19 anos de idade que equivale a 24% da população brasileira. A limitação etária da adolescência torna-se necessária para que sejam traçadas as políticas de saúde para esse grupo.

Já o Ministério da Saúde considera a adolescência como sendo um período da vida humana em que ocorre um rápido crescimento e desenvolvimento do corpo, da mente e das relações sociais (BRASIL, 2002).

Do ponto de vista psicológico, a adolescência deve ser vista como um processo de desenvolvimento em que toda comoção desse período da vida, marcado por desequilíbrios e instabilidade externa, deve ser considerada normal – é a Síndrome da Adolescência Normal, fundamental na busca pela identidade vivenciada pelo adolescente. Nesse momento, o adolescente elabora, lenta e dolorosamente, o luto pela perda do corpo infantil, pela perda da identidade de criança e pela perda da relação com os pais da infância (ABERASTURY, 1983).

Nesse período, também exacerbam-se as indagações e dúvidas diante das mudanças ocorridas no próprio corpo e da percepção dos fenômenos externos, o que leva os adolescentes a questionarem o mundo à sua volta. As relações entre os colegas tornam-se mais intensas e, então, se distanciam dos pais, em busca de identidade e autonomia (DOMINGOS, 2003).

Essa fase, marcada pela busca de transformações da realidade, inquietações, curiosidades e conflitos, faz com que o adolescente se torne mais vulnerável ante os agravos à saúde e os problemas sociais, econômicos e políticos, estando mais sujeito a se envolver em comportamentos de risco que comprometem sua integridade (BELO HORIZONTE, 2004). Violência, drogadição, gravidez na adolescência, aborto, abuso e exploração sexual, doenças sexualmente

transmissíveis, acidentes de trânsito, homicídios e suicídios, dificuldades escolares, trabalho precoce, entre outros, são agravos freqüentes e discutidos nos segmentos sociais.

Se considerarmos a população brasileira, a maioria dos adolescentes e jovens procede de famílias que sobrevivem de maneira sub-humana, resultando em um viver de doenças e sofrimentos. Em contrapartida, encontramos famílias economicamente estáveis, mas com jovens que vivenciam situações de desprazer e sofrimento. Se não sofrem por motivos de fome ou outras carências materiais, sofrem por “carência de gente” e também por “excesso de coisas” (PATRÍCIO, 2000). E é justamente no concreto da vida, na construção e apropriação ou não de seus bens e valores materiais e culturais, na interação destes com processos somáticos, genéticos e físico-ambientais, que se definem os diversos modos de vida adolescente (RAMOS, 2001).

Nesse sentido, Domingos (2003, p.13) destaca que:

É preciso repensar as ações de saúde voltadas para os adolescentes, considerando que eles precisam não somente de informações sobre saúde sexual e reprodutiva, mas de ações integradas que promovam mudança de comportamento por meio da valorização do indivíduo como um ser social, com suas peculiaridades e vivências singulares.

2.2 O adolescente e os Programas/Ações de Saúde

A adolescência é vista como uma potencialidade para o desenvolvimento de gerações futuras, em diversos aspectos, uma vez que, no Brasil, a população adolescente entre 10 e 19 anos é de quase 40 milhões. Entretanto, as causas de mortalidade nessa faixa etária são, na maioria das vezes, em decorrência de

violência e acidentes de trânsito, sendo que, no ano de 2002, 86,1% das mortes na faixa etária de 15 a 19 anos foram devidas a essas causas, consideradas externas (BRASIL, 2005).

Tendo em vista as mudanças demográficas ocorridas no Brasil, nas últimas décadas, com o declínio da natalidade e aumento da esperança de vida, as políticas públicas que têm como alvo o jovem, o adulto e o idoso tornam-se mais significativas. Aliado a este fato devem-se considerar também os agravos à saúde prevalentes na adolescência, que refletem a realidade em que vivem, apontando a necessidade de construção de uma política integrada de atenção ao adolescente e ao jovem, de caráter intersetorial, que promova a melhoria das condições de vida e de saúde, a redução da morbimortalidade e o desenvolvimento pleno de suas potencialidades (BELO HORIZONTE, 2004).

Os direitos da criança e do adolescente são garantidos por meio da Constituição Federal de 1988 que enfatiza o papel do Estado no sentido de implementar programas de assistência integral à saúde da criança e do adolescente (BRASIL, 1988). Aliado a isso, com base na Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990, entrou em vigor o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) que dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente (BRASIL, 1990).

O ECA comemora seus 15 anos de existência. Entretanto, apesar dos méritos alcançados, a começar pela substituição do Código de Menores de 1979, pela redução da mortalidade infantil e por um melhor acesso das crianças e adolescentes à educação, continua com grandes obstáculos a serem superados, tais como as desigualdades regionais no País - que fazem com que as necessidades sejam diferenciadas - a necessidade de maior divulgação do Estatuto pela mídia, pois as próprias crianças e adolescentes protegidos por este, muitas vezes o

desconhecem. Torna-se relevante, então, que o ECA deixe de ser um projeto e seja incorporado pela sociedade e que se entenda a criança e o adolescente como sujeitos de direito, em condição peculiar de desenvolvimento e com prioridade absoluta (DIMENSTEIN, 2005).

Ainda em cumprimento à Constituição Federal de 1988, o Ministério da Saúde oficializou em 1989, o Programa Saúde do Adolescente – PROSAD. Esse Programa se dirige a todos os adolescentes de 10 a 19 anos e tem como finalidade promover, integrar, apoiar e incentivar atividades no sentido de promoção da saúde, identificação de grupos de risco, detecção precoce dos agravos, tratamento adequado e reabilitação dos indivíduos dessa faixa etária, sempre de forma integral, multissetorial e interdisciplinar (BRASIL, 1989).

As atividades básicas desenvolvidas pelo PROSAD dirigidas ao adolescente são: o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, o enfoque da sexualidade, da saúde bucal, mental, reprodutiva e da prevenção de acidentes e o acesso ao trabalho, à cultura, ao esporte e ao lazer.

De acordo com o PROSAD, o acesso do adolescente ao programa ocorrerá, preferencialmente, através da rede primária, com enfoque na promoção e prevenção, de maneira a abranger os diversos contextos sociais da vida do adolescente (BRASIL, 1993).

No entanto, apesar de todo empenho para a integralidade na atenção à saúde do adolescente, tal projeto vem enfrentando os seguintes desafios: garantir a prioridade para os adolescentes nas unidades de saúde; adequar os serviços de saúde para favorecer a captação e adesão dos adolescentes, priorizando as atividades de grupo e a promoção da saúde; levar em consideração as características e singularidades relativas a gênero, condição socioeconômica,

vínculos familiares, domicílio, incapacidades, escolaridade e trabalho; ampliar o foco das ações de maneira a contemplar de forma mais abrangente a família e a comunidade; mudar o enfoque do adolescente visto como problema, para o adolescente como solução, por meio do incentivo à participação do mesmo nos serviços e nas atividades de promoção de saúde na comunidade e da parceria com grupos organizados de jovens na comunidade; promover treinamento e educação continuada para profissionais capacitando-os para o trabalho com adolescentes; favorecer a implementação da avaliação permanente das ações pelos profissionais e pelos próprios adolescentes (BURSTYN, 2005).

Também a enfermagem contribuiu com a atenção à saúde do adolescente numa parceria entre o Ministério da Saúde e a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), com a criação do “Projeto Acolher”, instituído no ano de 2000. Esse projeto buscou incentivar a produção científica, bem como divulgar práticas e reflexões criativas sobre a saúde dos adolescentes. Também visou, por meio de suas publicações, promover um incremento no número de profissionais aptos a prestar assistência básica à população adolescente, reduzindo sua morbimortalidade e desconstruindo os mitos de que atender o adolescente é trabalhoso, e que é necessária alta qualificação para fazê-lo (RAMOS et al., 2000).

Entretanto, o que se observa hoje em dia nos serviços de saúde é a ausência de implantação de programas voltados para o atendimento dessa clientela (BRASIL, 2002). Não são comuns serviços de saúde que dispõem de trabalhos voltados especificamente para a população adolescente, com suas necessidades particulares e seu modo todo peculiar de procurar e utilizar a assistência à saúde. Além disso, quando temos um serviço que atende ao adolescente, na maioria das vezes ele não se ocupa da dimensão individual e coletiva, na perspectiva médico-

sanitária, fundamental na assistência do adolescente (AYRES; FRANÇA-JÚNIOR, 2000).

Nas Unidades Básicas de Saúde, tornam-se necessários o acolhimento, a escuta e a atenção integral à saúde do adolescente, superando a assistência pontual e fragmentada dirigida às queixas e problemas agudos (BELO HORIZONTE, 2004). É importante que os profissionais de saúde se envolvam com a assistência ao adolescente, seja através da implementação dos programas existentes, ou da criação de momentos de atendimento aos jovens, de forma individual ou coletiva, valorizando integralmente o indivíduo, único em suas experiências vividas.

Ainda nesse sentido, Patrício (2000, p.137) ressalta que:

Enquanto os serviços prestados pelos nossos setores oficiais de saúde ainda estiverem sob a hegemonia dos velhos paradigmas, a atenção ao adolescente ainda vai continuar sendo fragmentada, mecanicista, longe de visualizá-lo e de abordá-lo considerando sua história de vida e seu contexto em diferentes interações.

No dia-a-dia dos serviços de saúde faltam espaço e suporte apropriado às demandas do adolescente, seja no campo da orientação, seja no da proteção ou recuperação da sua saúde. Os sentidos atribuídos pelos jovens ao seu próprio corpo e à vivência juvenil, bem como as desigualdades e diferenças, em aspectos distintos, são freqüentemente ignorados, num processo de homogeneização e simplificação da saúde do adolescente (RAMOS et al., 2001).

Nas instituições escolares de responsabilidade do Estado de Minas Gerais são desenvolvidos dois projetos direcionados aos adolescentes: o Programa de Educação Afetivo-Sexual (PEAS) e o Programa Saúde na Escola. O primeiro foi criado no ano de 2000 e visa permitir ao adolescente a conquista de sua autonomia e a discussão de temas atuais, como abuso de drogas, violência e uso de métodos contraceptivos, entre outros, em escolas estaduais e municipais. Já o Programa

Saúde na Escola foi instituído no ano de 2005 e objetiva a formação de jovens para que eles possam viver seu cotidiano mais seguros e capazes de lidarem com às questões de saúde, sexualidade e violência. (MINAS GERAIS, 2006¹).

Ainda direcionado aos jovens, foi instituído no ano de 2002 pelo Centro de Estudos de Criminalidade e Segurança Pública (CRISP), em parceria com órgãos do governo de Minas Gerais e outras entidades, o projeto Fica Vivo. Tal projeto busca desenvolver ações para repressão à criminalidade e inserção social de jovens com passado de violência. Em virtude do resultado satisfatório da experiência piloto no Morro das Pedras, vila localizada em Belo Horizonte, o projeto foi expandido para mais cinco comunidades na capital e atua hoje em vinte e um municípios de Minas Gerais que apresentam índices de criminalidade elevados. A metodologia do projeto se dá basicamente pela realização de oficinas educativas, culturais e profissionalizantes para os jovens, com grandes resultados junto a essa população (MINAS GERAIS, 2006²).

Com relação às ações desenvolvidas pela saúde, Traverso-Yepéz (2002) diz que “nas adolescências” fica evidente a fraqueza do sistema de saúde vigente que, ao partir de uma visão unidimensional da saúde, desconsidera a diversidade das doenças “não orgânicas” que ameaçam a vida de crianças e adolescentes. Ainda ressalta que, garantindo apenas a sobrevivência, não se atende às múltiplas dimensões humanas, e o grande problema é que crianças e adolescentes ficam órfãos do atendimento abrangente de que precisam, estando expostos a outros tipos de mazelas.

Em face da fragmentação da rede assistencial, do despreparo dos profissionais de saúde para lidar com a dimensão subjetiva que toda prática de saúde supõe e de outras questões vivenciadas no dia-a-dia da saúde, o Ministério

da Saúde construiu uma política nacional de humanização da atenção e gestão no Sistema Único de Saúde, HumanizaSUS, que busca, entre outros pontos, considerar os diversos sujeitos envolvidos no processo de produção da saúde, visando valorizar as necessidades, desejos e interesses dos diferentes atores, ativos e protagonistas no campo da saúde (BRASIL, 2004).

De acordo com o Ministério da Saúde, também faz parte do HumanizaSUS, na atenção básica, a criação de projetos de saúde individuais e coletivos para usuários e sua rede social, considerando suas necessidades de saúde, as políticas intersetoriais e o incentivo às práticas promocionais de saúde (BRASIL, 2004). E é nesse ponto que considero o adolescente como foco dessa política, capaz de contribuir para uma assistência mais qualificada, holística e digna.

Portanto, torna-se fundamental adentrar no universo desses adolescentes e compreender o jeito de ser-e-estar-no-mundo desses sujeitos, para que os programas voltados a esta população se tornem efetivos, para além do discurso, com repercussões na qualidade de vida, na saúde integral e na felicidade desses jovens.

2.3 A relação entre o adolescente e o profissional de saúde

Inquieto em seu adolescer, o jovem se depara com a falta de referências na cultura moderna incluindo a autoridade dos pais que, muitas vezes, não sabem como agir nesse mundo pós-moderno. Sem a ordem da casa, com grande “liberdade” e num contexto de muita insegurança, quem lhe servirá de bússola?

Como nós, adultos, pais e profissionais, podemos criar um ambiente facilitante e não complicador de seu crescimento? (CARIDADE, 1999).

Considerar esta relação entre o adolescente e o profissional de saúde exige que, primeiramente, coloquemos o adolescente como sujeito com possibilidades, liberdade, assumindo suas ações perante sua vida. Assim sendo, torna-se relevante que o profissional de saúde esteja aberto ao diálogo, isento de preconceitos, autoridade e demagogia. A escuta das necessidades emancipatórias trazidas pelos adolescentes depende de que estes estejam em condições de um diálogo simétrico com os profissionais de saúde (AYRES; FRANÇA-JÚNIOR, 2000).

Colli (1991) ressalta que a boa assistência ao adolescente não se inicia evidentemente na adolescência. Tem sua origem na promoção, proteção e recuperação da saúde, ainda da criança que, ao chegar à adolescência, terá necessidades de saúde diferentes, necessidades essas que podem, em sua maioria, ser atenuadas ou resolvidas utilizando-se de recursos da atenção primária, que deverá estar preparada para essa finalidade.

Entretanto, a realidade nos mostra que a maioria dos adolescentes encontra entraves para estabelecer um vínculo com o profissional de saúde, seja por pouca abertura ao diálogo, seja por problemas pessoais ou por impedimentos do próprio serviço de saúde. Em contrapartida, a inexistência de vínculo contribui para que o adolescente se feche cada vez mais em suas dúvidas (DOMINGOS, 2003).

O cuidar de adolescentes não deixa de ser uma situação perturbadora. Sabe-se que ainda são poucos os profissionais que se capacitam e que se sentem motivados para trabalhar com jovens que vivem um momento peculiar de sua vida com questionamentos, conflitos e ambigüidades (ARMOND, 2003).

Caldas (1991), em sua pesquisa com adolescentes, considera que esses conhecem os locais específicos onde podem receber a assistência à saúde, mas eles afirmam que não são compreendidos pelos profissionais de saúde e que o atendimento se dá de forma rápida. Ressalta ainda que o discurso dos profissionais de saúde, de que não estão entendendo ou não querem entender a fala dos adolescentes, faz com que os jovens se distanciem dos serviços de saúde e sejam levados a uma visão negativa desses serviços.

Entretanto, o maior desafio dos profissionais da estratégia de Saúde da Família é o de concretizar, na prática cotidiana, a superação do monopólio do diagnóstico de necessidades e se integrar à “voz do outro”, que é mais que a construção de vínculo e responsabilização (GOMES, 2005). Tal situação remete a uma reflexão em relação ao modo como os profissionais de saúde têm conduzido os atendimentos, ancorados numa visão biologicista, fragmentada e reducionista, sem levar em conta o que os adolescentes pensam e esperam daquele momento junto com tais profissionais (DOMINGOS, 2003).

Em relação às dificuldades e potencialidades da parceria do profissional de saúde com o adolescente, Campos (1999, p. 85) afirma que:

Ser parceiro de um adolescente é uma experiência única, que pode nos transformar profundamente. Significa, por outro lado, recuperar e acolher o adolescente que fomos; e, por outro, ser capaz de enxergar a pessoa real que está diante de nós, com sonhos, desejos, potenciais, limitações e necessidades. Ajuda-nos a explicitar os valores segundo os quais estamos de fato vivendo, e a buscar os valores segundo os quais desejamos viver. Porque os jovens podem ver com clareza o que nós já não vemos; e nós, adultos, podemos ver com clareza o que eles ainda não vêem.

Os obstáculos no atendimento ao adolescente são muitos, mas todos passíveis de superação. As situações vivenciadas na abordagem ao adolescente não são fáceis. Muitos jovens se fecham em um silêncio permanente, ou utilizam

gírias e mais gírias como forma de expressão. Outros queixam-se de situações ou usam exemplos de seus pares para refletir momentos e experiências vivenciadas por eles, como forma de se livrar do preconceito, de punições e do temor pelo profissional. A garantia do sigilo das informações, bem como a assistência ao adolescente por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar que busque o desenvolvimento da autonomia e responsabilização dos adolescentes em torno de seus processos de vida e de saúde, torna-se relevante (MANDÚ; PAIVA, 2001).

No trabalho realizado por Patrício (2000, p.122), referente ao cuidado com a qualidade de vida dos adolescentes, ao questionar os adultos sobre o porquê da marginalização relacionada à atenção direta ao jovem, a autora ressalta que trabalhar com o adolescente mexe com o profissional de saúde:

[...] Mexe com nossa rotina, com nossa linearidade; com nossas antigas verdades de viver para o trabalho, em sacrifício, desconsiderando os prazeres da vida (...) Conviver com adolescentes que, literalmente, interagem com o mundo costuma provocar descontinuidade em nossas normas, em nossos valores e crenças. É bem mais fácil viver com tudo controlado, firme. E aí, quando aparece uma criatura que parece querer virar tudo de ponta-cabeça, mexe com nossas seguranças e nos desestabiliza.

A mesma autora destaca, ainda, que a ineficácia ou inadequação dos serviços de saúde, de promoção social e educação, ao se trabalhar as questões dessa população, deve-se a vários fatores: limitação de conhecimentos dos profissionais de saúde de todas as disciplinas na abordagem dos adolescentes, desconhecimento de conteúdos e práticas específicas, dificuldades que os profissionais apresentam tendo origem nas suas qualidades pessoais, nos seus referenciais e experiências de vida, especialmente aqueles construídos na infância-adolescência, em particular, relacionados à questão da própria sexualidade.

Não obstante, é importante ressaltar que o vínculo entre profissionais de saúde e adolescentes não se estabelece em um único encontro. Ele vai sendo

construído aos poucos, através da interação de ambos, por meio da conversa, da escuta, sobretudo do respeito às diferenças de cada um, em seu modo peculiar de ser, com suas vivências e preocupações (DOMINGOS, 2003).

O desempenho do processo de trabalho no Programa de Saúde da Família (PSF) deve estar relacionado à existência de profissionais que têm claro em suas mentes o papel de agente transformador, assegurando a participação e o controle social, tornando transparentes as informações, criando vínculos efetivos entre usuários e equipe e estabelecendo relações de troca e confiança (GOMES, 2005).

Nesse sentido, nosso olhar pode voltar-se aos jovens vendo-os também em uma fase de grande criatividade, de intensa afetividade, quando o deslumbramento pela vida e por novas emoções estão sempre presentes. Este novo olhar pode significar que os profissionais estejam atentos ao ser que se esconde em cada um desses jovens, de forma a compreendê-los em seus projetos e em suas múltiplas facetas (ARMOND, 2003).

Ao me aproximar da experiência dos profissionais de saúde, buscando compreendê-la na relação com o adolescente, me propus adentrar tais vivências a fim de compreender o significado atribuído a essa relação, fundamental para que ela possa ser cada vez mais estreita. Passo, então, a descrever o percurso metodológico utilizado nesta pesquisa.

III. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

3.1 A pesquisa qualitativa com abordagem fenomenológica

Durante a graduação em Enfermagem, participando do Programa de Aprimoramento Discente da Escola de Enfermagem (PAD/EEUFMG), desenvolvi pesquisas utilizando a metodologia qualitativa. Pude, dessa maneira, conhecer as características dessa metodologia e entrar no universo de possibilidades que ela nos oferece. Além disso, tive contato com a abordagem fenomenológica nos seminários de pesquisa em que conheci seus pressupostos básicos. Essas vivências foram fundamentais para iluminar meu percurso metodológico, contribuindo para meu conhecimento e definição do meu caminho na pós-graduação.

Assim, ao ingressar no mestrado, me propus realizar uma pesquisa com profissionais de saúde relacionada à abordagem ao adolescente. Esse estudo não tinha como objetivo buscar causas, explicações, nem tampouco se prender a generalizações, mensurações ou quantificações dessa experiência. Busquei compreender o significado deste vivido – fato que justificou minha opção, novamente, pela pesquisa qualitativa. Nesse tipo de abordagem, segundo Turato (2005), não se busca estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas. Tal significado tem função estruturante. Ou seja, em torno do que as coisas significam, as pessoas organizarão, de certo modo, suas vidas, incluindo seus próprios cuidados com a saúde.

A pesquisa qualitativa busca, nesse sentido, uma compreensão particular daquilo que se estuda; a construção do pensamento científico enfocando a subjetividade como integrante do fenômeno, não se preocupando com generalizações, princípios e leis, mas buscando sua essência que pode estar velada por trás do que é percebido pelos sentidos (SILVA, 2000). O pesquisador, nesse contexto, torna-se fundamental, uma vez que ele deve substituir as correlações estatísticas de uma pesquisa quantitativa por descrições individuais e as conexões de causas objetivas pelas interpretações subjetivas oriundas das experiências vividas (MARTINS; BICUDO, 1989).

Entre as abordagens qualitativas, elegi a fenomenologia como caminhar metodológico, uma vez que ela possibilita compreender o fenômeno em estudo com um olhar dirigido à experiência dos sujeitos que o vivenciam, no contexto em que esta ocorre, buscando chegar à essência do vivido.

Para compreender o fenômeno em estudo, é necessário adentrar nas experiências dos sujeitos que vivenciam o atendimento ao adolescente. Não basta simplesmente a observação, mas a busca da experiência concreta vivida por tais sujeitos.

Como pesquisadora, percebo que a relação do profissional de saúde com o adolescente é algo obscuro, que carece de um desvelamento. Assim, a trajetória fenomenológica é capaz de “des-velar” o vivido desta experiência e compreender o que significa para os profissionais de saúde atender o adolescente.

3.2 Pressupostos da Fenomenologia

A fenomenologia surgiu com Edmund Husserl no começo do século XX na Alemanha, como um novo método destinado a fundamentar tanto a Filosofia como as Ciências. Novo, por se opor diretamente ao positivismo diante da sua limitação para lidar com as questões subjetivas. A fenomenologia é, portanto, um pensar a realidade de modo rigoroso (BICUDO; ESPÓSITO, 1994).

A palavra fenomenologia deriva da palavra grega *phainomenon* que significa fenômeno: o que se mostra por si mesmo, o que se manifesta e da palavra *logos* que é o discurso esclarecedor. Desse modo, fenomenologia significa o discurso esclarecedor do que se mostra por si mesmo.

Dentre as várias possibilidades em pesquisa fenomenológica, alguns pressupostos básicos coexistem, tais como: fenômeno, realidade, consciência, essência, verdade, experiência, a priori, categoria e intersubjetividade (MARTINS; BICUDO, 1989; BICUDO; ESPÓSITO, 1994).

Na perspectiva fenomenológica, o fenômeno é a palavra que diz, é algo que pede, que exige um desvelamento, uma “iluminação” (BOEMER, 1994). Ela se ocupa de fenômenos, mas com uma atitude diferente das ciências exatas e empíricas. Os seus fenômenos são os vividos da consciência, os atos e correlatos dessa consciência. Uma das idéias principais da fenomenologia é de que “toda consciência é consciência de alguma coisa”, não sendo inicialmente a consciência de si, presença de si. A consciência é, inicialmente, inconsciência de si, o que reflete a intencionalidade desta (CAPALBO, 1996).

Portanto, o mostrar-se fenomenológico não ocorre em um primeiro olhar do fenômeno, mas paulatinamente. Dá-se na busca atenta e rigorosa do sujeito que interroga e que procura ver além da aparência, em busca do essencial do fenômeno (BICUDO; ESPÓSITO, 1994). É necessário um ver e uma consciência atenta que o veja, ou seja, um “ir-à-coisa-nela-mesma”, livre de preconceitos.

Desse modo, na pesquisa fenomenológica, não se busca uma neutralidade, pois os procedimentos são inseparáveis do fenômeno e do pesquisador. Assim, pretende-se descrever o fenômeno e não explicá-lo, não se preocupando em buscar as causas que o determinam (MARTINS; BICUDO, 1989).

A realidade, nesse sentido, emerge da intencionalidade da consciência voltada para o fenômeno. Não há, portanto, uma realidade única e sim quantas forem as interpretações, pois o fenômeno é perspectival (BICUDO; ESPÓSITO, 1994). Nessa imersão na realidade em que o fenômeno-situado se revela, busca-se chegar à essência. Essência não é coisa ou qualidade. É somente o ser da coisa ou da qualidade, isto é, um puro possível para cuja definição a existência não entra em conta, podendo haver tantas essências quantas significações que o nosso espírito é capaz de produzir (DARTIGUES, 2000).

Paulo (2005) afirma que essência é o que o fenômeno é, em seu aspecto puro e genuíno. É o ser da coisa, é o invariante entre todas as variações, é a verdade que se apresenta, é o que responde ao que é do fenômeno. Esta essência é mostrada pela realização de uma pesquisa rigorosa, que exige um caminhar gradativo, envolvendo três momentos não seqüenciais, que se fundem e se permeiam no decorrer da pesquisa, refletindo o movimento circular, de idas e vindas na fenomenologia, fundamental para apreensão da essência do fenômeno.

O primeiro momento é a descrição. Consiste em um relato de alguém que sabe alguma coisa para alguém que não sabe, no qual o pesquisador busca fazer com que os sujeitos descrevam de forma natural e espontânea as experiências de seu mundo-vida (MARTINS, 1990). É o mundo pré-reflexivo do sujeito que é trazido à tona, o que exige uma postura de envolvimento e escuta por parte do pesquisador, sendo necessária a suspensão de suas pré-concepções para que o fenômeno se desvele na fala, nos gestos e nas ações dos sujeitos.

Segue então o segundo momento que é a redução fenomenológica, também chamada de *epoché*. Ela desloca a consciência natural, imediata, colocando-a entre parênteses. É fundamental que, ao iniciar este caminho, o pesquisador deixe de lado tudo que ele já conhece a respeito do fenômeno a ser interrogado, para que seja permitido o encontro entre eles, ou seja, o ir-a-coisa-mesma (BICUDO; ESPÓSITO, 1994). São feitas novas leituras das descrições, buscando identificar unidades de significado que, aos olhos do pesquisador, o levam à resposta de suas interrogações. É uma parte da descrição cujas frases relacionam-se umas com as outras, indicando momentos distintos na totalidade da descrição (MARTINS; BICUDO, 1989).

Por fim, busca-se a compreensão fenomenológica. Compreender um ato humano implica compreender a plenitude de sua significação, fazer aparecer a totalidade de suas conexões, das suas inter-relações e situá-lo na totalidade da experiência. Esta compreensão não é conclusiva, já que o fenômeno é perspectival. O pesquisador, então, busca fundamentar sua reflexão utilizando um referencial filosófico na interpretação dos resultados obtidos, tendo em vista a sua essência (CAPALBO, 1996). Assim sendo, com objetivo de compreender, além da aparência, a essência do fenômeno investigado é alcançada.

3.3 A Fenomenologia Social de Alfred Schutz

A opção pelo referencial filosófico da Fenomenologia Social de Alfred Schutz, para subsidiar a análise dos dados do presente estudo, se tornou importante no momento em que percebi a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre a subjetividade das relações sociais que se dão entre os profissionais de saúde e o adolescente na prática de atenção à saúde.

Entretanto ressalto aqui que aproximar do mundo da filosofia de Schutz foi para mim uma tarefa desafiante em decorrência da minha formação em um modelo diferente, com uma abordagem positivista. Faço, assim, algumas considerações gerais sobre o filósofo feitas através de algumas leituras de autores que discorrem sobre Schutz.

Para Jesus (1998) trazer para a Enfermagem a perspectiva compreensiva de Schutz é vislumbrar o homem como sujeito livre, permeado pela realidade concreta e que vivencia uma relação intersubjetiva.

A abordagem fenomenológica do social, segundo Schutz, situa as pessoas em sua atitude natural, permitindo captar a realidade social, ou seja, compreendê-las em seu mundo vida. Essa realidade apresenta-se como um mundo de intersubjetividade já que o existir na vida cotidiana pressupõe interagir e comunicar continuamente com os outros.

Conforme Pais (2003)¹, *apud* Carvalho (2006, p.33), “os fenômenos sociais objetivos devem ser vistos à luz da subjetividade dos atores sociais, no que se refere às atitudes, aos desejos, ou às definições de situação”. Assim, as correlações objetivas são descrições artificiais se não forem considerados os componentes subjetivos que as precedem e as constituem.

¹ Pais, JM. Vida cotidiana: enigmas e revelações. São Paulo: Cortez, 2003.

O conceito principal e que foi usado neste estudo como eixo de sustentação foi a intersubjetividade, uma vez que fenomenologicamente a base de qualquer pesquisa está no mundo cotidiano, mundo da vida, mundo pré-reflexivo. Neste, é que reside a fonte de significados que é essencial para toda pesquisa. É a partir das experiências neste mundo, que os sujeitos elaboram suas percepções.

Ao expor as idéias fundamentais do mundo social segundo Schutz, em sua obra “Metodologia das Ciências Sociais: a fenomenologia de Alfred Schutz”, Creuza Capalbo, filósofa considerada uma das maiores referências em fenomenologia no Brasil, ressalta que é no mundo da vida que se dá o contexto de significados que constituem as relações sociais. Enquanto ser de relações sociais, o homem compartilha com os outros este mundo. O mundo da vida é o mundo do senso comum e esse mundo não é da esfera do privado, mas uma subjetividade compartilhada, em que a vivência é interpretada reciprocamente (CAPALBO, 1998).

O sujeito, ao relacionar-se com o outro, interage com o mundo do outro e vice-versa, constituindo assim o mundo “nós”, que, para Schutz, é intersubjetivo, de relacionamentos mútuos, em que se experiencia o outro na sua unidade e na sua totalidade de forma simultânea (CAPALBO, 1998).

Essa simultaneidade não é a do tempo físico. A corrente de consciência do outro tem uma estrutura análoga à minha, por isso, na concepção de Schutz, “envelhecemos juntos”. Em palestras proferidas na Universidade do Estado do Rio de Janeiro, em 1997, Creuza Capalbo afirmou que a intersubjetividade é condição da vida social. Vida social que é intersubjetiva e cujo significado vivenciado na singularidade é, ao mesmo tempo, vivenciado com os outros. Os significados vividos individualmente, ao serem contextualizados na relação subjetiva, vão configurando a relação social e indicam um sentido social (JESUS, 1998).

Segundo a interpretação de Jesus (1998), para Schutz, a compreensão do outro se dá em diferentes perspectivas conceituais, já que a experiência de suas vivências acontece em diferentes graus de intimidade. A relação de situação mais forte é relação social do tipo face a face, que estabelece uma relação de comunidade espacial e temporal, na qual um está voltado conscientemente para o outro: “orientação nós”.

O significado que uma pessoa dá às vivências do outro não pode ser exatamente o mesmo que ele próprio dá ao interpretá-las, pois, se ela pudesse estar consciente de toda a experiência do outro, ela e ele seriam a mesma pessoa. Assim, Schutz, considera que o corpo, sendo psicofísico, é campo de expressão das vivências humanas e essas vivências são apreendidas mediante uma representação significativo-simbólica (JESUS, 1998).

Quando a relação face a face se distancia, no tempo e no espaço, as experiências conscientes dos contemporâneos são apreendidas como pessoas anônimas: “orientação eles”.

O sentido comum vê o mundo, atua nele e o interpreta por meio de tipificações implícitas que permitem compreender e ser compreendido. As tipificações são representações construídas pelos próprios atores sociais, segundo suas relevâncias. O homem tipifica o mundo para compreendê-lo e comunicar-se com seus semelhantes (CAPALBO, 1998).

Fustinoni (2000), interpretando Schutz, diz que a tipificação é um conceito relativo que expressa motivos existenciais particulares e interesses específicos de pessoas que definem seus ambientes e dão significado ao mundo. É consequência de certos problemas que preocupam determinada pessoa, em um determinado momento, e varia conforme a temática dos problemas.

Assim, para a fenomenologia social, o que importa investigar é o que pode constituir-se em característica típica do grupo social que está vivenciando uma determinada situação (JESUS, 1998).

Considerando que o encontro do profissional de saúde com o adolescente no atendimento à saúde é uma experiência intersubjetiva, busco compreender o significado desse encontro no cotidiano profissional.

3.4 O encontro com os sujeitos

3.4.1 Região de inquérito

Região de inquérito refere-se à situacionalidade do fenômeno em estudo. Não está, portanto, relacionada a uma conotação de espaço físico, mas ao modo como o fenômeno ocorre para os sujeitos que o experienciam. No presente estudo, refere-se à vivência dos profissionais que atendem o adolescente.

O estudo foi realizado nos Centros de Saúde Felicidade e Centro de Saúde Tia Amância, pertencentes ao Distrito Sanitário Norte e Centro-sul, respectivamente, da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte – MG. A escolha deste cenário partiu da minha experiência como enfermeira no primeiro e bolsista do PAD da EEUFMG e acadêmica do internato rural no segundo.

Tais serviços fazem parte do BHVida Saúde Integral da atenção básica da Prefeitura de Belo Horizonte, nome do Programa Saúde da Família (PSF) nesse município. O PSF foi implantado em BH no ano de 2002, como forma de reorganizar as práticas de saúde na atenção básica.

O Centro de Saúde Felicidade tem como área de abrangência os bairros Felicidade, Floramar, Solimões e Jardim Guanabara. A maior parte de sua população é considerada de risco muito elevado quanto ao índice de vulnerabilidade à saúde. A população total desse serviço é em torno de 23.000 habitantes, atendidos por sete Equipes de Saúde da Família (ESF). Além dessas equipes, o centro de saúde conta com uma equipe de apoio composta por ginecologista, pediatra e clínico geral. Também possui uma equipe de saúde bucal e uma assistente social.

No Centro de Saúde Felicidade não existe atualmente nenhuma ação direcionada especificamente para a população adolescente. Entretanto, na área de abrangência deste serviço atuam diversas Organizações Não-Governamentais (ONGs) que desenvolvem um trabalho de formação profissional, educacional e de lazer junto às crianças, adolescentes e jovens. A Associação Comunitária do Bairro Felicidade - ABAFE - desenvolve três projetos para crianças adolescentes e jovens: o Esporte Legal, Juventude de Paz e Educação para a Vida. Outro órgão que atende o adolescente neste bairro é o Núcleo de Apoio à Família do Distrito Sanitário Norte (NAF- Norte) que faz parte do BHCidadania e oferece o Programa para Jovens e Oficina para Jovens Mães.

Além desses, o Projeto Fica Vivo tem um dos seus núcleos no bairro e proporciona a reinserção de jovens com passado de violência e criminalidade na comunidade. Também a Secretaria de Esporte desenvolve um projeto de Jogos e Lazer com os adolescentes semanalmente em uma escola pública.

Já o Centro de Saúde Tia Amância conta com uma ESF e uma equipe de apoio composta por ginecologista, pediatra e clínico geral. Além disso, possui psicólogos, psiquiatra, assistente social, fonoaudiólogo e equipe de saúde bucal. A

população da área de abrangência desse serviço é aproximadamente de 7.000 habitantes, pertencentes aos bairros São José, Vila Paris, Luxemburgo e Santa Lúcia. Também nesse centro de saúde, as ações do PAD permanecem, estando voltadas para os adolescentes em uma escola pertencente à área de abrangência do serviço.

Atendendo à população adolescente e jovem dos bairros pertencentes à área de abrangência desta unidade de saúde, em especial da Vila São José, a Igreja Santo Inácio de Loyola e as Obras Pavonianas desenvolvem oficinas profissionalizantes, culturais, de artesanato e de temas de interesse dessa população. Além disso, a Igreja Santo Inácio de Loyola também mantém uma instituição escolar, o Recanto do Menor, que atende crianças e adolescentes oferecendo atividades educativas e de lazer a crianças e adolescentes de 0 a 14 anos. A comunidade conta também com a atuação de escolas particulares e voluntários que desenvolvem ações sociais junto aos jovens carentes.

3.4.2 Sujeitos envolvidos

Os sujeitos desta pesquisa foram os profissionais pertencentes à ESF: médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). A opção pela ESF se deve ao fato de que, a partir da implantação do PSF, o atendimento ao adolescente deixa de estar diretamente ligado ao médico e passa a ter um enfoque multiprofissional.

Como critério de seleção, os sujeitos deveriam ter, no mínimo, seis meses de atuação no PSF e prestar atendimento ao adolescente no seu cotidiano de trabalho. Tal fato é justificado pelo objetivo do estudo: compreender os significados do atendimento ao adolescente pelos profissionais de saúde.

Tendo em vista o número de profissionais capazes de fazer parte deste estudo, foi feito um sorteio para seleção dos profissionais a serem entrevistados, separados por categoria profissional de forma que todas fossem contempladas. Em virtude da minha vivência nestes locais e da proximidade com os profissionais dos dois serviços, não tive nenhuma dificuldade junto a eles para abordar, convidar e esclarecer sobre minha pesquisa.

Após receber parecer favorável emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos (COEP) da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte e da Universidade Federal de Minas Gerais (Anexo A e B) para realização do estudo, busquei o cenário do estudo a fim de encontrar-me com os profissionais das ESF que atendem o adolescente e verificar se havia ou não interesse deles em participar da pesquisa.

A participação dos sujeitos envolvidos foi voluntária, após serem informados sobre o objetivo da pesquisa e a forma como participariam da mesma. Após aquiescência dos sujeitos, era lido, em linhas gerais, pelo pesquisador o seu compromisso contemplado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo C) e, logo após, solicitado assinatura dos sujeitos. Foram resguardadas a identidade dos entrevistados e as informações que pudessem ser indício para a identificação dos profissionais envolvidos, conforme determina a Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisa envolvendo seres humanos.

3.4.3 A entrevista com os profissionais de saúde

A coleta de dados deste estudo foi realizada por meio de entrevista aberta guiada por uma única pergunta acerca do atendimento ao adolescente pelos profissionais das equipes do Programa Saúde da Família (PSF).

De acordo com Carvalho (1991), numa entrevista fundamentada em uma metodologia fenomenológica busca-se chegar a um saber que é do sujeito e não sobre o sujeito. Busca-se “um ver que não é pensamento de ver” e sim a maneira do sujeito de vivenciar o mundo diante da questão apresentada. Não se busca uma linguagem que seja a soma de pensamentos e idéias, mas a “fala originária” que possibilita a mediação com o outro e a comunicação com o mundo.

Nesse sentido, as entrevistas foram agendadas conforme a disponibilidade dos sujeitos, no local de interesse deles, e realizadas no período de março a julho de 2006.

Durante a apresentação da proposta da pesquisa aos profissionais, disse-lhes que a entrevista não iria interferir no seu cotidiano de trabalho e os esclareci quanto à garantia do sigilo das informações e da preservação da identidade.

Todos os profissionais envolvidos optaram por realizar a entrevista em seu próprio local de trabalho. Sendo assim, procurei identificar uma sala mais reservada capaz de garantir nossa privacidade e evitar interrupções, às quais estávamos sujeitos por se tratar de um ambiente de trabalho.

Antes de iniciar a entrevista, entreguei a cada sujeito o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido agora para ser lido por eles com atenção. Apesar de ter feito referência ao uso do gravador no Termo de consentimento, reforcei a

necessidade de se gravar a entrevista e esclareci dúvidas, de modo a aliviar um pouco o constrangimento que muitas vezes a presença do gravador provoca. O ato de gravar a entrevista possibilita ao pesquisador olhar para o entrevistado e atentar a outras formas de expressão, capazes de refletir seus sentimentos e impressões. Além disso, considere também o fato de que a anotação dos depoimentos no momento da entrevista dificulta e impede uma coleta mais rigorosa e fidedigna das falas dos sujeitos. Assim, é papel do pesquisador criar junto aos entrevistados uma certa empatia para aliviar os desconfortos que possam surgir em decorrência dos recursos utilizados na coleta de dados.

Os sujeitos do estudo foram, ainda, esclarecidos quanto à liberdade de se desligarem da pesquisa a qualquer momento, sem que isso representasse qualquer prejuízo para eles. Desse modo, obedeceu-se com rigor ao determinado na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). Após o consentimento de cada profissional foram iniciadas as entrevistas, norteadas pela seguinte questão: “O que é, para você, atender o adolescente?”

Durante as primeiras entrevistas fiquei ansiosa e insegura diante das inúmeras possibilidades que essa questão poderia suscitar. Com o caminhar tranqüilo, ao longo de cada entrevista, passei a me sentir mais segura e confortável para a realização das entrevistas seguintes. Essa experiência me fez perceber a importância e a necessidade da escuta, tornando-me mais apta a ouvir atentamente o outro, a valorizar seus gestos e expressões, a perceber o silêncio por si só “dizer” em alguns momentos e, assim, deixar que o fenômeno emergisse das experiências desses profissionais de uma maneira tranqüila e serena.

Em alguns encontros, as experiências dos sujeitos eram profundas e remetiam a fatos vivenciados na própria família. Isso fez com que alguns desses

sujeitos se emocionassem e me transmitissem o quanto aquele momento lhes possibilitava uma reflexão do que era realmente vivido. Muitas vezes as pausas entre as falas comunicavam reflexões e angústias desses profissionais, que as palavras não podiam expressar.

Após cada entrevista, fiz a transcrição das falas dos entrevistados buscando apreender e visualizar gestos e sentimentos manifestados pelos sujeitos, de forma que tais expressões não ficassem perdidas. Ouvia novamente a gravação fazendo uma leitura atenta do texto já transcrito.

Tendo realizado doze entrevistas comecei a perceber o desvelamento do fenômeno em estudo, com repetição de conteúdos e vivências. Entretanto, realizei mais três entrevistas com sujeitos que já haviam sido convidados a participar desta pesquisa. Sendo assim, totalizei a coleta de dados com quinze entrevistas por meio das quais foi possibilitado o mostrar-se do fenômeno em sua essência.

Para garantia do anonimato dos sujeitos desse estudo optei por atribuir pseudônimos relacionados pela categoria profissional, obedecendo a ordem de realização das entrevistas.

E quem são os sujeitos participantes do estudo?

Como forma de orientar o leitor(a) conhecer melhor os participantes do estudo descrevo abaixo um pouco de cada um deles:

- ACS. 1, 25 anos, segundo grau completo. É casada, não tem filhos. Trabalha como ACS há quatro anos. No momento da entrevista estava, a princípio, ansiosa. Aos poucos foi se expondo de maneira tranqüila e colocando sua vivência. No final da entrevista mostrou-se preocupada e disse que se eu tivesse falado a questão anteriormente ela teria formulado algo melhor para me dizer.

- ACS. 2, 24 anos, segundo grau completo. É solteira, não tem filhos. Trabalha como ACS desde 2002. Relatou gostar do trabalho que realiza e estava à vontade e descontraída durante a entrevista.

- ENF. 1, 30 anos, enfermeiro. É casado, reside com sua esposa e sua filha (03 anos) em Belo Horizonte. Atua no PSF há 03 anos. Já atuou na assistência hospitalar e na docência em curso técnico de enfermagem. Participou da entrevista de forma tranqüila e aberta.

- ENF. 2, 29 anos, enfermeira. É solteira, reside com os pais em Belo Horizonte. Está no PSF há 03 anos. Trabalha também em uma maternidade pública em BH. Estava interessada e disposta a contribuir durante toda a entrevista.

- AE. 1, 47 anos, auxiliar de enfermagem. É divorciada, reside em Belo Horizonte com seus três filhos (27 anos, sexo feminino; 17 anos, sexo masculino; 15 anos, sexo masculino). Atua no PSF há dois anos. Já trabalhou na assistência hospitalar durante doze anos. Estava calma durante toda entrevista colocando muito de suas vivências com seus filhos adolescentes.

- ACS. 3, 23 anos, segundo grau completo. É casada, sem filhos. Atua há 03 anos como ACS. Durante a entrevista estava interessada, descrevendo suas vivências e preocupações relacionadas ao adolescente. Falou sobre o valor de suas atividades no PSF e algumas angústias vivenciadas no dia-a-dia de seu trabalho.

- ACS. 4, 43 anos, primeiro grau completo. É casada, reside com seu esposo e três filhos (25 anos, sexo feminino; 23 anos, sexo feminino; 13 anos, sexo masculino) em BH. Trabalha há 02 anos e seis meses no PSF. Estava ansiosa durante a entrevista e relatou que em sua área de abrangência há poucos adolescentes e, por isso, tem pouca experiência com esse tipo de atendimento. Mostrou-se nervosa e não quis prolongar a entrevista.

- MED. 1, 48 anos, médica. É casada, reside com seu marido e seus três filhos (25 anos, sexo feminino; 23 anos, sexo feminino; 13 anos, sexo masculino) em BH. É pediatra e atua no PSF como generalista. Permaneceu de uma maneira serena durante toda entrevista e, em certos momentos, fez analogias à sua vivência como mãe de jovens.

- ENF. 3, 54 anos, enfermeira. É divorciada, reside com sua filha (17 anos) em BH. Durante a entrevista se emocionou em alguns momentos ao rememorar experiências vivenciadas como mãe e enfermeira junto aos adolescentes.

- AE. 2, 48 anos, auxiliar de enfermagem. É solteira, não tem filhos. Reside com um irmão em BH. Atua no PSF desde 2002. Estava calma durante a entrevista e colocou de forma emocionada a vivência junto aos adolescentes que acompanhou desde a gestação, por estar há 20 anos neste centro de saúde.

- ENF. 4, 36 anos, enfermeira. É casada, reside com seu marido e seus quatro filhos (14 anos, sexo feminino; 12 anos, sexo masculino; 09 anos, sexo masculino; 04 anos, sexo feminino) em BH. É formada também em Biologia, sendo professora em uma escola pública. Atua como enfermeira no PSF há 3 anos. Estava alegre e descontraída durante toda entrevista.

- MED. 2, 54 anos, médica. É casada, não tem filhos. Geriatra de formação atua no PSF desde 2003 como generalista. Estava tranqüila durante toda a entrevista e ressaltou a liberdade que tem com o adolescente, atribuída, segundo ela, ao fato de não ter filhos.

- MED. 3, 55 anos, médico. É casado, reside com sua esposa e suas três filhas (24 anos; 22 anos; 18 anos) em BH. É ginecologista e atua desde 2002 como generalista no PSF. No início da entrevista estava tímido e com rubor facial intenso,

constrangido pelo gravador. Quando este foi desligado ao finalizar a entrevista, se mostrou à vontade e continuou falando sobre suas vivências junto ao adolescente.

- ENF. 5, 26 anos, enfermeiro. É casado, sem filhos. Atua no PSF desde 2004. Esteve ansioso no início da entrevista e ao longo desta foi se manifestando de maneira mais tranqüila.

- ENF. 6, 25 anos, enfermeira. É solteira, reside em Ibitiré. Atua no PSF desde 2004. É professora em um curso técnico de enfermagem. Estava calma durante a entrevista.

Para compreensão dos discursos dos sujeitos envolvidos segui rumo à análise compreensiva da essência do atender o adolescente.

3.4.4 O fenômeno se revela

Para análise dos depoimentos segui os passos propostos por Martins e Bicudo (1989) acerca da análise ideográfica. Tal método busca tornar visível a ideologia que permeia as descrições ingênuas, naturais e espontâneas, do sujeito.

Assim, tendo realizado as entrevistas e sua transcrição, parti para o primeiro momento, em que fiz a leitura das entrevistas do princípio ao fim, procurando familiarizar-me com o texto que descrevia a experiência vivida pelos sujeitos. Essa leitura não buscava ainda qualquer interpretação, mas um fim geral para todas as afirmações. Dessa maneira, obtive uma visão geral do significado do atendimento ao adolescente pelos profissionais da ESF.

Passei então ao próximo momento, no qual busquei, de forma espontânea, as unidades de significado expressas de maneira ingênua nas falas dos sujeitos. Para isso, foram necessárias exaustivas leituras das entrevistas a fim de apreender as unidades de significado, que não estavam prontas ou em evidência no texto (MARTINS; BICUDO, 1989). Tais unidades tinham um significado especial, capaz de responder às minhas inquietações. Nesse momento foi fundamental que eu me colocasse no lugar dos sujeitos para que meu olhar estivesse voltado àquela situação. Por meio da redução fenomenológica, selecionei as partes do discurso que, sob a minha ótica, eram fundamentais para o desvelamento do fenômeno. As unidades de significado encontram-se negritadas nos discursos (Anexo D).

Feito isso, transformei as expressões naturais dos sujeitos, presentes nas unidades de significado, em uma linguagem científica, articulada, respeitando a ideologia permeada nos discursos (MARTINS, 1990).

Por fim, realizei o agrupamento das unidades de significado dos discursos, conforme semelhanças e diferenças, objetivando identificar os temas de análise ou subcategorias, os quais apresento a seguir:

- O desafio em atender o adolescente
- A relação com o adolescente
- As características da adolescência
- As limitações no atendimento ao adolescente
- Os adolescentes e os serviços de saúde
- A necessidade de organização do serviço para atender o adolescente

Imbuída de muita atenção e intuição mergulhei nas subcategorias colocadas acima e a partir daí consegui construir as categorias abertas. Portanto, o fenômeno se revelou em três grandes categorias. São elas:

- **Atender o adolescente: as contradições vivenciadas**
- **Atender o adolescente: ser-no-mundo com o outro**
- **Assistência ao adolescente na rede básica: retrato de uma prática**

A seguir, são apresentadas as categorias abertas com suas respectivas subcategorias:

I - ATENDER O ADOLESCENTE: AS CONTRADIÇÕES VIVENCIADAS

- O desafio em atender o adolescente
- As limitações no atendimento ao adolescente

II – ATENDER O ADOLESCENTE: SER-NO-MUNDO COM O OUTRO

- A relação com o adolescente

III – ASSISTÊNCIA AO ADOLESCENTE NA REDE BÁSICA: RETRATO DE UMA PRÁTICA

- Os adolescentes e os serviços de saúde
- A necessidade de organização do serviço para atender o adolescente

Por fim, dei início à compreensão e interpretação do fenômeno. Para isso foi preciso que retomasse ao que havia colocado “entre parênteses” a princípio, e me dispusesse do disponibilizado na literatura acerca do fenômeno estudado. A Fenomenologia Social de Alfred Schutz constitui-se em uma grande aliada na iluminação do fenômeno, apesar das dificuldades apresentadas por mim no entendimento e na assimilação do conteúdo filosófico espelhado em seus ensinamentos.

IV. ANÁLISE COMPREENSIVA DOS DISCURSOS

4.1 Atender o adolescente: as contradições vivenciadas

Atender o adolescente, segundo os profissionais, remete a vivências diversificadas. Muitos apontam desafios e limitações quando se vêem face a face com o adolescente. As contradições vividas pelos profissionais no atendimento ao adolescente, estão analisadas nesta categoria composta por duas subcategorias.

4.1.1 O desafio em atender o adolescente

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. Desafios diante das diversas vivências dos adolescentes, além das tantas novidades e mudanças no mundo moderno que impõe ainda novos conflitos aos jovens. A mudança da estrutura familiar, as modificações do mundo do trabalho, as questões de gênero, são abordadas pelos sujeitos da pesquisa.

A condição juvenil é vista pela sociedade de forma homogênea, apegando-se a aspectos negativos vividos por alguns jovens como as drogas, a violência e a “irresponsabilidade” ante a sexualidade. Além disso, novos obstáculos são construídos à medida que os adolescentes e jovens são tratados de maneira

estereotipada nos serviços de saúde e educação, em que estes não são ouvidos de forma acolhedora. É a partir dessa ótica que a geração jovem aparece marcada pela negatividade, pela passividade em relação aos valores e práticas, pela falta de empenho transformador, que revelariam uma traição da própria essência da condição juvenil de décadas anteriores. (ABRAMO, 1994)

Esta análise corrobora a fala de ACS.1 ao afirmar que existe diferença em lidar com adolescente do sexo masculino e feminino:

[...] Trabalhar com o adolescente é uma dificuldade muito grande [...] Pro homem, é difícil a abordagem porque eles não tão nem aí [...] pelo fato das drogas. Pra mulher a gente não tem dificuldade não, porque ela é mais aberta [...] **(ACS. 1)**.

O desafio pode acontecer em diferentes situações como foi revelado pelos sujeitos. Pude apreender dois aspectos relacionados à questão de gênero. O primeiro referente à diferença em atender um adolescente do sexo feminino e masculino como apontado na fala acima. O outro, quando em situações específicas, por exemplo no exame preventivo, em que a adolescente fica constrangida de ser atendida por profissional do sexo oposto. Isso gera certo transtorno no serviço.

[...] Mas, em geral, o fato de eu ser homem gera mais problema com as moças. Elas têm vergonha de fazer preventivo comigo. A grande maioria que faz preventivo comigo são mulheres acima dos trinta anos. Raramente a faixa etária menor faz comigo. Isso é um complicador, porque devido eles começarem a vida sexual muito cedo, teriam que estar realizando preventivo. Outra coisa complicada é que o ginecologista do posto é homem também. Então quando elas querem fazer o preventivo nós temos que agendar para a única médica generalista que temos na equipe [...] **(ENF. 5)**

Em seu estudo sobre a consulta ginecológica sob a ótica de adolescentes, Domingos (2003) pôde perceber que este atendimento é vivido pelas adolescentes como um momento íntimo com o profissional de saúde em que estas expõem seu corpo e a intimidade à intrusão alheia, o que causa constrangimento e

vergonha. Aliado a isso, o fato desse momento de intimidade ser vivido junto ao profissional do sexo masculino remete a uma vivência ainda mais tensa.

Segundo essa autora, nos serviços públicos de saúde dificilmente existe uma identificação com os profissionais, uma vez que o paciente é atendido conforme a disponibilidade da escala de profissionais, o que implica, na maioria das vezes, fazer a consulta com profissionais diferentes. Tal fato dificulta a construção do vínculo por meio de uma aproximação gradativa em que a confiança é selada junto da adolescente para que esta se sinta mais à vontade.

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. Apreendi que nesse encontro com o outro, o profissional busca reconstruir e revive o adolescente que foi. Sendo assim, rememora experiências, faz comparações e analogias e muitas vezes não consegue superá-las. Portanto é difícil para o profissional exercer a neutralidade, quando ainda tem as vivências da sua adolescência presentes de forma viva em sua memória. Deixar de lado tudo isso, torna-se um grande desafio para ele.

[...] É um desafio atender o adolescente. Para mim é um desafio, porque as coisas mudaram muito ultimamente, né, o mundo mudou [...] A adolescente está amadurecendo mais cedo [...] tá virando mulher. O menino tá virando homem mais cedo [...] Então para mim é um desafio. Às vezes eu fico tão embasbacada perto deles, que eu peço ajuda a Deus para me ajudar a atender aquele adolescente [...] O adolescente quer viver sem nenhuma responsabilidade [...] Então é um desafio mesmo pra mim, atender o adolescente [...] E tem hora que eu desanimo atender o adolescente, me dá cansa, de verdade [...] A minha experiência de atender o adolescente é frustrante. Não cheguei ainda a lugar nenhum com o adolescente [...] ele é tão irônico às vezes, não tá nem aí [...] você fala e ele [...] não tem resposta nenhuma, sabe? Uma resposta de comportamento, de mudança de atitude [...] você não vê mudança de comportamento, mudança de atitude, né [...] (ENF. 3)

Os profissionais sentem-se perdidos, perplexos, cansados e frustrados ao atenderem os adolescentes. Não sabem o que fazer diante das mudanças ocorridas no processo de adollescer, muito diferente daquele vivido por eles quando adolescentes, quando parecia existir o tempo certo para as transformações anatômicas e fisiológicas acontecerem. Nesse sentido, o profissional traz para o atendimento ao adolescente, vivências e experiências próprias de seu mundo-vida. Aquilo que é subjetivo. E, é nessa relação face a face com o adolescente que se constrói uma relação intersubjetiva, que se dá também com base na experiência vivida pelo profissional.

Para Schutz a intersubjetividade é a categoria fundamental da existência humana no mundo. Afirmo que é na relação de intersubjetividade do nós, que o mundo circundante nos é comum e com ele coincidimos, ao menos para as nossas necessidades práticas, para que possamos partilhar nossas experiências. E é justamente nessa relação que emergem os desafios. (CAPALBO, 1998)

As mudanças culturais, de valores e sociais, vivenciadas no mundo contemporâneo são identificadas como desafios no atendimento ao adolescente, quando relacionadas com as próprias características do ser adolescente. Construir-se como ser humano é uma tarefa contínua e desafiante. E, nesse complexo, prazeroso e penoso processo de se tornar um ser humano inigualável, que o adolescente vivencia modificações em sua vida, muitas vezes de forma abrupta, o que constitui desafios aos sujeitos com os quais se relaciona. Portanto, atender o adolescente no mundo de hoje torna-se um grande desafio para os profissionais de saúde.

É nesse encontro, na unidade de saúde, no momento do atendimento, em que os sujeitos compartilham o mesmo espaço e tempo, na relação face a face, que se dá a intersubjetividade. Acerca da relação face a face Schutz exemplifica:

“Ela compartilha comigo um espaço quando está presente em pessoa e eu tenho consciência dela como tal, esse indivíduo, em particular, e percebo seu corpo como o campo sobre o qual se manifestam os sintomas de sua consciência íntima. Ela divide comigo um tempo comum, quando sua experiência flui lado a lado com a minha, quando posso a qualquer momento buscar e captar seus pensamentos conforme eles existem. A situação face a face pressupõe, então, uma simultaneidade real de cada uma das correntes de consciência distintas. De forma a tornar-se consciente de tal situação, o participante precisa tornar-se intencionalmente consciente da outra pessoa.” (SCHUTZ, 1972, p. 192).

Segundo Schutz, o mundo da vida é intersubjetivo desde o início, e nossas ações nele exercidas são eminentemente sociais, pois elas nos colocam em relação uns com os outros. O nível mais fundamental desta relação dá-se na situação face a face, em que a intersubjetividade aparece em toda a sua densidade, e o outro nos aparece em sua unidade e em sua totalidade. (CAPALBO, 1998)

Schutz ainda aponta, segundo Capalbo (1998), que uma das formas de superar os problemas da intersubjetividade é por meio do intercâmbio de pontos de vista. Para isso é necessário reconhecer que cada sujeito ocupa determinado lugar na sociedade. Assim, faz-se a idealização de acordos ou a realização de congruência dos sistemas de relações em busca de salvar o caráter intersubjetivo.

Percebo que o desafio em atender adolescentes está associado, muitas vezes, às demandas apresentadas pelos jovens. E os profissionais de saúde, por estarem carregados de preconceitos, consideram as ações dos adolescentes como desvios de conduta e marginalidade e não os tratam como sujeitos de mudanças. Dessa maneira, como afirmam Rios et al. (2002), é preciso entender a “passagem para a vida adulta” e seus percalços como um processo vivido socialmente.

Em consonância com tal pensamento, Schutz coloca que as idéias culturais mais estereotipadas socialmente só existem nas mentes dos indivíduos que as absorvem, interpretam-nas em função de suas próprias situações de vida, atribuindo a estas um significado. (WAGNER, 1979)

Outro ponto levantado pelos sujeitos desta pesquisa, e que se torna um desafio no atendimento, é a desestruturação do sistema familiar vivido por muitos jovens nos tempos atuais, em que eles perdem os parâmetros que antes eram construídos. E, nesse sentido, a profissionalização dos jovens das camadas populares é vista como um dos caminhos, por constituir uma luta permanente desses jovens pela sobrevivência e pela vida. Por meio da profissionalização o jovem vai se sentir mais valorizado e respeitado pela família e pela sociedade como um todo.

[...] Então, o próprio sistema, a própria moradia deles, o núcleo que eles vivem, né, o ambiente que eles vivem, eu acho que não dá pra dá resultado nenhum, sabe? Eu acredito que a única coisa que vai mudar o comportamento dos adolescentes é a profissionalização. Eles se sentirem úteis. No dia que eles se sentirem úteis, fazendo parte da sociedade, sendo valorizados pelo outro ser humano, pela própria família vai haver mudanças, sabe [...] O adolescente te desafia de todas as maneiras que você puder imaginar [...] **(ENF. 3)**

Nesse sentido, Abramo (2006)² afirma que a adolescência marcada como a passagem ou transição para a vida adulta pela via do trabalho está cada vez mais obscura e difícil para o jovem, uma vez que o mercado profissional se mostra cada dia mais limitado e seletivo. Assim, muitos jovens deixam de viver experiências próprias da adolescência e juventude, uma vez que não têm condições de sustentar seu lazer, atividades culturais e de divertimento, por causa da falta de

² Notas feitas durante a fala de Helena Abramo em Encontro da Rede PUC de Extensão sobre Infância e Adolescência, Belo Horizonte, 31/10/2006.

oportunidades. Na sociedade capitalista em que vivemos, muitos adolescentes e jovens vivem a angústia da exclusão em decorrência das poucas possibilidades e perspectivas. Isso faz aumentar o desafio para os profissionais que lidam com o adolescente.

Por outro lado, apesar dos desafios, o profissional sente prazer em atender o adolescente. É no atendimento individual que ele vê resultado de seu trabalho. Percebe que há uma resposta melhor por parte do adolescente.

[...] Olha, pra mim, pessoalmente, é uma coisa muito prazerosa. Assim, a princípio eu gosto muito, tem essa coisa do lado pessoal, que tem que ter afinidade. Se for pensar nas faixas etárias, por acaso é a que eu gosto muito. É do adulto jovem. Eu gosto do adolescente e do adulto jovem, especialmente de trabalhar. Mas é um grande desafio [...] individualmente, é o que eu tenho feito mais, me dá um retorno muito bom. Eu tenho um relacionamento muito bom. E tenho uma resposta muito boa deles no atendimento individual. Tenho certa frustração quando é na parte de grupos porque a gente ainda não conseguiu uma coisa muito boa. É difícil prender um pouco, fazer um trabalho maior. Aqui tem sido. Aí a gente tem pegado carona nas instituições que agrupam adolescentes [...] **(MED. 1)**

O atendimento individual está mais voltado para a queixa do adolescente.

O adolescente procura o serviço de saúde, na maioria das vezes, porque está com algum transtorno na saúde.

Nesse sentido, é mais fácil tratar do corpo doente, naquilo que demanda a consulta médica ou de enfermagem, do que falar de “coisas” que transcendem o corpo físico/biológico, por exemplo, as questões relacionadas à sexualidade do adolescente.

Segundo Ferreira et al. (2005) o médico é um representante do mundo adulto para o adolescente. Mas um representante com o qual não há conflitos especiais como os do ambiente familiar e escolar, o que o coloca com um papel importante junto ao adolescente.

Os sujeitos falam também das dificuldades em atender o adolescente, quando a mãe é a porta voz de suas queixas. 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.

[...] Muitas vezes ele vem acompanhado com a mãe, ele senta aqui e não fala nada, é a mãe que fala. [...] pede pra mãe responder pra ele. A mãe é que explica o que ele tá sentindo, o que é e tal. Quando a gente pergunta, diz que já acabou. Não querem entrar em muito detalhe e nada [...] **(MED. 3)**

Então, diante do desafio de uma escuta - que seja das necessidades do adolescente e ditas por ele - Ferreira et al. (2005) sugerem que o atendimento ao adolescente se dê em três momentos: primeiramente junto com o familiar, para investigação de antecedentes e queixas de acordo com a visão do próprio familiar; no segundo momento o adolescente - já ciente quanto ao sigilo do profissional diante de suas falas e demandas - fica sozinho, para uma escuta atenta do profissional seguida de suas orientações; no terceiro momento, o familiar retoma para que também com ele sejam discutidas as dúvidas e condutas a serem adotadas.

Noto que, se na relação com o profissional o adolescente não se sente à vontade para expressar suas necessidades, por outro lado, este tem a família como um refúgio quebrado. Não conseguem se abrir para os profissionais nem manter com a família uma relação dialógica que satisfaça suas reais necessidades.

4.1.2 As limitações no atendimento ao adolescente

Para discutir as limitações vivenciadas pelos profissionais no âmbito público é necessário adentrar a esfera privada em que o adolescente constrói suas bases e relações - a família.

No ambiente familiar o adolescente recebe dos pais informações que, muitas vezes, não o levam a uma reflexão profunda sobre suas atitudes e mudanças de postura, natural pelas transformações da própria adolescência. Em muitas situações, os próprios pais desconhecem os assuntos trazidos pelos adolescentes e também a dimensão da influência significativa que representam para os filhos como fonte de informações. Outrora perpetuavam a linguagem do silêncio junto aos adolescentes. (NUNES, 2000)

Ainda nesse sentido, Jesus (1998) coloca que a família considerada como uma estrutura social ideal para a educação tem sido frágil para atuar, principalmente, na educação sexual dos filhos, seja pela repressão às manifestações sexuais, seja pelas circunstâncias do próprio ambiente familiar.

Dessa maneira, muitos conhecimentos adquiridos pelos adolescentes e jovens ficam a cargo da escola, que assume parte das ações que seriam dos pais. Nesse contexto nem sempre é fácil garantir práticas de educação em saúde que sejam capazes de atender às reais necessidades dos adolescentes. Os professores se sentem despreparados para lidar com demandas trazidas pelos jovens. Essas demandas extrapolam o conhecimento e ações dos professores que, muitas vezes, limitam em abordar aspectos biológicos sobre o corpo e suas modificações, não

avançando para a subjetividade e discussão de vivências que os adolescentes trazem.

A educação dos adolescentes e jovens ainda é centrada na formação escolar, nos conteúdos das disciplinas curriculares obrigatórias. Nossas escolas ainda não estão preparadas, com raras exceções, para a construção do ser de desejos, de necessidades, possibilidades e limitações. (PATRÍCIO, 2000)

Moreira (2005), em seu trabalho intitulado “*Os determinantes organizacionais para a inovação escolar: o caso da educação afetivo-sexual*”, fala que a sexualidade como tema transversal dificilmente será trabalhada pelos professores se não houver um profissional que se identifique profundamente com a temática para realizar o debate constante da questão. Além disso, ressalta que a sexualidade é uma temática que exige sinergia e investimento pessoal por parte dos educadores para que as ações sejam efetivas.

Ainda nesse sentido, Iossi (2000) diz que o despreparo dos professores em abordar questões referentes à sexualidade na adolescência se deve à sua formação, às suas dificuldades pessoais e à necessidade de compreenderem a influência dos valores e da cultura na formação das pessoas.

Assim, habitando o mundo da família e o mundo da escola, o adolescente chega ao serviço de saúde. Nesse cenário, encontra profissionais que também se vêem limitados para lidar com as reais necessidades dos adolescentes.

Nesta subcategoria apreendi nos relatos dos profissionais que as limitações no atendimento ao adolescente remetem também à falta de preparo, seja no meio acadêmico ou profissional, sobre questões relacionadas à adolescência. Questões como iniciação sexual e gravidez na adolescência, são assuntos que demandam maior preparo do profissional. Por inferência posso afirmar também que,

por serem esses assuntos delicados e mexerem com a visão de mundo dos profissionais, a abordagem do adolescente no serviço de saúde é dificultada.

[...] Trabalhar com o adolescente é muito delicado [...] Tem momentos que eu não sei como lidar com isso [...] Tem questões da adolescência que pra gente poder trabalhar [...] teria que ter mais orientações, mais cursos preparatórios, sabe? Alguma coisa assim que esclarecesse a gente como lidar com o adolescente, porque [...] gravidez, iniciação sexual, tudo isso é muito complicado e, às vezes, você não tem como explicar isso pra eles entendeu? [...] Eu não sei nem pra mim qual a verdade [...] como eu vou saber explicar pra alguém?
(ACS. 2)

Assim, ACS. 2 aponta a falta de preparo do profissional da área de saúde para orientar questões como a gravidez e a iniciação sexual. Aspectos relacionados a doenças sexualmente transmissíveis, gravidez na adolescência e drogas são discutidos de forma prescritiva junto ao adolescente, impondo-se a ele o que é certo e o que é errado. Sendo assim, há necessidade de se construir um espaço no atendimento, no qual o diálogo se estabeleça e se possa adentrar o universo desses jovens, reconhecendo seus projetos de vida e certificando-se da real contribuição que o profissional pode realizar nesse cenário.

Discutir com o adolescente sobre sexualidade remete-nos a pensar na nossa própria sexualidade que muitas vezes negamos. Negamos em decorrência de nossas próprias vivências, talvez por falta de preparo em discutir sobre esse assunto tão delicado, ou talvez por vivermos em uma sociedade recheada de tabus e preconceitos. Nesse caso não amadurecemos e preferimos agir como se fôssemos “assexuados”. E, dessa maneira, o adolescente como fruto desse cenário também se cala, não se abre com o profissional. Atender o adolescente à parte de sua sexualidade, naturalmente nos limitará em sua abordagem.

Os profissionais trazem arraigados em seu ser as marcas de uma formação acadêmica permeada por normas disciplinadoras de comportamento sexual que os limitam diante de um olhar mais abrangente da sexualidade. (JESUS, 1998)

Nunes (2000), em pesquisa realizada com adolescentes, também pôde perceber a ocorrência da dificuldade de verbalização no que tange à vivência da própria sexualidade por parte dos adolescentes. Por viverem em uma sociedade que vem assistindo a importantes mudanças no que se refere aos padrões de enfoque da sexualidade e dos comportamentos sexuais, os adolescentes vivenciam uma dupla moral que induz a uma confusão de valores sobre sexualidade, o que também é vivido pelos profissionais.

Nas falas seguintes os sujeitos não se manifestam sobre iniciação sexual, mas evidenciam a dificuldade em falar sobre sexualidade. Esta, a meu ver, é muito mais abrangente, pois transcende o ato sexual em si.

[...] O momento com o adolescente às vezes ele é constrangedor, né? [...] eu acho que é o que é mais difícil na adolescência é essa questão mesmo sexual [...] da sexualidade [...] A maioria se fecha muito nesse sentido [...] tem momentos que é agradável da gente poder conversar. Na hora que eles conseguem se abrir, mas também é constrangedor porque você não sabe como lidar com aquilo [...] **(ACS. 2)**

[...] O adolescente é um pouco mais difícil. Parece que eles ficam meio acanhados de procurar a gente. Só procuram mesmo quando eles precisam ali né, no imediato [...] Mas eu encontro certa dificuldade pra abordar o adolescente, né? Por mais que eu tente, assim, parece que eles não se abrem muito. Eu não sei se sou eu que não tô sabendo abordar, né? É difícil, né? É de forma assim, lenta, não consigo não [...] Seria importante a gente desenvolver mais esta área, né, de abordar o adolescente, de trabalhar com ele, de saber como aproximar dele pra entrar nesses assuntos mais complexos pra eles [...] Às vezes falta também saber abordar ele, né? Falta da nossa parte, né, um entendimento maior como fazer [...] **(ACS. 3)**

Assuntos colocados como complexos nas falas dos sujeitos me permitem inferir aqueles referentes à sexualidade. São complexos para os profissionais e para os próprios adolescentes, “pois referem à bagagem de conhecimentos disponíveis de cada sujeito, estrutura sedimentada de experiências subjetivas prévias que irá determinar o modo de ocupar o cenário da ação, interpretar suas possibilidades e enfrentar assim os desafios” (SCHUTZ ,1974, p.18).

Na formação profissional em saúde, em linhas gerais, as escolas tendem a oferecer aos estudantes um “pacote” de conhecimentos, incluindo novidades tecnológicas, mas deixam de lado o cotidiano dos serviços de saúde. Dessa maneira, tais estudantes são interlocutores passivos, coadjuvantes quando em formação e, posteriormente, inserem-se nos serviços para serem protagonistas do cuidado, terminando capturados pelo eixo recortado-reduzido-corporativo-centrado. Assim, torna-se fundamental voltarmos-nos para os sentidos, os valores e os significados do que se faz e para o sujeito a quem se dirige nossa ação a fim de que a formação instigue o aluno a participar, construir implicação e assumir também responsabilidades no seu processo de formação. (CARVALHO E CECCIM, 2006)

Ferreira et al. (2000) destacam a responsabilidade dos órgãos de formação profissional, em especial as instituições de ensino superior, no que tange a proporcionar aos futuros profissionais experiências de ensino-aprendizagem que os coloquem perante questões de sexualidade e saúde reprodutiva. Destacam ainda que as ações de enfermagem dirigidas ao adolescente não podem estar desvinculadas das ações globais, nem desconsiderar os aspectos políticos, sociais e econômicos que envolvem a questão saúde, pois reconhecer o direito do

adolescente à saúde e envidar esforços para sua promoção, proteção e recuperação é uma questão de respeito à cidadania.

Patrício (2000), porém, coloca que o adolescente foi, e ainda é, bastante marginalizado, especialmente no que se refere à atenção direta na formação de profissionais na área da saúde, posto que teorizações acerca de adolescência, temos muitas. Afirma que nós, adultos, de forma geral, não somos preparados, não temos escola para aprender a cuidar de adolescentes. E, quando a adolescência é focalizada, geralmente é para ressaltar os problemas e as doenças advindas da vivência da mesma, sendo poucas as discussões acerca do processo de viver saudável e da beleza dessa fase da vida, mesmo considerando todos os problemas que possam emergir.

Na formação dos profissionais da área da saúde, de forma mais específica, pouco se discute sobre as singularidades e particularidades da juventude, dedicando-se maior aprofundamento às questões consideradas prioritárias, não pelo olhar do adolescente, mas pelo dos “pensantes” da sociedade. Sendo assim, ao ocorrer o encontro ou desencontro do profissional com o adolescente, estes se sentem despreparados como descrito abaixo:

[...] Acho que o preparo que a gente teve na faculdade foi pouco voltado para o adolescente em si [...] Mas uma disciplina voltada para lidar melhor com o adolescente e suas demandas ficou um pouco a desejar [...] Eu estou aprendendo a trabalhar. Como te falei tenho aquela limitação. Estou naquela coisa de acerto e erro, de repente faço uma coisa, deu certo, então dá para continuar. É que nem eu te falei o primeiro grupo deu certo, os adolescentes participaram, opinaram. Eu não sei. Acho que teria que fazer alguma coisa para atrair mais o adolescente. Outra coisa que eu estava pensando, como é complicado o adolescente vir até a mim, eu estava pensando em ir até ele. Palestras nas escolas no ano que vem principalmente para trabalhar DST e gravidez na adolescência. Tentei colocar como eu trabalho hoje com o que eu tenho [...]

(ENF. 5)

[...] Eu acho que a gente é despreparada pra atender o adolescente. A nossa formação na escola não nos preparou para atender o adolescente, em tudo que ele precisa. Porque cada vez o desafio está maior [...] parece que tá todo mundo despreparado para atender o adolescente [...] por isso que eu comecei falando que é um desafio, e esse despreparo nosso, né [...] é muito difícil. A demanda cada vez maior e a gente sem tempo de sentar pra planejar, pra estudar. Estamos só trabalhando, somos só tarefeiros, então a gente não sabe o que fazer com o adolescente [...]. **(ENF. 3)**

Concordo com os sujeitos da pesquisa, quando afirmam, enfaticamente, que as limitações em atender o adolescente, são fruto do despreparo acadêmico, pois os currículos de medicina e enfermagem estão focados basicamente no modelo biologista/reducionista. As questões oriundas da subjetividade dos sujeitos, usuários/pacientes, são vistas superficialmente, não sendo tão importantes quanto às doenças/diagnósticos/ tratamentos, entre outros.

Por outro lado, culpo também o processo de trabalho desgastante vivenciado hoje pelos profissionais de saúde, no Programa Saúde da Família (PSF). A estratégia PSF foi implantada no município de Belo Horizonte, em 2002, como forma de reorganizar a atenção básica para implementação das políticas de saúde. Contrariamente ao que se almejava, houve um aumento da demanda de casos agudos às unidades e com isso os profissionais de saúde foram carregados em demasia, como sabiamente afirma ENF. 3: “[...] é muito difícil. A demanda cada vez maior e a gente sem tempo de sentar pra planejar, pra estudar. Estamos só trabalhando, somos só tarefeiros, então a gente não sabe o que fazer com o adolescente [...]”.

No modelo assistencial vigente nos serviços de saúde, segundo Ribeiro et al. (2004), há uma tendência de se adotarem políticas que passem tanto a

desproteger o trabalhador quanto o trabalho. Dessa forma é essencial um modelo de organização dos serviços de saúde alicerçado em condições sociopolíticas, materiais e humanas que viabilize um trabalho de qualidade para quem exerce e para quem recebe a assistência.

Canesqui e Spinelli (2006) afirmam que o despreparo dos profissionais para a demanda por atenção básica e suas múltiplas atividades com ações assistenciais, educativas, preventivas, domiciliares e intersetoriais atuam como pontos dificultadores no Programa Saúde da Família, levando os profissionais a exercer ações não planejadas e, algumas vezes, com pouca fundamentação decorrente da sobrecarga de trabalho.

Realmente, diante da situação vigente na atenção básica à saúde, os profissionais não sabem o que fazer com o adolescente. Sentem-se perdidos, cansados, imersos em ações não planejadas, que demandam tempo e provocam desgaste físico e emocional, retrato de um processo de trabalho desgastante e desumano. O profissional, mesmo que queira, sente na carne os limites do seu exercício profissional.

Portanto, parar para planejar, parar para estudar as questões da adolescência é algo postergado para um outro momento. Momento esse, talvez já distante da vontade e do presente vivido pelo profissional.

A meu ver, falar dos adolescentes é falar de nós mesmos. E, muitas vezes, pelas vivências diferentes da adolescência, não trazemos em nosso ser experiências próximas as vividas pelos jovens de hoje. Nesse sentido, Schutz afirma que cada pessoa ocupa uma situação que é biograficamente determinada. Determinada pela sedimentação de todas as experiências antecedentes e de todos os conhecimentos adquiridos ao longo da vida, sejam eles vividos ou comunicados

às pessoas, pelos familiares, pelos mestres, ou de modo geral pelos mais velhos. É a bagagem de conhecimentos disponíveis que advém do que nos é transmitido em que buscamos quando necessário. Dessa forma vai se tornando uma tipificação e além de utilizar o que é transmitido é utilizado também a experiência individual e particular para fazer projeções futuras e entender o presente (CAPALBO, 1998).

Os sujeitos afirmam, também, que os adolescentes apresentam certa resistência em procurar o Centro de Saúde. Trazer o adolescente para o serviço é um grande desafio para os profissionais.

[...] O adolescente é um pouco difícil de abordar, né? Geralmente eles não gostam de vir ao Centro de Saúde. Eles são um pouco resistentes de vir, tomar vacina, né [...] encontro certa dificuldade em abordar. Apesar de que eu acho interessante que eles parecem reconhecer o nosso papel. Eles, assim, parece que buscam uma afinidade [...] mas têm certa resistência de vir ao Centro de Saúde pra consultar [...](**ACS. 3**)

Apesar de os adolescentes reconhecerem o papel do profissional, apresentam certa resistência em procurar a unidade de saúde. Ouso inferir que esse comportamento está atrelado à forma como os adolescentes são atendidos pelos profissionais. Na maioria das vezes os jovens deparam com um discurso disciplinador e moralista que visa aparar arestas e moldá-los segundo o que é considerado como “normal” para nossa sociedade contemporânea.

Os sujeitos do estudo percebem ambigüidade no comportamento dos adolescentes: ora mostram-se interessados, buscam alguma ligação com o profissional, ora se esquivam, ficam no entorno do Centro de Saúde, mas não têm coragem de entrar, talvez por não encontrarem um espaço confiável e seguro onde possam expressar suas necessidades, espaço esse tão mais fácil quando estão no

grupo de amigos. É no grupo que conseguem ser-com-o-outro no mundo da adolescência.

4.2 Atender o adolescente: Ser no Mundo com o outro

4.2.1 A relação com o adolescente

Na relação dos profissionais com o adolescente evidenciam-se sentimentos relacionais antagônicos, ou seja, algumas vezes esta relação ocorre de forma tranqüila, outras vezes de forma conflituosa, em virtude das próprias características da adolescência. O profissional se depara com um sujeito que busca sua autonomia e que, ao mesmo tempo, traz em seu ser características comportamentais próprias da infância, o que é natural nesta fase. O adolescente busca assim apreender, interrogar e habitar o mundo numa outra dimensão ainda em construção e, portanto, repleta de possibilidades. Não mais com concepções infantis, mas com novas perspectivas e interesses.

Para que ocorra a relação profissional - adolescente é necessário que o ponto de partida seja a ação de cada sujeito envolvido. A ação para Schutz é direcionada para um projeto e deve voltar-se para a sua fonte originária que reside na vivência intencional da consciência dos sujeitos da ação numa relação interpessoal. Dessa forma é possível apreender as vivências do outro e ser no mundo com ele (CAPALBO, 2000).

O momento vivido pelos profissionais junto ao adolescente é descrito pelos sujeitos da pesquisa como oportunidade de escuta, de deixar falar, de transcender o corpo biológico/físico do adolescente, para se ater a um corpo existencial presente no mundo, sendo com o outro na situação do atendimento. É dar ouvido à subjetividade do outro, como evidenciado nos fragmentos das falas dos profissionais:

[...] O atender eu acho que é ouvir os seus problemas [...] as suas queixas, o que eles querem da vida, o que eles desejam da vida, quais são as suas perspectivas de vida [...] tá ajudando o adolescente [...]. Ele ter confiança em mim pra tá contando os seus problemas, né? Pra eu poder ajudar a resolver os seus problemas. Essa seria uma relação minha com ele. [...] Aqui a gente ouve muito pouco o adolescente [...]
(AE. 1)

[...] O que eu gosto é de passar para elas alguma coisa. Aí ela começa a abrir para você [...] Aí a primeira vez, depois eles dizem que só querem ser atendidas com você [...] Acho que no fundo o adolescente precisa de atenção [...] A gente tem que tratar como uma pessoa que precisa de respeito [...]
(ENF. 6)

Dar atenção à subjetividade é possibilitar ao outro se mostrar em seu existir. É proporcionar um espaço oportuno onde a intersubjetividade se dá de maneira prazerosa. Escutar e ao mesmo tempo ajudar o adolescente na elaboração de seus projetos existenciais fortalece a relação de confiança no profissional e permite a concretização do vínculo com o serviço de saúde.

Neste movimento entre o profissional de saúde e o adolescente a ação de ambos os sujeitos ocorre em função de motivações dirigidas a objetivos – são “os motivos para/motivos a fim de e os motivos porque”. Schutz considera *motivos para* aqueles essencialmente subjetivos que se referem ao futuro como o estado do que se pretende alcançar pela ação. *Motivos porque* são essencialmente objetivos e estão enraizados em experiências passadas. Dessa forma, os atores enquanto

agem não os têm no nível da consciência. Entretanto, é possível que um observador consiga reconstruir os *motivos porque* da ação de um ator com base no fato consumado, o que mostra a objetividade da ação (CAPALBO, 1998; WAGNER, 1979).

Considerando a teoria da motivação na relação do profissional com o adolescente é possível, então, compreender que os projetos construídos, as ações projetadas e vividas no cotidiano dos adolescentes sejam consideradas numa relação de passado, presente e futuro como parte da ação humana perpassada por impulsos objetivos e subjetivos.

Além da motivação para que ocorra a relação profissional-adolescente, é necessária uma comunicação efetiva. O modo através do qual os homens se comunicam e se entendem é mediado também pelo corpo próprio e pela linguagem (CAPALBO, 2000).

Segundo Mandú e Paiva (2001), a interação entre o profissional e o adolescente, além da confiança, deve se basear na troca e no respeito ao modo de ser do adolescente. A base da troca deve ser o diálogo e não a imposição. Para isso, processos de escuta e estar atento e aberto às expressões do adolescente são fundamentais, sendo que julgamentos prévios em torno do que se imagina que caracteriza todo e qualquer adolescente devem ser suprimidos.

Por outro lado, a confiança é agora, metaforicamente, denominada “momento mágico” pelos sujeitos da pesquisa. Há um pacto de confiança entre profissional de saúde e adolescente. Para isso é necessário o olhar atento e cuidadoso do profissional a tudo que o adolescente apresenta e representa.

[...] Eu acho mágico atender o adolescente (risos), porque a gente pactua [...] vive aquilo com ele, sabe, quando ele se abre é viver, entrar na vida dele [...] E ele entra na minha. É um momento mágico [...] com o pai ou com a mãe tem dificuldade

e se abre com a gente, entendeu? O chamado momento mágico é a confiança [...] **(ACS. 1)**

O adolescente tem dificuldade de se abrir com os pais, mas com o profissional sente-se à vontade. Sente-se seguro. Se construída uma relação afetiva com o adolescente, este permite que o profissional faça parte de seu mundo-vida e pactue com ele suas vivências. A interpenetração de mundos, como relatado pelos sujeitos, é bem dizer a empatia. É o profissional se colocar no lugar do adolescente e tentar compreender como ele vivencia as vicissitudes de sua adolescência. A compreensão dos fenômenos vividos aproxima os sujeitos e torna o atendimento de saúde mais humanizado.

Sendo assim, algumas das dificuldades vividas pelos adolescentes no ambiente familiar são superadas na relação com os profissionais quando é possível um laço seguro, de confiabilidade. Concordo com Ramos et al. (2001) ao afirmarem que os profissionais de saúde e da educação são considerados referências para muitos adolescentes, quando não têm em casa a liberdade de abordar assuntos de seu interesse. Ao refletir sobre os dizeres dos sujeitos noto que o vínculo é a base para a construção de toda relação com o adolescente. A partir dessa construção é que se torna possível estabelecer com o adolescente uma relação de confiança.

Dessa maneira, a relação do profissional com o adolescente é permeada todo tempo pelo uso de tecnologias leves, ou seja, as tecnologias das relações, de encontro de subjetividades, de produção de vínculo, acolhimento, respeito e autonomização dos sujeitos (MERHY; ONOCKO, 1997).

Os profissionais apontam certa preferência em trabalhar com a população adolescente por perceberem as possibilidades de ensinar e de verem o resultado de seu trabalho, diferentemente do que acontece com os adultos que não aceitam mudanças, pois já têm suas próprias opiniões.

[...] Lidar com o adolescente é mais fácil que com uma pessoa adulta [...] O adolescente você pode consertar [...] **(ACS. 1)**

[...] É mais fácil do que você trabalhar com adultos. [...] porque o adulto já tem a cabeça dele formada.[...] quando ele se interessa e você consegue fazer com que ele se interesse [...] eu acho que é muito mais fácil lidar com a adolescente do que com adulto [...] nesse sentido a gente vê muito mais resultado do que com o adulto.[...] Trabalhar com o adolescente é também um momento agradável [...] eles são mais alegres, são mais extrovertidos e tudo. E pra gente poder conversar certos assuntos é muito mais fácil que com adultos [...] **(ACS. 2)**

Suas falas retratam que a relação com o adolescente é repleta de possibilidades e de mudanças. Por estarem em um processo de construção da personalidade e dos projetos de vida, ACS. 2 coloca que é possível visualizar resultados. Além disso, ressalta que a própria alegria e espontaneidade do adolescente facilitam esta relação.

Outra questão pontuada pelos pesquisados refere-se à vulnerabilidade dos adolescentes diante dos riscos presentes no mundo atual, como por exemplo, as drogas e a gravidez na adolescência. Percebem que a aproximação com esses jovens, como amigos, pode ajudá-los a se prevenirem contra esses riscos, tornando assim a vida mais fácil para eles. Sem complicações.

[...] Eu gosto. Eu acho que por isso mesmo, por eu achar que a vida deles é muito difícil, eu acho que o meu papel é tornar a vida deles mais fácil, de melhorar. O que eu procuro fazer? Quando eu tenho oportunidade de conversar com eles, ou quando eles vêm me procurar por algum assunto ou que tá tentando sair das drogas ou uma moça que tá com medo de engravidar, aí eu procuro orientá-los da melhor maneira que eu posso, falar pra eles como que é melhor viver, pra que o futuro seja melhor, pra menina não engravidar sem ter certeza de como ela vai fazer pra sustentar o filho, pro rapaz que, às vezes, tem emprego pra ele tentar ser melhor em casa, não freqüentar más companhias, já que não tem um emprego também não precisa fazer bobagem, né? É isso que eu procuro fazer pra eles, pra fazer com que diminua este problema que a gente provavelmente vai ter mais tarde. Se bem que o retorno é muito pouco. A gente vê que se fala e bate e volta [...] **(AE. 2)**

Apesar de os profissionais considerarem que o “retorno é muito pouco”, mesmo assim eles tentam. Tentam porque sabem da responsabilidade de seu papel como educador de saúde. E entendem que vários fatores, além das próprias características da adolescência, têm colaborado para mudanças no comportamento dos adolescentes sob vários aspectos, tais como condições de sobrevivência; desestruturação da família; exposição à violência; acesso fácil às drogas; influência da mídia, entre outros. Esses fatores fazem com que a vida dos jovens seja dificultada a cada dia.

A vivência da condição juvenil de forma desigual e diversa em virtude da origem social e dos níveis de renda, da “discriminação por endereço”, das desigualdades de gênero, da pouca perspectiva de inserção no mercado de trabalho e de acesso aos equipamentos educacionais faz com que, para a grande maioria dos jovens, as vulnerabilidades sejam crescentes (NOVAES; VITAL, 2005).

Além disso, sobre adolescência e juventude, de maneira mais abrangente, plasmou-se a idéia de uma idade difícil, em decorrência das transformações envolvidas no processo de transição, marcado por rupturas profundas e abruptas e que levam a uma relação conflituosa com o ambiente familiar, além de crises. Crises impostas pelas mudanças da puberdade, pela auto-estima, pela necessidade de desenvolver uma personalidade própria e pela necessidade de efetuar uma série de escolhas, além dos conflitos familiares e autoridades impostas (ABRAMO, 1994).

Adentrar o mundo adolescente exige do profissional empatia, perspicácia, sensibilidade e disponibilidade. Os profissionais orientam, estimulam, incentivam o melhor para os adolescentes. A relação é de pai para filho.

[...] atender o adolescente é muito importante. [...] eu tenho realmente um carinho especial pelos adolescentes, [...] os adolescentes tão muito desorientados. [...] Incentivo, por exemplo, se não estudam a voltar a estudar, estímulo e parabenizo a quem estuda e trabalha. [...] Gosto de lidar com adolescentes [...]. **(MED. 2)**

O encontro entre o profissional e o adolescente, apesar do caráter imprevisto de duas liberdades, a do adolescente e a do profissional, pode ter como resultado uma mudança positiva no percurso do desenvolvimento de ambos: o profissional apreende e reflete sobre seu papel e muda, o adolescente, a partir de construções feitas, se vê ajudado a desenvolver seu protagonismo (SANTOS; BASTOS, 2005).

O carinho, o incentivo dos profissionais pode ser a motivação para que os adolescentes busquem um outro caminho, ou retornem para aquele que os leve a um futuro melhor. O profissional, dessa maneira, também se sente gratificado. Portanto, é sendo-com-o-outro-no-mundo, no momento do atendimento com o adolescente, que a existência se revela.

E, nesse sentido, a empatia entendida como um relacionamento mútuo de respeito, no qual o profissional se coloca no lugar do outro e respeita suas culturas, crenças e valores, torna-se a chave para o incentivo desses jovens (TAKAKI; SANT'ANA, 2004).

As falas dos profissionais também traduzem uma preocupação com os riscos e agravos aos quais os adolescentes estão expostos, o que “sabem” aprenderam com os amigos. Dessa maneira, abordam nas oportunidades junto aos adolescentes as doenças sexualmente transmissíveis, a gravidez na adolescência e a drogadição, por exemplo.

[...] Tá atendendo ele nas suas necessidades [...] vê as necessidades dele e tá tentando ajudar, né, a solucionar, tá vindo pro posto, encaminhando naquilo que for necessário [...]. Tá orientando eles quanto ao uso do preservativo, falando também sobre as doenças [...] a gravidez na adolescência [...] A questão de drogas também, né? [...] Então eu acho que é isso aí. Tá trazendo eles nesse sentido, de tá ajudando mesmo a entender. Porque parece que eles acham que entendem, muito né? Que sabem de muita coisa, mas eles estão meio perdidos [...] Acham que conhecem muito e que sabem muito, mas eles, eu vejo que eles conhecem assim, aquilo que é passado pra eles, que os outros adolescentes sabem, que eles têm com experiência de vida. E acham que já conhecem muita coisa através daquilo. Mas na verdade, o que a gente tem mesmo pra passar na área da saúde, por exemplo, quando você começa a falar você vê que eles entendem bem menos do que eles imaginam de entender [...]. **(ACS. 4)**

[...] Converso com elas como médica, inclusive levando em prática a sexualidade, o uso da pílula. [...] E também faço pé firme para que tomem cuidado com a sua sexualidade que não levem de uma maneira desconsiderada. [...] sempre procuro encaminhá-los de tal maneira que procurem realmente viver essa vida emocional de uma forma mais disciplinada de uma forma que não vai ter tantas surpresas desagradáveis [...]. **(MED. 2)**

Pela própria fase de desenvolvimento que o adolescente vivencia este se torna mais vulnerável a alguns riscos e agravos que trazem conseqüências diretas para a sua saúde: o risco do uso de drogas lícitas e ilícitas, de engravidar precocemente, de se envolver em situações de criminalidade e violência, além do risco de aquisição de doenças sexualmente transmissíveis na ocorrência de relações sexuais desprotegidas. Além disso, no Brasil, o jovem vivencia uma falta de perspectiva de inserção no mercado de trabalho e de acesso ao sistema educacional, o que o torna ainda mais vulnerável gerando uma instabilidade no seu desenvolvimento humano e social.

MED. 1 ressalta a vulnerabilidade, a onipotência, as contradições e ao mesmo tempo as carências vividas pelo adolescente. São características psicológicas/emocionais comuns a esse período da vida, porém variam conforme a

cultura e condições socioeconômicas dos jovens. Portanto, para estabelecer uma relação de aproximação com o adolescente, é necessário entender e compreender todas as transformações ocorridas no processo de adolecer. Muitas vezes é necessário “colocar o adolescente no colo” e ajudá-lo a enfrentar os conflitos de sua existência.

[...] Eu noto assim que eles são muito desamparados. Eles trazem uma aparência de serem fortes, de saberem tudo, é o que eles passam. Sabe mais que os pais, mais que os adultos, né, essa onisciência deles, onipotência. “Tudo pode, sabe tudo”. Mas no fundo, eu percebo essa fragilidade. Então, quando entram no consultório eles têm muita preocupação com doença, com o corpo e, mesmo que eles tenham uma atitude, às vezes, de não se proteger bem, eles preocupam. É um contra-senso: eles podem usar drogas, não usar preservativo e tal, mas assim, morrem de medo de ter uma doença. Então, eles, às vezes não encontram o caminho, né? Eu sinto que eles são desprotegidos. Então juntam: a turma é um jeito de se proteger, o valentão, é o mais frágil de todos e o que parece ser mais bacana. Então é a fuga e tal. Eles não podem mais correr para os pais como faziam quando criança. Eles não têm mais colo, mesmo que queiram não encontram mais porque já tão grandes. Muitos deles já estão maiores que os pais. E eles ficam muito inseguros nos anos iniciais da adolescência com as mudanças que ocorrem no corpo, né? Às vezes, tão rápido que eles não têm tempo de assimilar isso. Então, eles têm dificuldade quanto a não se reconhecerem ainda em que fase estão. E, eu acho que eles não tão tendo o apoio necessário da família, de tudo, na grande maioria. E eles mesmos não sabem o que procurar [...] **(MED. 1)**

Sobre as características da adolescência, Aberastury (1981) as denomina de Síndrome Normal da Adolescência. Tal síndrome é marcada pela busca de si mesmo e da identidade, necessidade de intelectualizar e fantasiar, atitude social reivindicatória, contradições sucessivas em todas as manifestações de conduta, separação progressiva dos pais, flutuações do humor e do estado de ânimo, evolução sexual manifesta, tendência grupal, entre outras.

Para o adolescente, pertencer a um grupo significa um comportamento saudável. Não pertencer pode caracterizar um problema, inclusive de depressão. O

grupo para o adolescente constitui uma transição necessária no mundo externo para alcançar a individualidade adulta (HEIDEMANN, 2005). No grupo de iguais o adolescente é acolhido e de forma uníssona os adolescentes falam a mesma língua e compartilham os mesmos conflitos.

O significado para o adolescente de pertencer a um grupo representa, diretamente, o significado que o grupo tem para seus membros. Este significado é freqüentemente descrito como um sentimento mútuo de pertencimento entre os membros, que compartilham interesses comuns e vivem um momento tão peculiar de suas vidas. (WAGNER, 1979).

Por isso, ao profissional que atende o adolescente é necessária a capacidade de relacionar todos os aspectos que permeiam essa fase da vida: a tendência grupal, as mudanças físicas e psicológicas, os desejos e interesses e projetos de vida. O papel do profissional na discussão e negociação de ações positivas diante de hábitos e práticas adotadas na adolescência torna-se fundamental para que sejam possíveis mudanças - quando estas se fizerem necessárias.

[...] A faixa etária que a gente vê que é a questão da mudança, a questão que você pode imprimir ou tentar que eles coloquem é... coisas boas. Então, é uma faixa que a gente tem que pegar. É que a mudança é... e adolescente que você pode e consegue mudar. Que dependendo da forma como você aborda, da forma como você fala, você faz com que ele tenha liberdade de trocar com você. Então é uma faixa etária importantíssima pra mudança, mudança de tudo que a gente vê aí. [...] **(ENF. 1)**

Em face das possibilidades de mudanças, torna-se importante o enfoque na educação em saúde. Neste estudo, ENF. 4 aponta que no momento da consulta além de tratar da queixa do adolescente advinda, em muitas situações, de uma exposição a algum risco, é possível ao profissional de saúde, trabalhar também a

promoção da saúde e a prevenção de agravos, ampliando as possibilidades desse encontro. E isso é gratificante para o profissional.

[...] Eu particularmente gosto. [...] e eu acho importante trabalhar com adolescente porque além de você estar trabalhando a queixa dele, você aborda as outras situações, né? Sexualidade, né, questão de menstruação. É mais um trabalho de orientação mesmo. Você tem que pegar o adolescente porque ele está começando aquela vida, né? [...] Eu gosto e vejo que é o momento melhor que tem, entendeu? [...] a gente trabalha aqui no centro de saúde com a prevenção, eu acho que é o momento ideal pra você tentar abordar ele, vamos dizer assim moldar, dentro do trabalho preventivo mesmo. [...] Porque eu lido ali com a parte da queixa e abordo todos esses assuntos. [...] Super gratificante. Eu me sinto útil. [...] é um trabalho assim, que não pode cansar, né? É um trabalho persistente [...]. **(ENF. 4)**

Nesse sentido, para que as ações de educação em saúde junto ao adolescente levem-no a uma reflexão sobre sua vida, é importante que o profissional seja capaz de iniciar sua abordagem a partir da auto-estima do jovem, considerando suas vontades, crenças e costumes, não focando sua atuação somente em aspectos negativos, mas sim buscando imprimir em sua vida as possibilidades de vivências positivas e responsáveis.

Os projetos construídos com os jovens na perspectiva da integralidade emergem do diálogo, da negociação e da capacidade de compreender o contexto específico dos diferentes encontros entre o adolescente e os profissionais de saúde. Para isso, a organização dos serviços, segundo o princípio da integralidade, deve buscar ampliar as percepções das necessidades dos grupos e interrogar-se sobre as melhores formas de dar respostas a tais necessidades. É necessário, então, refletir sobre o conjunto de sentidos da integralidade que incide sobre as práticas dos profissionais de saúde e sobre a realização das mesmas e procurar estabelecer uma relação sujeito-sujeito numa prática dialógica. A integralidade, mesmo quando diretamente ligada à aplicação do conhecimento biomédico não é atributo exclusivo

nem predominante dos médicos, mas de todos os profissionais de saúde (MATTOS, 2001, p. 62; MATTOS, 2004).

Apreendo na fala de ENF. 3 que o trabalho com o adolescente exige atenção, dedicação, persistência. Ele é construído a cada dia pelos profissionais. Por outro lado, quando o adolescente confia e sente que é acolhido e amado pelo profissional, o trabalho torna-se gratificante e mudanças são observadas no comportamento do adolescente.

[...] O adolescente exige muito. Exige que seu olhar esteja atento o tempo todo em cima dele e junto com ele. Mas se você ganha a confiança dele [...] Se o adolescente sentir que ele é amado, ele pode mudar [...]. **(ENF. 3)**

Ser-no-mundo é condição necessária à existência humana, é o encontro primordial do homem com as coisas (MADEIRA, 1998). Em virtude dessa relação com o outro, Schutz afirma que ser sujeito e reconhecer o outro como outro, estranho a mim, é reconhecê-lo como um ser que tem poder de realizar atos significantes. Dessa forma, o mundo social se concretiza através da comunicação e da relação intersubjetiva dos sujeitos empenhados nesta interação significativa (CAPALBO, 2000).

MED. 3 reconhece que quando há uma relação intersubjetiva cliente/profissional, reconhecendo cada pessoa como “sujeito” não importa a idade, pois não há dificuldades no atendimento.

[...] Então assim, essa abordagem com o adolescente é uma abordagem para mim tranquila. [...] Não tem muita dificuldade em abordar o adolescente não. [...] É assim, eu coloco como normal. Como se fosse adolescente, como se fosse idoso. [...] Eu acho assim, é tranquilo [...]. **(MED. 3)**

Assim, é tranquilo atender o adolescente, quando se tem como requisitos indispensáveis ao atendimento o respeito, o diálogo, a empatia. O profissional de saúde só conseguirá aproximar-se do adolescente quando deixar de lado

preconceitos e procurar respeitá-lo como um ser humano que se encontra na efervescência da sua idade.

4.3 Assistência ao adolescente na rede básica: retrato de uma prática

Nesta categoria busco refletir sobre como está organizada a assistência ao adolescente nas duas unidades básicas, cenários deste estudo. Também construo apontamentos sobre a necessidade de organização dos serviços de saúde para atender o adolescente de forma integral.

4.3.1 O adolescente e os serviços de saúde

As falas que confluíram para esta subcategoria estão relacionadas à forma como os profissionais que atuam nas unidades básicas de saúde hoje se relacionam com os adolescentes, tendo como modelo de assistência o Programa Saúde da Família (PSF).

O encontro entre o adolescente e o profissional de saúde ocorre, no que para Schutz, é denominado mundo da vida cotidiana. É um mundo intersubjetivo, mundo das relações e interações sociais compartilhado com os semelhantes no qual se dá o *relacionamento Nós*. Esse relacionamento é profundo e requer o assumir uma “orientação para o outro” (WAGNER, 1979).

ENF. 5 afirma que o adolescente atualmente está sendo atendido no acolhimento, quando procura o serviço de saúde por causa de uma queixa. Esse momento com o adolescente pode, também, ser vivenciado em busca da construção

de um *relacionamento Nós*. No entanto, a preocupação maior do profissional é acerca da gravidez na adolescência, como evidenciado na fala abaixo:

[...] Atender o adolescente hoje é em nível de acolhimento. [...] No mais eu tenho atendido o adolescente mesmo é no acolhimento, quando ele vem com as queixas agudas e o que preocupa mais é quando o adolescente vem interessado no pré-natal [...] **(ENF. 5)**

Apesar de o foco de atenção do profissional estar voltado para a queixa do adolescente, ou seja, a questão sobre o corpo doente, nota-se certa preocupação com a gravidez na adolescência que se configura hoje como um problema social e de saúde pública. Entretanto, para compreender os fatores relacionados à gravidez na adolescência é necessário analisá-los à luz de contextos históricos e sociodemográficos específicos. Além disso, para ser entendida, é fundamental que a gravidez seja inserida no contexto individual, na vivência de cada adolescente, buscando-se conhecer também a motivação, planos e projetos de cada jovem (BRANDÃO, 2006). Por inferência posso afirmar que o profissional está também preocupado com a prevenção da gravidez na adolescência.

Na fala acima, ENF. 5 relata que o atendimento ao adolescente se dá no acolhimento. Entretanto, percebo a importância de discutir sobre a verdadeira concepção do que seja acolhimento, conforme proposto pelo Ministério da Saúde, a partir da implantação do PSF na atenção básica. Noto ser necessária uma sistematização por parte dos profissionais de saúde sobre o acolhimento no sentido de que este não seja um serviço e sim uma postura dos profissionais que, ao acolher, permitam que o adolescente adentre e conheça o que o serviço de saúde tem a lhe oferecer. Dessa maneira a construção de um *Relacionamento Nós* pode ser concretizada.

Para Cecílio (2001), nesse encontro do usuário com a equipe, haveriam de prevalecer, sempre, o compromisso e a preocupação de se fazer a melhor escuta possível das necessidades de saúde trazidas por aquela pessoa que busca o serviço, apresentadas ou “travestidas” em algumas demandas específicas.

Alem da necessidade dessa escuta atenta por parte dos profissionais que atuam nos serviços de saúde, a clínica ampliada, bem como as flexibilizações das rotinas do serviço, são fundamentais para a construção de um fluxo negociado para cada jovem que chega à unidade de saúde (MATTOS, 2004).

Deve-se considerar também que nesse encontro, na relação face a face com o adolescente, a intersubjetividade está presente de forma contínua nas escolhas, necessidades e no respeito à singularidade do outro com quem se relaciona.

Percebo, nas falas dos profissionais transcritas abaixo, uma procura pouco expressiva dos adolescentes às unidades básicas de saúde. Para os entrevistados, a vinda do adolescente está relacionada geralmente a quadros patológicos agudos, gravidez ou à procura de ações institucionalizadas, como por exemplo, atendimento de pré-natal, planejamento familiar e prevenção do câncer cérvico-uterino. Caracterizam-se como ações pontuais em que não é construída uma abordagem integral, holística.

[...] Pra mim é tranquilo atender o adolescente embora a demanda aqui não seja muito grande, né, no PSF. Eles quase não procuram e quando procuram também é caso agudo. Se faz algum trabalho assim para atrair eles, não vêm, é muito difícil [...] a gente já fez palestra aqui pra adolescente: uso de preservativo, contracepção, tipo um planejamento familiar para jovens na idade de 12 a 18 anos [...] Eles não vêm muito ao posto não. Vem mais quando é mulher, né? Gestante de 18 anos, 15, aí vem. Mas homem assim é mais difícil [...] Então assim, a gente tenta acolher e pedir mais coisa pra o paciente voltar e dar uma continuidade no tratamento. Mas não sei se vai voltar. Alguns até voltam [...]. **(ENF. 2)**

[...] Quando tem adolescente, tá mais ligado à anticoncepção, é uma demanda maior, quando vem. [...] o preventivo também [...] e quando já tá grávida, pro pré-natal, né? [...] Aí vem mais é pra consultar de um quadro agudo, infecção, alguma coisa e não assim, pra fazer um acompanhamento do adolescente, a gente não tem feito não. A gente atende poucos adolescentes. Quando vem, mais é uma coisa aguda. Alguma doença crônica, a gente pega mais o asmático. [...] na ginecologia é mais a anticoncepção, no pré-natal ou alguma infecção porque começa a ter atividade sexual. Mas assim, pra acompanhar o adolescente mesmo, no desenvolvimento e tal, a gente não faz esse trabalho. Diretamente, não [...]. **(MED. 3)**

[...] Agora o difícil é eles virem até a gente, porque eles não vêm. Só quando tem uma doença instalada ou quando tem uma gravidez [...] Só que eles são muito difíceis, não aceitam muito. Você fala com eles que eles têm que tomar algum medicamento. Acham que tudo vai dar certo, que nunca vão engravidar, que não correm risco [...] É difícil colocar na cabeça deles o que é certo. Eu gosto de atender ao adolescente, porém, é difícil estar trazendo eles para o PSF. Adolescente HIV positivo, gestantes. E elas acham que nunca vai acontecer com elas [...]. **(ENF. 6)**

[...] O adolescente é um pouco difícil de abordar, né? Geralmente eles não gostam de vir ao Centro de Saúde. Eles são um pouco resistentes de vir, tomar vacina, né [...] tem certa resistência de vir ao Centro de Saúde pra consultar [...]. **(ACS. 3)**

Em um estudo sobre análise das ações realizadas por enfermeiros junto ao adolescente na atenção primária, Cavalcante e Ximenes Neto (2005) afirmaram que a presença incomum dos adolescentes nos serviços de saúde pode estar relacionada ao fato de o adolescente ser pouco suscetível aos problemas comumente valorizados como objeto de cuidado nesses cenários. Entretanto, na assistência aos jovens é importante considerar que estes estão propensos a inúmeros agravos que requerem atenção peculiar e cuidadosa.

Além disso, a negação da doença bem como a falta de entendimento da necessidade da promoção da saúde e prevenção dos riscos e agravos na adolescência faz parte do mundo adolescente. Os adolescentes se consideram, em

muitas situações, invulneráveis; acham que nada de ruim acontece com eles. Sendo assim, não procuram o serviço de saúde ou quando procuram encontram-se em situações complicadas. Domingos (2003) afirma que os adolescentes desconhecem as manifestações do próprio corpo e procuram os serviços de saúde a partir de uma necessidade clínica que interfere em seu cotidiano.

Entretanto, para Mattos (2004), as ações preventivas se antecipam à experiência individual do sofrimento, mas fazem parte, muitas vezes, do conhecimento do profissional de saúde que as oferece e que, numa das dimensões da integralidade, deve ser capaz de atender a demanda do usuário e, para além das ações demandadas, ofertar outras voltadas para a prevenção.

Também evidencia-se nas falas a predominância do modelo biomédico, segundo o qual, para procurar uma unidade de saúde é preciso estar ou ser doente. Tanto os profissionais quanto os adolescentes não conseguem visualizar ações de promoção da saúde e qualidade de vida, construídas de maneira conjunta. Tal fato pode ser associado a formação positivista dos profissionais de saúde pautada no modelo biologicista/reducionista que enfoca o indivíduo dissociado de seu todo.

Segundo Ferrari et al. (2006), a pouca demanda dos adolescentes à atenção básica se deve à reduzida oferta de ações voltadas para eles ou à baixa procura dos mesmos, uma vez que tais fatores estão interligados e se referem à forma como os serviços estão estruturados atualmente no Brasil.

No atendimento ao adolescente, diferente do atendimento de outras etapas do ciclo vital segundo Ramos et al. (2001), as questões clínicas propriamente ditas apresentam-se como um grupo relativamente “pobre”, em que não há substrato biológico fortemente vinculado às necessidades do jovem. A vulnerabilidade e os agravos à saúde estão relacionados ao estilo e às condições de vida dos

adolescentes que irão evidenciar efeitos e custos em termos de transtornos e sofrimento em etapas futuras da vida.

Um outro ponto que nos chama atenção nos discursos dos profissionais é o fato de a adolescente procurar mais o serviço de saúde do que o adolescente. Talvez por existirem nas unidades básicas de saúde programas mais voltados para o sexo feminino. Neste caso, é necessário implantar ações de saúde que contemplem ambos os sexos.

Os sujeitos associam a ausência dos adolescentes na atenção básica à resistência do jovem em procurar o profissional de saúde para expor suas dificuldades. Essa resistência também ocorre no seu contexto familiar. Falar de coisas íntimas, pessoais, causa constrangimento, vergonha, ou até mesmo medo, como afirma AE. 1. A abertura só acontecerá quando o adolescente sentir confiança e segurança no profissional de saúde. Mas, como possibilitar este encontro se o adolescente sequer procura o serviço de saúde? Como possibilitar esta aproximação?

[...] Porque o adolescente, ele ainda não tem essa liberdade de tá procurando a gente não. Como ele, às vezes, não tem em casa, ele tem também essa dificuldade de procurar o profissional de saúde pra essas coisas. Um ou outro tem essa liberdade. [...] Se ele não tiver uma segurança e uma amizade com você, é muito difícil dele falar as coisas [...] Eles têm vergonha, né? Eles têm medo, medo de se expor. [...] Não tem essa confiança. [...] Eu acho que o que tá faltando na saúde ainda é essa confiança [...]. **(AE. 1)**

Os adolescentes trazem suas demandas implícitas em queixas vagas. Talvez, busquem, desse modo, construir uma relação de vínculo com o profissional para que assim se abram verdadeiramente. Por meio do relato de AE.3, posso inferir que ao falar da “dificuldade do adolescente procurar o profissional para essas coisas”, essa profissional refere-se a assuntos de fórum íntimo, relacionados à

sexualidade, melhor dizendo ao comportamento sexual dos adolescentes. Como já abordado na primeira categoria, é muito difícil para o profissional falar de sexualidade caso não esteja bem preparado para isso e também respeite a visão de mundo do adolescente.

Por sua vez os profissionais investem em alternativas, mesmo que incipientes, visando aproximar o adolescente do serviço de saúde. Uma delas é a integração entre escola e unidade básica de saúde, onde trabalham a promoção da saúde e prevenção de agravos e riscos na adolescência.

[...] A demanda tem aumentado porque eu tô fazendo este elo entre a escola e o posto, né? [...] eles têm procurado não só a minha equipe, mas as outras equipes também, né? Pra tudo, preocupado em fazer uma prevenção. [...] Você já começa a pôr na cabeça dele questão de início da vida sexual, de planejamento, de alimentação adequada, né, de obesidade [...]. Mas é uma coisa que a gente tá fazendo meio assim, né, sem muita orientação, mas que tem dado certo, né [...]. **(ENF. 4)**

Assim, quando se consegue uma relação eficiente entre os diferentes equipamentos sociais que atendem ao adolescente, a procura deste pelo serviço de saúde tende a crescer. Adoção de medidas conjuntas efetivas coerentes com as necessidades do adolescente contribuem para sua valorização pessoal e para seu posicionamento no mundo como cidadão de direitos e deveres.

Concordo com Ramos et al. (2001) ao afirmarem que, no Brasil, impõe-se a necessidade de configuração de uma política para a juventude que seja organizada e avaliada intersetorialmente e implementada interdisciplinarmente, dado o caráter multiprofissional da assistência ao adolescente, bem como a necessidade de suporte social a que se remetem. Para tal, o adolescente precisa ser abordado a partir dos espaços, da inserção social e da diversidade que se lhe apresenta, incluindo a família em seu eminente caráter de formação, a escola como um espaço de socialização e formação, os espaços de trabalho e preparação profissional, até

mesmo a rua como espaço de moradia. Como exemplos de possibilidades de atenção intersetorial ao adolescente, numa parceria das secretarias da saúde e da educação, são desenvolvidos, no Estado de Minas Gerais, o Programa de Educação Afetivo-Sexual (PEAS) e o Saúde na Escola.

Para Ferrari et al. (2006), um dos desafios da intersetorialidade é identificar objetivos comuns e buscar, mediante um núcleo estratégico de planejamento e definição, prioridades de ações. Não é somar conhecimentos, mas transformá-los em um outro que atenda às necessidades dos adolescentes. Entretanto, isso não tem sido tarefa fácil na prática das instituições produtoras do cuidado à saúde da população.

Além disso, segundo Domingos (2003), é preciso repensar as ações de saúde voltadas para os adolescentes considerando que estes precisam de ações direcionadas, não somente de informações sobre saúde sexual e reprodutiva, mas integradas e que promovam uma valorização do indivíduo como ser social, com peculiaridades e vivências únicas.

ENF.2 ressalta alguns assuntos abordados junto ao adolescente como a iniciação sexual e o planejamento familiar. Tais temas, se possibilitada uma escuta qualificada do que o adolescente traz, podem levá-lo a refletir sobre suas vontades e vivências, estruturar seus planos e traçar o que deseja para a sua vida.

Ressalto aqui colocações dos profissionais referentes à demanda apresentada pelos adolescentes: anticoncepção, preventivo, pré-natal, planejamento familiar, iniciação sexual, quadros agudos, infecções ginecológicas, asma, entre outras. Assim sendo, faço inferência de que é necessário que o profissional seja capaz de conciliar a demanda apresentada e visualizar a real dimensão do cuidado à saúde, para construção de uma abordagem integral junto ao adolescente.

Desse modo, a adolescente pode trazer uma demanda de método anticoncepcional ou um desejo de gravidez, e o profissional se limitar a prescrever ou orientar o método, ou questioná-la por desejar uma gravidez. Entretanto, ele pode resgatar vivências trazidas pela adolescente, construindo junto desta um verdadeiro planejamento familiar: discutir com ela o que seja família, rememorar e traçar planos conjuntos e, assim, orientá-la para que seja capaz de construir seu próprio caminho e caminhar.

No PSF, As ações dos profissionais junto do adolescente se fundamentam, basicamente, na informação sobre métodos contraceptivos e prevenção de DST. Entretanto, torna-se relevante buscar outras formas de atender o adolescente no serviço de saúde como um fenômeno que considere o sentido que o ele mesmo atribui a essa fase da vida.

Segundo Meyer et al. (2006), os atuais programas focalizados em temas variados como gravidez na adolescência, práticas sexuais desprotegidas, drogas, entre outros, são muito eficientes em aumentar conhecimentos, têm alguma eficiência em mudar atitudes e, com raras exceções, são ineficazes para mudança de práticas relacionadas à saúde. Nessa direção, para falar aos jovens sobre corpo, saúde e doença é necessário que o profissional de saúde considere que esses só adquirem sentido quando contextualizados na cultura, na linguagem e nos valores em que são compreendidos e experienciados.

Os profissionais participantes do estudo afirmam que o serviço de saúde não está preparado para atender o adolescente. Sua atenção volta-se para casos “agudos”, ou seja, a doença do usuário. Portanto, não sobra tempo para trabalhar a promoção da saúde nem a prevenção dos riscos e agravos na adolescência. Além da disponibilidade de tempo, considerando que é exigido do médico um quantitativo

de consultas, a falta de abertura do adolescente com o profissional torna-se um dificultador no seu processo de atendimento, como evidenciado na fala de MED. 3:

[...] Mas o serviço não está preparado para atender o adolescente. A gente atende ali, casos agudos: o que você quer; e não aborda mais coisas. Tem a questão do tempo, do próprio adolescente que não se abre. Têm profissionais que dão conta [...]. **(MED. 3)**

Leio nas entrelinhas, desse fragmento transcrito, que atender o adolescente significa exercer a integralidade. Integralidade nas práticas de saúde que, para Mattos (2004), são defendidas como uma oferta de ações que devem estar sintonizadas com o contexto específico de cada encontro, com a relação intersubjetiva e dialógica construída entre o profissional de saúde e o adolescente, perpassada pelo tempo subjetivo de cada ser envolvido e pelo tempo cronológico que envolve o atendimento, muitas vezes sobrecarregado dos profissionais.

Além disso, MED. 3 ressalta que existe a questão do tempo vivido pelo adolescente, em que este se fecha. Tal situação me permite inferir que o adolescente se fecha em decorrência da fase que vivencia e da abordagem muitas vezes limitada do profissional, pressionado talvez pelo tempo cronológico de atendimento ou por limitações pessoais, não se colocando verdadeiramente receptivo ao jovem e focalizando somente a demanda trazida, sem abordar as necessidades implícitas inerentes a essa fase da vida.

Desse modo, segundo o entrevistado, o serviço de saúde está despreparado para atender o adolescente em suas reais necessidades. Para Mattos (2001), os programas governamentais são muitas vezes contra um dos sentidos da integralidade no que se refere à prevenção como possibilidade assistencial. Dessa maneira, o profissional centra o atendimento ao adolescente na queixa apresentada sem expandir para as outras possibilidades desse encontro. O profissional que

busca orientar suas práticas pelo princípio da integralidade busca, sistematicamente escapar aos reducionismos. Apreendo, dessa maneira, a necessidade de se voltar o nosso olhar para os adolescentes considerando tais sujeitos como seres de desejos, sonhos e perspectivas existenciais.

4.3.2 A necessidade de organização do serviço para atender o adolescente

Nesta subcategoria abordo temas emergidos das falas dos sujeitos que apontam para uma nova configuração dos serviços de saúde que atendem o adolescente. Para Paim (2006), a reconceitualização do objeto das práticas de saúde coletiva impõe a redefinição dos meios de trabalho e das atividades, bem como a reconfiguração do agente-sujeito. A prática como processo de trabalho é composta por objeto, instrumento de trabalho e atividade. Nesse contexto, é necessário, portanto, que na relação com o adolescente o objeto seja necessidades sociais de saúde e não somente os agravos e riscos aos quais estão expostos. São projetos que expressam uma necessidade radical: aquilo de que um ser precisa para permanecer sendo um ser. Os instrumentos fundamentais a serem construídos são técnicas de prevenção, educação em saúde e reconstrução de subjetividades (ANDRADE; BUENO; BEZERRA, 2006).

Dessa forma, quando se considera como objeto das práticas de saúde as doenças centradas no corpo físico, Muza e Costa (2002) afirmam que a rede pública de saúde possui recursos humanos e equipamentos para oferecer uma assistência adequada. Entretanto, quando ou se relacionados às questões socioemocionais,

intersubjetivas, complexas e crescentes nos dias de hoje, os recursos para a assistência são deficitários, e a melhor forma de enfrentamento dessas questões é a promoção da saúde dos adolescentes.

A complexidade no atendimento ao adolescente revelada pelos profissionais implica questões de ordem política no sentido de organização e planejamento de ações, além de interesses diferenciados, tanto dos profissionais quanto dos adolescentes.

Nesse sentido, Schutz diz que há sempre a possibilidade de interesses conflitantes ou justapostos que não existem isoladamente:

Os interesses têm, desde o começo, a característica de estarem inter-relacionados com outros interesses dentro de um sistema. Ações, motivações, fins e meios e, portanto, projetos e propósitos, são também apenas elementos entre outros elementos que formam um sistema (WAGNER, 1979, p.149).

Então, além dos interesses individuais, marcados pela situação biográfica de cada sujeito, que perpassam a relação profissional-adolescente, há de se considerar também os projetos políticos. Os profissionais apontam que existem programas governamentais direcionados para outros grupos etários, considerados frágeis, por exemplo, criança e idoso. Outras políticas públicas são direcionadas para a mulher especialmente gestante e puérpera. Por outro lado, apesar de considerar o adolescente também um ser frágil, nenhum investimento governamental é realizado em prol da saúde dele.

[...] Eu acho que dentro do contexto de saúde pública eles são meio esquecidos. Tem muito programa para criança e para mãe. Materno-infantil é o que mais existe historicamente. A gestante tem dentro da rede pública uma estrutura razoável e as crianças têm as creches e tal. O idoso tá começando a ter, ainda não tem. As pessoas estão alertas porque é uma coisa emergente, porque são frágeis. Idoso e criança. E o adolescente, eu acho que pode ser igualmente frágil, mas a fragilidade dele não é tão posta quanto estas outras faixas etárias. Então, por isso é que ele fica mais ou menos relegado [...]. **(MED. 1)**

Ressalto, mais uma vez, que a fragilidade pontuada por MED. 1 condiz com a susceptibilidade às doenças, reforçando a percepção distorcida que o profissional tem acerca do processo saúde/doença. A fragilidade trazida pelo adolescente se sedimenta em outras concepções. É, muitas vezes, vista de maneira estereotipada pela sociedade, não levando em conta que tais sujeitos são produtos do meio em que vivem e refletem descompassos da própria sociedade. Nesse sentido, Rodrigues (2004) afirma que aos jovens são impostas dificuldades de toda ordem, com destaque para o desemprego, as drogas e, em especial, a violência. Além disso, os problemas relacionados à área da saúde, como a gravidez na adolescência e as doenças sexualmente transmissíveis, não menos graves que os demais, contribuem para criar no imaginário social a representação da juventude como um problema.

A partir da década de 90 houve no Brasil implementação de políticas destinadas aos jovens. Entretanto, o campo das políticas públicas tem sido marcado por projetos para adolescentes “carentes” ou em “situação de risco”. Nas políticas de saúde a abordagem da juventude também é construída sob a ótica de risco. (MONTEIRO et al, 2005)

Rodrigues (2003) afirma que a segunda metade dos anos 90 foi marcada por uma série de programas destinados à juventude por causa do aumento expressivo do ritmo de crescimento desse grupo etário e do crescimento nos segmentos juvenis dos efeitos oriundos das desigualdades socioeconômicas. Entretanto, no que se refere às condições de saúde, os programas e projetos para essa população são limitados e fragmentados, uma vez que não dão conta de abordar o adolescente em sua totalidade, atentando para as novas demandas e necessidades que eles requerem no mundo moderno.

As ações junto aos adolescentes focalizam os “riscos” que esses representam para a sociedade e também os riscos aos quais eles estão expostos. Não é trabalhado o potencial da condição juvenil e suas possibilidades, o que faz com que o jovem, para ser atendido, precisa estar exposto ou ser infrator. As políticas de juventude no País não nascem somente a partir de um espaço de visibilidade da condição e da diversidade do jovem, como protagonista do desenvolvimento de seu meio, mas nascem, ao mesmo tempo, a partir de uma imagem do jovem como fonte e vítima de problemas sociais (SPOSITO; CARVALHO E SILVA; SOUZA, 2006).

Ainda nesse sentido, Abramo (2005) diz que, no debate sobre as políticas da juventude, tão presente nos discursos e nas pautas políticas, ainda permanece uma indeterminação do que está sendo designado por tal termo. A percepção da juventude para além da adolescência em risco, numa direção, e para além dos setores da classe média, em outra direção, é mais recente.

Para a implementação de políticas eficazes é necessário ouvir, observar e conviver com os adolescentes. Dar voz ao adolescente foi, por muito tempo, uma atitude desprezada pelas políticas públicas que definiram o que seria importante para o adolescente e jovem. O que se nota é que não dá para considerar somente o risco e vulnerabilidade para implementação de políticas que sejam realmente eficazes junto aos jovens. O caminho precisa ser maior. É necessário reconhecer e discutir com os adolescentes o que querem, o que pensam e o que é possível de ser construído.

Mais uma vez os sujeitos apontam carência de serviços direcionados para o adolescente no Programa Saúde da Família:

[...] a gente não tem uma demanda direcionada especificamente para o adolescente. A gente atende quando é

na consulta individual. [...] E o que a gente tá atendendo mais agora com o PSF, às vezes, é a transição, ainda o pré-adolescente, doze anos, treze anos, que não sabe se é pediatria ou não.[...] a gente não tem um trabalho específico com o adolescente. Com o PSF, a gente não tem nenhum programa ainda, um grupo específico para abordar o adolescente principalmente nas DST. Já tentamos isso em algumas épocas, mas atualmente não tem [...]. **(MED. 3)**

Além de todos os desafios vividos em seu processo de adolecer, o adolescente enfrenta certo impasse no que se refere ao cuidado médico, estando ele entre a atenção do generalista, do pediatra e do clínico no PSF. Caldas (1991) em seu estudo intitulado "*Pensamentos e Experiências na área da saúde de pessoas que vivenciam o adolecer*" descreve que os jovens, ao procurarem o pediatra que sempre o acompanhou para atendimento, eram rejeitados sob a alegação de não serem mais crianças. Ao mesmo tempo o clínico afirmava não ter condição de receber o adolescente, pois isso era da competência do pediatra.

Heidemann (2006) afirma que, no Brasil, a hebiatria, especialidade de saúde de atendimento ao adolescente, foi uma das últimas especialidades a se incorporar à pediatria. Ainda hoje, são poucos os profissionais médicos, enfermeiros, nutricionistas, entre outros, que se especializam prioritariamente no atendimento ao adolescente. Os profissionais de saúde são técnicos no atendimento ou da criança ou do adulto. A hebiatria é especialidade de poucos profissionais no Brasil. Os serviços não são adaptados ao adolescente, sendo que a própria legislação cria barreiras ao seu atendimento ao exigir a presença de um acompanhante que muitas vezes inibe que o adolescente se manifeste durante o atendimento. Isso dificulta a adesão dos adolescentes aos programas implementados nos serviços de saúde.

Ouso afirmar que a implantação da estratégia PSF na atenção básica, contribuiu de certa forma para desativar alguns serviços públicos direcionados ao adolescente na cidade de Belo Horizonte. Os poucos que restaram não dão conta da

demanda, ou não se organizam o suficiente para manter os adolescentes assíduos. No PSF como já sabemos, trabalha-se mais a cura da doença; são relegadas medidas de promoção da saúde e prevenção de riscos e agravos presentes na adolescência.

Os profissionais apontam as dificuldades em se trabalhar com grupos operativos voltados para as questões da adolescência. Apesar de todo empenho, toda dedicação, não conseguem sensibilizar os adolescentes quanto à importância desta atividade. Portanto, sentem-se frustrados.

[...] Já tentei fazer o grupo uma vez, planejamento familiar e DST, deu certo. Tentei uma segunda vez e não deu certo. Porque, talvez, necessite mais trabalho da minha parte e questões no posto que demandam mais tempo. [...] Mas eu tenho vontade de atender ao adolescente. Esse ano eu tenho projeto de voltar com o grupo de adolescente, principalmente por causa da questão das DST e gravidez. No meu PSF tem muita adolescente na faixa de dezesseis e dezoito anos que estão grávidas [...]. **(ENF. 5)**

[...] A gente tentou fazer um grupo de adolescente, mas não veio ninguém né. Eles não vêm. [...] Porque aqui eu não consegui fazer a palestra. A gente tem o grupo de gestante, de hipertensão, mas de adolescente eu não consegui [...]. **(ENF. 4)**

[...] Grupo de adolescente eu não tô conseguindo captar, eu não estou conseguindo montar direito, fazer com que eles venham a mim [...]. **(ENF. 1)**

[...] E tenho uma resposta muito boa deles no atendimento individual. Tenho certa frustração quando é na parte de grupos porque a gente ainda não conseguiu uma coisa muito boa. É difícil prender um pouco, fazer um trabalho maior [...]. **(MED. 1)**

Os profissionais de saúde percebem que, quando se trabalha com grupos o resultado pode ser bem mais produtivo, desde que sejam empregadas técnicas motivadoras que permitem a participação de todos os componentes. Patrício (2000) justifica que não sabemos lidar com grupos porque até pouco tempo atrás não olhávamos holisticamente para nosso cliente, não o percebíamos na sua totalidade,

unicidade e diversidade, nem corporalmente. Desse modo, é difícil compreendê-lo e cuidá-lo com a qualidade necessária.

Nesse sentido questiono: por que os profissionais conseguem trabalhar com outros grupos e não com o de adolescentes? Por que eles não comparecem às reuniões dos grupos operativos? Essas interrogações são importantes, pois se relacionam à maneira como são trabalhados os grupos operativos.

Nesse sentido, Meyer et al. (2006) asseguram que a intencionalidade de construir estratégias educativas que permitam investir em possibilidades de transformações, demanda compreender e dialogar com a multiplicidade de aspectos que modulam hábitos, crenças e comportamentos dos indivíduos com os quais interagimos.

No que tange à implementação dos grupos operativos pude perceber que os profissionais ainda se vêm em busca de uma sistematização dessa prática junto ao adolescente. Além disso, a sobrecarga de trabalho no PSF faz com que os profissionais priorizem outras atividades e o adolescente permaneça em um segundo plano.

Percebo que os profissionais têm interesse em trabalhar com o adolescente, ponto de partida fundamental. Entretanto, apontam necessidade de se organizar o processo de trabalho para que consigam abordar o adolescente em sua totalidade em diferentes situações.

[...] O trabalho com o adolescente não dá pra ser desorganizado. Tem que ser um trabalho organizado tecnicamente, administrativamente, de todo jeito, sabe? Se não ele se perde, o adolescente tem que sentir segurança no profissional que está trabalhando; ele tem que sentir firmeza [...] **(ENF. 3)**

[...] Eu acho que eles não absorvem essas coisas [...] eu queria ser mais. Eu queria que adiantasse mais o atendimento da gente, que valesse mais alguma coisa [...]. **(AE. 2)**

[...] Primeiro é algo assim que te dá satisfação de atender o adolescente [...] no dia a dia é interessante [...] na questão do planejamento familiar. Você não pega todos eles [...] a questão também dos anticoncepcionais [...] A princípio dá essa oportunidade pra eles falarem. Abrir essa porta pra eles. E eles colocarem pra gente: dúvidas, experiências. [...] a gente acompanha a gestação precoce, a maioria. E aqui a gente não consegue, não consegue, por parte da limitação nossa. A gente quer quebrar essa limitação, mas por parte também da demanda, então é complicado [...]. **(ENF. 1)**

Tendo em vista as mudanças vividas pelos adolescentes e as dificuldades dos profissionais no cotidiano de trabalho, Cavalcanti e Ximenes Neto (2005) afirmam que os profissionais que pretendem atender o adolescente precisam adquirir amplo conhecimento das características e peculiaridades da adolescência e desenvolver habilidades especiais para lidar com incongruências. Com a organização do processo de trabalho é possível superar as limitações vividas no atendimento ao adolescente.

Uma das formas apontadas por esses autores para organização do atendimento ao adolescente é a manutenção de um horário fixo na agenda para esse público, para que se sinta mais à vontade e seguro na relação com o profissional, sem interferência ou observação de outros sujeitos quanto a sua procura pelo centro de saúde.

Sobre a situação dos adolescentes nos dias de hoje, Muza e Costa (2002) consideram que, nunca, tantos adolescentes se expuseram a tantas situações de risco. Entretanto, tais autores ressaltam que não podemos insistir em olhar o comportamento de risco na adolescência pela ótica da medicina cartesiana, sendo necessário entender que o sofrimento de uma parcela dos adolescentes tem raízes na história de vida, na cultura e na sociedade. Além disso, é preciso compreender

também que os prejuízos dessas vivências dos adolescentes se refletem na família e na sociedade.

Por isso, torna-se fundamental reorganizar o processo de trabalho e as ações das equipes do PSF, buscando consolidar ações capazes de ampliar o acesso à atenção básica de saúde, criando espaços de discussão e aprofundamento de questões formuladas pelos próprios adolescentes, protagonistas de seu mundo-vida e buscando autonomia em suas ações (JEOLÁS, 2003).

Apesar de todos os problemas, de todos os obstáculos encontrados na atenção básica, percebo um grande interesse dos profissionais de saúde em se organizarem para atender melhor o adolescente. A meu ver, a relação entre o profissional de saúde e o adolescente, se sistematizada nos cenários possíveis de sua ocorrência, possibilitará verdadeiramente a construção do *relacionamento do tipo Nós*. Dessa forma, o profissional de saúde apreende o significado objetivo trazido pelos adolescentes em suas palavras, permeado pelo significado subjetivo, repleto de intencionalidades. E, assim, co-existi com os adolescentes e constrói possibilidades de maneira conjunta.

No entanto, não basta apenas vontade dos profissionais, é necessário sensibilização dos gestores e responsáveis pelos órgãos competentes para a situação vivida hoje pelos profissionais na atenção básica. É impossível a implementação de qualquer programa ou projeto quando se depara com um espaço de trabalho desgastante, estressante e desumano.

V. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como enfermeira-pesquisadora, pude mergulhar nos discursos dos sujeitos, abstrair o significado atribuído pelos profissionais ao atendimento ao adolescente e, através da convergência das falas construir, numa visão perspectival, as experiências vividas pelos profissionais de saúde com os adolescentes. Este movimento de idas e vindas na busca de significados da relação do profissional de saúde com o adolescente não se esgotou neste estudo. Chego, dessa maneira, a uma das verdades possíveis, entre tantas outras, vindas de diferentes olhares sobre o inesgotável fenômeno.

A fenomenologia como caminho metodológico e filosófico me permitiu ir-à-coisa-mesma, ou seja, adentrar o fenômeno e apreendê-lo em sua essência, considerando também meu modo de conceber a realidade. A aproximação com a fenomenologia social de Alfred Schutz me permitiu compreender o vivido pelos profissionais de saúde com o adolescente, fenômeno permeado por relações sociais intersubjetivas. Aliada a referenciais teóricos sobre as temáticas relacionadas com este estudo, construí as categorias de análise e iluminei algumas facetas do fenômeno.

Os profissionais mostraram, por meio de suas falas, que atender o adolescente é desafiante. O adolescente traz, arraigado em si, as contradições e marcas da própria sociedade em que está inserido e com as quais os profissionais têm dificuldade de lidar. Dessa maneira, na relação face a face com o adolescente os profissionais relataram vivenciar suas limitações, advindas da própria vivência como adolescentes, dos (pré)conceitos sobre esta fase da vida e da formação

acadêmica que pouco se aprofunda no estudo das particularidades e especificidades desta fase da vida.

Os achados deste estudo permitiram-me compreender que os profissionais de saúde buscam construir uma relação efetiva com o adolescente. Entendem a erupção e confusão de experiências que os adolescentes de hoje vivenciam e as contradições de comportamento na busca de habitar o mundo adulto. Entretanto, apontaram que também enfrentam uma sobrecarga de trabalho advinda do atual modelo assistencial, que não prioriza a atenção ao adolescente e que dificulta a esses profissionais a ida ao encontro do adolescente, já que este não procura de forma cotidiana as unidades de saúde. Ressaltaram também sobre a dificuldade de trazer tais adolescentes para o PSF. Sendo assim, vejo que é fundamental que os profissionais sejam críticos e criativos, capazes de criar estratégias para a abordagem dessa população que não adentra as unidades de saúde como as demais.

Considero ser importante que os profissionais busquem construir junto ao adolescente uma relação aberta e harmoniosa capaz de dar a este sujeito liberdade de procurar as unidades de saúde, sem julgamentos ou censuras frente ao que necessita. Além do mais, há que se considerar que a procura voluntária dos adolescentes pelo serviço de saúde, por acontecer em raras ocasiões, precisa ser explorada de modo a fazer com que esses sujeitos tenham uma atenção integral e sejam multiplicadores do cardápio de ações que tais serviços podem oferecer a essa população. Assim, é possível conciliar a tendência grupal vivida pelos adolescentes com as trocas de experiências positivas que eles podem ter nas unidades de saúde, quando lhes é propiciado um atendimento acolhedor e integral.

O estudo reforçou a necessidade de que, na relação com o adolescente, os profissionais sejam capazes de transcender os riscos aos quais os adolescentes estão expostos, os conhecimentos científicos sobre agravos à saúde, buscando compreender o outro em sua individualidade. Necessitam ser refletidas com o jovem, de maneira conjunta, as demandas e necessidades que não estão muitas vezes visíveis, mas que são fundamentais na promoção da saúde e no cuidado humano. Isso pode contribuir para a compreensão, por parte do profissional de saúde, da importância de sua ação social com o adolescente.

Os resultados do estudo apontaram ainda para a necessidade de construção de parcerias para atender o adolescente. A promoção da saúde do jovem não consegue ser construída somente pelo setor saúde. Para que a relação dos profissionais com os adolescentes seja concretizada, é necessário que o setor de saúde consiga estabelecer um diálogo aberto com o social, a cultura, a educação, o esporte, o emprego, entre outros, colocando o jovem como protagonista de sua história e como sujeito de direitos e deveres.

Estar com os profissionais, durante este processo, significou pra mim ser-no-mundo com eles, compartilhar vivências, refletir sobre atitudes já adotadas e as novas possibilidades e potencialidades quando nos vimos face a face com o adolescente. Reforçou para mim a importância do saber ouvir, saber falar e saber ser-com-o-outro em sua experiência de vida. Saber deixar que, numa relação de intersubjetividade e com diferentes visões de mundo, surjam as possibilidades de fusão de mundos e interfaces sem desconsiderar a diversidade que cada adolescente traz em sua experiência.

Percorrer este caminho em busca de compreender o fenômeno em estudo proporcionou-me um crescimento pessoal e profissional por me levar a refletir sobre

o nosso papel como profissional de saúde, entender o significado que temos na vida de um jovem, muitas vezes como inspiração de novas condutas, de motivação e abertura de novos horizontes na vida dele. Além disso, a fenomenologia social me permitiu olhar-para-o-outro em uma nova perspectiva, tornando-me capaz de ser-com-ele.

Como enfermeira e docente vejo as várias possibilidades para a relação com o adolescente. Na formação profissional, vejo a importância de estudar de forma mais dedicada esta fase da vida para que sua diversidade seja compreendida. Na educação em saúde considero que o papel dos profissionais de saúde junto ao jovem é primordial, uma vez que ele na relação com o profissional traz carências de informação, reflexão e de condutas, advindas de seu meio.

A partir da compreensão dos significados atribuídos pelos profissionais ao atendimento ao adolescente acredito que este estudo poderá impulsionar reflexões acerca da saúde do adolescente e de ações de promoção da saúde dessa população de forma articulada e efetiva.

Acredito que algumas lacunas no conhecimento referentes ao atendimento ao adolescente foram preenchidas com este estudo. No entanto, tendo em vista o caráter perspectival do fenômeno, algumas indagações permanecem e novas surgem ao finalizar esta pesquisa. Dessa maneira questiono: Como o adolescente vê a relação com os profissionais de saúde? Como as políticas públicas de saúde consideram as demandas e necessidades dos jovens e as incorporam nos programas desenvolvidos? Considero que as respostas para tais questionamentos poderão ocorrer em virtude de novos estudos desenvolvidos acerca da temática da juventude e da promoção da saúde necessária para que tenhamos uma relação ainda mais estreita com o jovem.

REFERÊNCIAS

ABERASTURY, A. et al. *Adolescência*. Traduzido por Ruth Cabral. Porto Alegre: Artes Médicas, 2º ed. 1983.

ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. *Adolescência normal: um enfoque psicanalítico*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.

ABRAMO, H.W. *Cenas Juvenis: punks e darks no espetáculo urbano*. São Paulo: Anpocs/Scritta, 1994.

ABRAMO, H. W. Condição juvenil no Brasil contemporâneo. In: ABRAMO, H.W., BRANCO, P.P.M. (orgs.) *Retratos da juventude brasileira: Análise de uma pesquisa nacional*. São Paulo: Perseu Abramo, 2005. p. 37-72.

ANDRADE, L. O. M.; BUENO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (org.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 783 – 836.

ARMOND, L. C. *Convivendo com a hospitalização de um filho adolescente*. Tese de Doutorado. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 2003.

AYRES, J.R.C.M.; JÚNIOR, I. F. Saúde do Adolescente. In: SCHRAIBER, L. B. ; NEMES, M. I. B. ; MENDES-GONÇALVES, R. B. (org.) *Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica*. 2º ed. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 66-85.

BEIRÃO, M. M. V. et al. Adolescência. In: ALVES, C. R. L.; VIANA, M. R. A. (orgs.). *Saúde da Família: cuidando de crianças e adolescentes*. Belo Horizonte: COOPMED, 2003. p. 109-134.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Assistência Integral ao adolescente e ao jovem. In: BELO HORIZONTE. *BH – Viva Criança: compromisso com a assistência integral à saúde da criança*. Coordenação de Atenção à criança. Belo Horizonte, 2004. p. 157-166.

BICUDO, M. A. V.; ESPÓSITO, V. H. C. *Pesquisa qualitativa em educação*. Piracicaba: UNIMEP, 1994.

BISON, R. A. P. *Representações sociais dos estudantes de enfermagem sobre sexualidade numa experiência de ensino*. Dissertação de Mestrado. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 1998.

BOEMER, M. R. A condução de estudos segundo a metodologia de investigação fenomenológica. *Rev. Latino-Americana de Enf.* Ribeirão Preto. Vol.2, .n. 1. p. 83-94. Jan, 1994.

- BRANDÃO, E. R.; HEILBORN, M. L. Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 1421-1430, jul., 2006.
- BRANDÃO, E. R. Gravidez na adolescência: um balanço bibliográfico. In: HEILBORN, M. L. et. al (org.) *O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros*. Rio de Janeiro: Garamond e Fiocruz, 2006.
- BRASIL. Congresso Nacional. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Centro Gráfico do Senado, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa Saúde do Adolescente: bases programáticas*. Brasília: Ministério da Saúde, 1989.
- BRASIL. *Lei nº 8069 de 13 de julho de 1990*. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à saúde. *Normas de Atenção Integral do Adolescente*. Brasília, Ministério da Saúde, 1993.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/196 sobre Pesquisa envolvendo seres humanos. Decreto nº 93.333 de 14 de jan. 1987. In: *Bioética*, n. 4, p. 15-25, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da política Nacional de humanização. *HumanizaSUS*. Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde. 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde do adolescente. Disponível em: <www.saude.gov.br/adolescente> Acesso em 12 mai. 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. População residente por faixa etária e sexo no Brasil. Disponível em: < www.saude.gov.br/datasus>. Acesso em 16 ago. 2005.
- BURSZTYN, I.; RIBEIRO, J. M. Avaliação participativa em programas de saúde: um modelo para o Programa de Saúde do Adolescente. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 404-416, mar-abr, 2005.
- CALDAS, M. A. M. *Pensamentos e experiências na área da saúde de pessoas que vivenciam o adolescer: uma abordagem fenomenológica*. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 1991.
- CAMPOS, M.; SOUSA, V. O voluntariado como forma de protagonismo juvenil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. *Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento*. Brasília, 1999. v.1, p. 80-85.

- CANESQUI, A. M.; SPINELLI, M. A. S. Saúde da família no Estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n.9, p.1881-1892, Set, 2006.
- CAPALBO, C. *Fenomenologia e Ciências Humanas*. 3º ed. Londrina: Ed. UEL. 1996. 133 p.
- CAPALBO, C. *Metodologia das Ciências Sociais: a fenomenologia de Alfred Schutz*. 2 ed. Londrina: UEL; 1998.
- CAPALBO, C. A subjetividade em Alfred Schutz. *Veritas. Rev. de Filosofia da PUCRS*. Porto Alegre, v. 45, n. 2, p. 289-298, jun, 2000.
- CARIDADE, A. O adolescente e a Sexualidade. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. *Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento*. Brasília, 1999. v.1, p. 206-212.
- CARVALHO, A. S. *Metodologia da entrevista: uma abordagem fenomenológica*. 2º ed. Rio de Janeiro: Agir, 1991.
- CARVALHO, G. M. *Recorrência da parentalidade adolescente na perspectiva dos sujeitos envolvidos: um fenômeno relevante para estudo*. Tese de Doutorado. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006.
- CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (org.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 149 – 182.
- CAVALCANTI, J. H. V.; XIMENES NETO, F. R. G. O adolescente na atenção primária em saúde: Uma análise das ações realizadas por enfermeiros na estratégia saúde da família. *Rev. Paul. Enf.*, v. 23, n. 3/4, p. 242-247, 2005.
- CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.) *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, 2001, p. 113-126.
- COLLI, A. Conceito de Adolescência. In: MARCONDES, E. *Pediatria Básica*. 8º ed. São Paulo: Sarvier, 1991.
- COSTA, A.C.G. *Conversando com os pais: programa cuidar*. Rio de Janeiro: HS Editora. 2002.
- DARTINGUES, A. *O que é Fenomenologia*. São Paulo: Moraes, 7º ed. 2000.
- DIMENSTEIN, G. ECA completa 15 anos sem ainda ter conseguido ser integralmente cumprido. *Jornal Folha de São Paulo online*. Disponível em: < <http://www1.folha.uol.com.br/folha/dimenstein/noticias/gd120505.htm>>. Acesso em 13 mai. 2005

- DOMINGOS, S. R. F. *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, R. A. P.; THOMSON, Z.; MELCHIOR, R. Atenção à saúde dos adolescentes: Percepção dos médicos e enfermeiros das equipes da saúde da família. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2491-2495, nov, 2006.
- FERREIRA, M. A.; LISBOA, M. T. L.; ALMEIDA FILHO, A. J.; GOMES, M. L. B. Inserção da saúde do adolescente na formação do enfermeiro: uma questão de cidadania. In: RAMOS, F. R. S. (org.). *Projeto Acolher: um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro*. Brasília: ABEn/Governo Federal, 2000. p. 68-72.
- FERREIRA, R. A. (et. al). Adolescente: particularidades no atendimento. In: LEÃO, E et al (orgs.). *Pediatria Ambulatorial*. 4 ed. Belo Horizonte: COOPMED, 2005.
- FUSTINONI, S. M. *As necessidades de cuidado da parturiente: uma perspectiva compreensiva da ação social*. Tese de Doutorado. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2000.
- GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface*, Botucatu, v. 9, n.17, p.287-301, mar./ago, 2005.
- GUNTHER, I. A. Adolescência e projeto de vida. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. *Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento*. Brasília, 1999. v.1, p. 86-92.
- HEIDEMANN, M. *Adolescência e saúde: Uma visão preventiva para profissionais de saúde e educação*. Rio de Janeiro: Vozes, 2006. 148p.
- IOSSI, M. A. *Aprender brincando: a percepção de alunos adolescentes sobre grupos de orientação sexual*. Dissertação de mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / USP. 2000.
- JEOLÁS, L.S.; FERRARI, R. A. P. Oficinas de prevenção em um serviço de saúde para adolescentes: espaço de reflexão e de conhecimento compartilhado. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 2, p. 611 - 620, abr-jun, 2003.
- JESUS, M. C. P. *A educação sexual na vida cotidiana de pais e adolescentes: uma abordagem compreensiva da ação social*. Tese de Doutorado. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 1998.
- MADEIRA, A. F. M. *Crescer com o filho: a singularidade de adolescer mãe*. Tese de Doutorado. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 1998.
- MANDÚ, E.N.T.; PAIVA, M. S. Consulta de Enfermagem a adolescentes. In: RAMOS, F. R. S. (org.). *Projeto Acolher: um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro*. Brasília: ABEn/Governo Federal, 2001. p.131-139.

MARTINS, J.; BICUDO, M. A. V. *A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos*. São Paulo: Moraes, 1989. 110p.

MARTINS, J.; BOEMER, M. R.; FERRAZ, C. A. A fenomenologia como alternativa metodológica. *Rev. Esc. Enf. USP.*, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 139-147, abr, 1990.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: Algumas reflexões acerca de valores que merecem ser atendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.) *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001, p. 39 - 64.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, set. / out. 2004.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (orgs.) *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: HUCITEC; 1997.

MEYER, D. E. E.; MELLO, D. F.; VALADÃO, M. M.; AYRES, J. R. C. M. “Você aprende. A gente ensina?” Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1335-1342, jun. 2006.

MINAS GERAIS. Secretaria Estadual de Segurança. Programa Fica Vivo. Disponível em: <http://www.seds.mg.gov.br/eixos_ficavivo.asp> . Acesso em: 07 set. 2006.

MINAS GERAIS. Secretaria Estadual de Educação. Saúde na Escola. Disponível em: < <http://www.educacao.mg.gov.br/>>. Acesso em: 07 set. 2006.

MONTEIRO, S.; CECCHETTO, F. Juventude, sexualidade e saúde: Um estudo sobre intervenção social no Rio de Janeiro / Brasil. In: CASTRO, L. R.; CORREA, J. (orgs.) *Juventude contemporânea: Perspectivas nacionais e internacionais*. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2005. p. 279-300.

MOREIRA, M. S. G. *Os determinantes organizacionais para a inovação escolar: o caso da Educação Afetivo – Sexual*. Dissertação de Mestrado. Escola do Governo Professor Paulo Neves de Carvalho. Belo Horizonte. 2005.

MUZA, G. M.; COSTA, M. P. Elementos para a elaboração de um projeto de promoção a saúde e desenvolvimento dos adolescentes – O olhar dos adolescentes. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 321-328, jan./fev. 2002.

NOVAES, R., VITAL, C. A juventude de hoje: (re)invenções da participação social. In: THOMPSON, A. A. et al. *Associando-se à juventude para construir o futuro*. São Paulo: Peirópolis, 2005. p. 109-147.

NUNES, M. J. *A percepção do adolescente sobre a sua sexualidade frente às doenças sexualmente transmissíveis / AIDS*. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2000.

OMS. Organización Mundial de la Salud. *La salud de los jóvenes: un reto y una esperanza*. Ginebra. 1995. 120p.

PAIM, J. S. *Desafios para a saúde coletiva no século XXI*. Salvador: EDUFBA, 2006.

PATRÍCIO, Z. M. O cuidado com a qualidade de vida dos adolescentes: um movimento ético e estético de “koans e tricksters”. In: RAMOS, F.R. S.; MONTICELLI, M.; NITSCHKE, R. G. (orgs.). *Projeto Acolher: um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro*. Brasília: ABEn/Governo Federal, 2000. p. 121-143.

PAULO, I. M. A. *Ter um filho desnutrido o significado para as mães*. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais. 2005.

RAMOS, F. R. S.; MONTICELLI, M.; NITSCHKE, R. G. (orgs.). *Projeto Acolher: um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro*. Brasília: ABEn/Governo Federal, 2000. 196 p.

RAMOS, F. R. S. Bases para uma resignificação do trabalho de enfermagem junto ao adolescente. In: Associação Brasileira de Enfermagem – *Projeto Acolher. Adolescer: compreender, atuar, acolher*. Brasília: ABEn, 2001. p. 11-18.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n.2, p.438-446, mar./abr. 2004.

RIOS, L. F.; PIMENTA, C.; BRITO, I.; TERTO JUNÍOR, V.; PARKER, R. Rumo à adultez: oportunidades e barreiras para a saúde sexual dos jovens brasileiros. *Cad. Cedes.*, Campinas, v. 22, n. 57, p. 45-61, ago, 2002.

RODRIGUES, H. B. S. *Políticas públicas e projetos para a juventude: uma análise comparativa de pressupostos e contextos institucionais de duas iniciativas*. Dissertação de Mestrado. Escola do Governo Professor Paulo Neves de Carvalho. Belo Horizonte. 2004.

SANTOS, J. E. F. S.; BASTOS, A. C. S. Pertencimento e “desterro” nas trajetórias de adolescentes da favela de Novos Alagados, Salvador, Bahia. In: CASTRO, L. R.; CORREA, J. (orgs.) *Juventude contemporânea: Perspectivas nacionais e internacionais*. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2005. p. 253-278.

SCHÜTZ, A. *Fenomenologia del mundo social: introducción a la sociologia comprensiva*. Buenos Aires, Paidós, 1972.

SCHÜTZ, A. *El problema de la realidad social*. Buenos Aires, Amorrortu, 1974.

SILVA, I. A. Desvendando as faces da amamentação através da pesquisa qualitativa. *Rev. Bras. Enfermagem.*, Brasília, v. 53, n. 2, p. 241-249, abr./jun. 2000.

SPÓSITO, M. P.; CARVALHO E SILVA, H. H.; SOUZA, N. A. Juventude e poder local: um balanço de iniciativas públicas voltadas para jovens em municípios de regiões metropolitanas. *Rev. Bras. Educação.*, v. 11, n. 32, mai/ago. 2006.

TAKAKI, M. H.; SANT'ANA, D. M. G. A empatia como essência no cuidado prestado ao cliente pela equipe de enfermagem de uma unidade básica de saúde. *Cogitare Enferm.*, Curitiba, v.9, n.1, p. 79-83, jan./jun. 2004.

TRAVERSO-YEPÉZ, M. A.; PINHEIRO, V. S. Adolescência, Saúde e Contexto social: esclarecendo práticas. *Psicologia & Sociedade*, v. 14, n. 2, p. 133-147, jul-dez, 2002.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 3, p. 507-14, 2005.

VITIELLO, N. *Sexualidade: quem educa o educador: um manual para jovens, pais e educadores*. São Paulo: Iglu, 1997.

VIOLATO, C. History of adolescence. In: FRIEDMAN, S. B. *Comprehensive adolescent health care*. St. Louis: Quality, 1992.

WAGNER, H. R. *Fenomenologia e relações sexuais: textos escolhidos de Alfred Schütz*. Rio de Janeiro, Zahar, 1979.

ANEXOS

ANEXO A



**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE
BELO HORIZONTE (CEP-SMSA/PBH)**

Avaliação de projeto de pesquisa – **Protocolo 01/2006**

Projeto: “A relação entre o profissional de saúde e o adolescente: uma análise compreensiva”.

Pesquisador responsável: Natália de Cássia Horta (Tese de Mestrado – Escola de Enfermagem da UFMG)

Orientador: Anézia Moreira Faria Madeira.


Instituição: Universidade Federal de Minas Gerais (Faculdade de Enfermagem)

Parecer:

O projeto acima referido cumpriu os requisitos da resolução 196/96 da CONEP, tendo sido aprovado na reunião do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

Recomendação aos pesquisadores: alterar o endereço do CEP-UFMG para o endereço do CEP-SMSA-BH no TCLE.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao CEP um ano após início do projeto ou ao final desde, se em prazo inferior a um ano.


Celeste de Souza Rodrigues
Coordenadora do CEP – SMSA/PBH

Belo Horizonte, 22 de fevereiro de 2006.

ANEXO B

Universidade Federal de Minas Gerais
Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - COEP

Parecer nº. ETIC 483/05

Interessada: Profa. Dra. Anézia Moreira Faria Madeira
Departamento Materno – Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP, aprovou no dia 29 de março de 2006, o projeto de pesquisa intitulado "**A relação entre o Profissional de Saúde e o Adolescente: uma análise compreensiva**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do referido projeto.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

(Maria Elena de Lima Perez Garcia)
p/ **Profa. Dra. Maria Elena de Lima Perez Garcia**
Presidente do COEP/UFMG

ANEXO C**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada: “A relação entre o profissional de saúde e o adolescente: uma análise compreensiva”, cujo objetivo é compreender os significados do atendimento ao adolescente, para os profissionais de saúde. A realização desse estudo poderá oferecer subsídios para que a equipe de saúde busque uma organização para atender a demanda dos adolescentes reduzindo os agravos à saúde desta população.

A pesquisa é realizada por mim, Natália de Cássia Horta, enfermeira e aluna do Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

Sua participação é voluntária, sendo sua colaboração importante e necessária para o andamento da pesquisa. Ela consiste em participar de uma entrevista, de forma individual, que será gravada com sua autorização prévia, respondendo a seguinte questão: **“Conte para mim, o que é para você, atender o adolescente”**.

A você, será garantido(a) o anonimato, o sigilo das informações e da privacidade, além da utilização dos resultados da pesquisa, exclusivamente, para fins científicos, visando uma melhor relação entre o adolescente e o profissional de saúde.

Caso concorde em participar, em qualquer momento você poderá solicitar informações ou esclarecimentos sobre o andamento da pesquisa, bem como desistir dela e não permitir a utilização de seus dados, sem que haja nenhum prejuízo para você.

CONSENTIMENTO:

Eu, como entrevistada, afirmo que fui devidamente orientada sobre o objetivo e a finalidade da pesquisa, bem como da utilização dos dados exclusivamente para fins científicos e sua divulgação posterior, sendo que meu nome será mantido em sigilo.

Nome do entrevistado (a): _____

Assinatura: _____

Data: ___/___/___.

Pesquisadora: Natália de Cássia Horta

Endereço: Rua Epaminondas de Moura e Silva, 481. Bairro Planalto.

Belo Horizonte - MG. CEP: 31720-580. Tel.: 3134941855/3196356852

Assinatura: _____

Data: ___/___/___.

Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – Tel.: 3132489364.

ANEXO D

ENTREVISTAS

Entrevista 1 – ACS. 1

O que é pra você atender o adolescente?

É, **trabalhar com o adolescente é uma dificuldade muito grande né... Pelo fato das drogas e eles não tão nem aí.(1)** Mas assim, **pra mulher, a gente não tem dificuldade não, porque ela é mais aberta...(1)** né?... é... Na minha adolescência, naquela época não tinha tanta coisa da adolescente procurar o centro de saúde, pra poder cuidar da saúde, fazer uma prevenção para procurar se prevenir, um anticoncepcional, uma camisinha, procurar se informar né. Assim, eu acho que agora já tá mais avançado na adolescência. **Pro homem não, é difícil a abordagem pra ele porque eles não tão nem aí.(1)** Sabe, aqui no Felicidade por um motivo de drogas, alcoolismo. Ah... **eu acho mágico atender o adolescente (risos) porque a gente pactua (2)**, não, deixa eu ver a palavra: **vive aquilo com ele sabe (2)**, quando **ele se abre é viver, entrar na vida dele (2)** entendeu? **E ele entra na minha. É um momento mágico.(2)**

Mágico como?

Ah interessante sabe. Você se abre como irmão, como deixa eu ver: não como paciente mas como uma pessoa que ele precisava de abrir mas não se abre. **Com o pai ou com a mãe tem dificuldade e se abre com a gente entendeu.(2)** Ah mais confiança – confiança, **o chamado momento mágico é confiança. (2)**

Que mais?

Eu acho que tá com o adolescente é... ah... o que eu poderia colocar? Num sei, eu acho que **lidar com o adolescente é mais fácil que com uma pessoa adulta.(3)** É porque assim, **o adolescente você pode concertar (3)**, às vezes num sei, um trauma que tem de pai ou de mãe, de sofrimento sabe? Aí quando ela chega na fase adulta ela se abrindo, ela conversando, eu acho que fica mais fácil.

Tem mais alguma coisa?

Não (risos).

Entrevista 2 – ACS. 2

O que é para você atender o adolescente?

Eu acho que **trabalhar com o adolescente é muito delicado.(1)** Pra mim particularmente, **tem momentos que eu não sei como lidar com isso.(1)** Porque assim, **tem questões de adolescência que pra gente poder trabalhar (1)** teria que, não sei, **a gente teria que ter mais orientações, teria que ter mais cursos preparatórios sabe, alguma coisa assim que esclarecesse a gente como lidar com o adolescente, porque (1)** o adolescente, é a questão do adolescente: **gravidez, iniciação sexual, tudo isso é muito complicado e, as vezes, cê não tem como explicar isso pra eles entendeu?(1)** Tem essa questão de: olha tem que usar camisinha sabe. Ah, com quantos anos pode começar a ter relação sexual, entendeu? Todo esse tipo de coisa assim porque... vai saber ...(risos), **eu não sei nem pra mim qual a verdade (1)** (risos) sabe, **como eu vou saber explicar pra alguém?(1)** Entendeu? Então assim, pra mim, nesse sentido é complicado, mas eu acho também que trabalhar com o adolescente, quando a gente sabe, quando a gente tem direcionamento, é um trabalho que dá muito resultado, entendeu?Porque o adolescente está muito aberto nesse sentido e **é mais fácil do que você trabalhar com adultos.(2)** Eu acho, no momento **porque o adulto já tem a cabeça dele formada (2)**. Ele já tem os modos, as maneiras. Igual: você pega um hipertenso, você tem que explicar para ele que não pode comer mais gordura, que ele tem que fazer exercícios físicos... é muito mais difícil que você pegar um adolescente e falar com ele assim: olha, vamos conversar hoje, saber quais os seus problemas, não sei o que... **quando ele se interessa e você consegue fazer com que ele se interesse (2)**, por isso **eu acho que é muito mais fácil lidar com a adolescente do que com adulto.(2)** Acho que **nesse sentido a gente vê muito mais resultado do que com o adulto,(2)** mas quando tem esse trabalho entendeu? De todo mundo se empenhar e que no momento, infelizmente (risos) não tá tendo ninguém fazendo muito isso, tá todo mundo deixando mais de lado. Então, preocupa muito assim né, quando aparece a adolescente grávida na equipe aí todo mundo vai e fala: Ah, mas a menina só tem 15 anos e está grávida! Mas ninguém preocupa em fazer uma palestra, fazer qualquer tipo de coisa né, pra poder fazer com que isso não aconteça. Pra que a gente não tenha mais adolescente grávidas, pra que a gente num se depare com o caso de HIV numa menina, num rapazinho de 15, 16 anos, entendeu? E infelizmente a gente não tá tendo isso. Eu acho que dentro das nossas equipes são poucas as que estão conseguindo fazer esse tipo de trabalho, infelizmente... Porque eu acho que o trabalho do PSF é esse né... De tá todos os dias tentando precaver pra que as coisas não aconteçam né... Acho que o objetivo é esse né. Pelo menos o que a gente aprendeu é isso: que o PSF é pra não deixar acontecer. E infelizmente a gente não ta tendo...aí tem que chorar.

O que mais?

O momento com o adolescente... ele é... as vezes ele é constrangedor né.(1) Por que? Por causa disso mesmo. Que **a gente não sabe como lidar, como conversar.** Mas **trabalhar com o adolescente é também um momento agradável,(2)** porque o momento que geralmente né, **eles são mais alegres, são mais extrovertidos e tudo... e pra gente poder conversar é muito mais fácil certos assuntos que com adultos.(2)** Então, assim, tem momentos em que é realmente mais agradável mas tem momentos em que é constrangedor. Até porque também, **a maioria se fecha muito nesse sentido,(1)** na hora que vai tentar conversar, mesmo dessas coisas da adolescência que **eu acho que é o que é mais difícil na adolescência é essa questão mesmo sexual (1)** porque né... é a época da descoberta, época que ta

descobrir tudo de uma vez, e aí eu acho que esta é a questão mais difícil na adolescência : questão mesmo **da sexualidade (1)**.Então, é igual eu tô falando, **tem momentos que é agradável né, da gente poder conversar, na hora que eles conseguem se abrir, mas também é constrangedor porque você não saber como lidar com aquilo (1)** pra você não deixá-lo constrangido e nem ficar constrangido,entendeu?

Eu acho assim, que é...como é um trabalho assim pra você né, uma tese...e tudo mais. Eu acho assim, como eu sei que você se empenha muito com isso, de se preocupar, fazer coisas que dêem resultado.Eu acho assim...acho assim...que seria muito legal realmente, sabe, se todo mundo começasse a pensar assim: Em vamos fazer alguma coisa? Não vamos ficar todo mundo parado!Olhando um para a cara do outro...Eu acho assim: que se todo mundo se envolvesse um pouco mais com o trabalho e quisesse realmente fazer, levar o trabalho a sério e se envolver mesmo e fazer...Vamos fazer palestras, vamos sabe, chamar todo mundo, vamos se empenhar realmente no trabalho.Eu acho que é isso sabe. Eu acho que o PSF, o que falta nisso é comprometimento mesmo. E assim, eu vejo na maioria das pessoas, num falo todo mundo, mais assim, a maioria falta comprometimento.Mas eu acho que se for levado a sério vai ser um trabalho muito bonito e a gente vai ver bons resultados. (Risos...)

Tem mais alguma coisa?

Não, é só isso. Risos...

Entrevista 3 – AE. 1

O que é para você atender o adolescente?

Bom, eu poderia estar pensando assim com meus filhos. Porque eu tenho filhos adolescentes, né. E... **o atender eu acho que é ouvir os seus problemas (1) né, as suas queixas, o que eles querem da vida, o que eles desejam da vida, quais são as suas perspectivas de vida (1) né.** Eu tenho essa relação com os meus filhos que são adolescentes. Tirando a C. que hoje está com 27 anos, tem a N. e o F. que são adolescentes. Então assim a gente tem a liberdade de estar perguntando assim dúvidas que eles têm, sabe. O que que eles esperam né, a gente tem esse tipo de liberdade. Então eu creio que né, pra mim **tá ajudando o adolescente (1),** o que eu esperava, é isso. **Ele ter confiança em mim pra tá contando os seus problemas, né. Pra eu poder ajudar a resolver os seus problemas. Essa seria uma relação minha com ele. (1)** Bom aqui no posto a gente ... pelo menos na nossa equipe, a não ser a C. que faz o trabalho na escola, aquela coisa toda. E eu particularmente **aqui a gente ouviu muito pouco o adolescente (1),** sabe. Um ou outro assim, que você chega e conversa com ele, sabe. Mas a maioria aqui no posto eu não tenho muita experiência assim, com o adolescente pra tratar do caso deles não. Eu não tenho tido assim esse tipo de envolvimento aqui com o adolescente não. Mais é pessoa assim... mais já, às vezes casada, a maioria das pessoas que já passou dos 18 anos e tal e isso aí tem mais experiência aqui. Com o adolescente é muito pouco. **Porque o adolescente, ele ainda não tem essa liberdade de tá procurando a gente não. Como ele, às vezes, não tem em casa é ele tem também essa dificuldade de procurar o profissional de saúde pra essas coisas... Um ou outro que tem essa liberdade.(2)** Igual por exemplo, lá pra falar na turma é fácil pra eles, lá um pergunta o outro, pergunta é fácil pra eles. Mas, se for individual é mais complicado, né. Ele tem que ter assim uma confiança muito maior na pessoa. você tem assim que tornar praticamente um amigo, um amigo íntimo pra ele ter essa coragem, tá. Então, o adolescente tem isso. **Se ele não tiver uma segurança e uma amizade com você, é muito difícil dele falar as coisas (2).** Cê pode ver o próprio filho. Se o próprio filho, ele não tem essa confiança com o pai e a mãe, ele não fala. Ele esconde tudo, mas ele não fala entendeu? Então eu acho que não tem ainda não. Com o adolescente não. Essa relação de intimidade pra ele se abrir com você é... na área da saúde ainda tá bem fraquinho ainda. Eu acho que é muito da sociedade, da criação entendeu. **Eles têm vergonha né. Eles têm medo, medo de se expor. (2)** Às vezes ninguém garante que eu vou guardar o que eles tão falando pra mim, entendeu. **Não tem essa confiança,(2)** né. E... e é uma experiência, às vezes pessoal da gente. Quantas vezes a gente deixou de conversar com alguém porque você não tinha confiança no que ela ia pensar, se ela ia chegar e contar pra sua mãe, às vezes é alguma coisa que ele não queria contar pra mãe. Queria só contar pra alguém, pra desabafar. Mas, se aquela pessoa contar pra minha mãe, eu não queria que minha mãe saiba, né. Então, você guarda pra si, né. As suas curiosidades né. Igual, por exemplo, eu me casei adolescente e quando eu casei, que fui me casar, pra você ver mais ou menos como é a cabeça do adolescente. Em muito tempo atrás? Foi, mas o adolescente hoje é assim. Quando eu fui me casar é que eu soube que fazer um sexo na perna não engravidava ninguém. Pra mim engravidava. Porque eu não tinha relação com meus pais. Eu nunca conversei com meus pais sobre sexo. Então, hoje tem adolescente assim? Tem. Tem uns que são mais liberais? Tem. Por exemplo, os meus filhos: eles falam tudo, né. Normal, eles falam tudo. Minha filha quando era adolescente quis transar: mãe, eu vou transar. Ela tava com 17 anos quando ela pensou em transar pela primeira vez, né. Mãe eu vou transar, tô com vontade e tal. Como a gente tinha liberdade de conversar, falei à minha filha: Cê sabe o que você está fazendo? Isso é importante pra você? A pessoa que você vai é aquela mesmo que você espera? Você gosta dela? Aquela coisa e tal. Então assim, conversei com ela. Então ela pensou, pensou.... E falou que ia esperar um pouquinho. Quando ela fez 19 anos, ela falou:

mãe, agora eu vou. Eu tô consciente, eu sei o que quero. Então o que eu fiz. Fomos lá passamos então na farmácia, compramos comprimido, usa camisinha e tal. Então eu tive essa liberdade, mas nem todos os pais tem essa liberdade. Se ouve histórias aqui dentro de pais que chegam aqui e querem que o médico olha se sua filha é virgem ou não. Então, assim, ainda tem esse preconceito, essa cobrança sabe. Acha, que tem que controlar a vida do filho. Eu acho que ensinar é minha obrigação. Tem que ensinar o adolescente né, tanto os meus filhos quanto os outros que chegam pra mim. Mas cobrar que ele seja perfeito, que ele tenha que se guardar, isso é problema dele. **Eu acho que o que tá faltando na saúde ainda é essa confiança, (2)** esse tratamento. Mas eu acho também que é aquela coisa: não tem essa chamada ainda. Eu acho que a partir do momento que começar a ter essa chamada no posto...lá na escola é importante: é. Então é lá que eu vou fazer. Mas tinha que ter isso aqui e nós, por enquanto, não temos isso aqui. Ce vê que você está esse tempo todo aqui e que dia que você viu uma reunião de adolescente?Você não viu né. Então isso falta tá. Eu creio que se chamar mesmo, se todo mundo juntar e tal eles acabam vindo né. Talvez vai ter uma dificuldade pelo seguinte: porque aqui eles moram todo mundo junto. Então, de repente, nós vamos ter essa dificuldade de tá...se colocar todo mundo junto eles não vão falar muita coisa. Porque eles conhecem e tal e vão começar a zoar...mas se você começar a chamar para uma conversa particular sabe, de repente eu tenho essa liberdade, dele estar conversando comigo. Mas, não tem isso. Eu acho que por enquanto a gente não se preocupou em fazer esse tipo de trabalho e eu acho que tem que ter. Eu acho que tem que ser assim. Tá faltando isso aqui.

Tem mais alguma coisa que você queira falar?

Não. Eu acho que tá muito falho ainda, o atendimento ao adolescente, sabe. A orientação... eles tem muito pouca orientação. Então você vê ainda as meninas engravidando de qualquer jeito, sem preservativo, sem nada. Sem esquentar a cabeça né. Eu acho que a orientação tá muito pouca e a nossa aproximação com eles pra mim tá péssima sabe. A gente tem cuidado muito dos idosos, da criança, mas o adolescente, eu acho que ela tá meio largado. Tá...tá meio largado. E eu acho que a gente tem que dar outra solução pra isso aí. Igual: eu já falei com a C., eu acho que a nossa equipe, que tá mais ou menos organizada, já tava na hora de a gente fazer esses outros tipos de trabalho né. Porque é importante. Mas por enquanto não deu. Mas tá pronto né. Eu acho que a gente deveria estar orientando eles mais. E assim...cê vê que em casa a maioria deles não tem..não tem relação em casa. Ce vê que se pergunta pra eles: e aí, como é que você conversa com sua mãe essas coisas? Ah não, minha mãe é assim, assado né. A cabeça dos pais ainda tá muito...tá diferente né. Por mais que você fala com eles, quer dizer, alguns da minha idade já são mais abertos. Ce vê minha irmã: ela é mais nova que e, mas a cabeça dela é completamente diferente da minha, entendeu. Mas assim: quando eu saía daqui e levava camisinha para os meus sobrinhos, porque eu sei que eles transam, eles são adolescentes. Ela achava um absurdo! Cê tá incentivando meus filhos, isso e aquilo. Não, porque se eu deixar eles vão transar sem camisinha. Mas entendeu. É isso mesmo.

Entrevista 4- ENF. 3

O que é para você atender o adolescente?

É um desafio, atender o adolescente para mim é um desafio, porque as coisas mudaram muito ultimamente né, o mundo mudou (1), a mídia toda hora tá mostrando para o adolescente, e novela tudo né. **O adolescente está amadurecendo mais cedo ela esta menstruando mais cedo (1),** o corpo dele, **tá virando mulher, o menino ta virando homem mais cedo (1)** e tem né, o chamado mesmo do corpo, da cabeça. Eu tenho um adolescente em casa né. **Então para mim é um desafio, às vezes eu fico tão embaçada perto deles que eu peço ajuda até a Deus para me ajudar a atender aquele adolescente (1).** E o que eu sinto do adolescente é que ele conhece, mas ele não quer. Ele conhece os métodos contraceptivos, ele sabe que aqui no centro de saúde ele vai tê-los né quando ele quiser, mas ele não quer usar. Ontem eu atendi um adolescente de 15 anos que veio com a mãe que eu convivi com a mãe nesses 24 anos que eu estou aqui e a mãe teve cinco gravidezes e uma dela foi gemelar, e um morreu e essa mãe nunca aceitou fazer ligadura de trompas e eu em cima da mãe. E essa mãe ontem trouxe a filha como se fosse um troféu a gravidez da filha. Então essa questão cultural também né. A filha grávida e eu perguntei: você queria essa gravidez? Ela falou assim, eu queria ter um filho, e eu falei assim, você acha que esta na hora, ela falou não, eu falei assim, você conhece a vida da sua mãe? Você sabe que a sua mãe teve cinco gravidez e uma dela foi gêmeos e que um gêmeos morreu? Não, você já teve gêmeos mãe? E para você, como e que tá essa gravidez? O que você está fazendo? Você está estudando? Não, estou fora da escola. Você está trabalhando? Não, não tô trabalhando. E o pai do neném, é seu namorado? É a gente fica, a gente fica. E ele sabe que você está grávida? Sabe. Ele vai te ajudar? Ela sacudiu o ombro, como diz, eu não sei se ele vai me ajudar. E aí a mãe entrou e falou: ela come e dorme o dia inteiro. Examina pra mim G., os seios dela. O seio dela tá duro e doendo. Aí eu orientei né, a questão do hormônio, dos seios. Então **eu acho que a gente é despreparada pra atender o adolescente. A nossa formação na escola não nos preparou, para atender o adolescente, em tudo que ele precisa. Porque cada vez o desafio esta maior.(2)** No mundo inteiro tá acontecendo isso, a gravidez na adolescência. Então **parece que tá todo mundo despreparado para atender o adolescente (2)** Nós já fizemos tudo pra que esse adolescente pelo menos previna né. Uma gravidez precoce, ou DST, você mesmo é testemunha que você faz esse trabalho na escola, na vila, junto com a gente, há quantos anos? E até hoje a F., uma menina moreninha que fez consulta aqui com a L., fugiu de casa e foi pra barragem e veio essa semana... grávida, 16 anos. Então, **por isso que eu comecei falando que é um desafio, e esse despreparo nosso né (2),** a gente, **é muito difícil a demanda cada vez maior e a gente sem tempo de sentar pra planejar, pra estudar,** né, então nos **estamos só trabalhando, somos só tarefeiro, então a gente não sabe o que fazer com o adolescente,(2)** a gente vai dar pra eles uma festa pra ele vim, pra gente conquistá-los? Mas ele sabe, ele não quer. **O adolescente quer viver, sem nenhuma responsabilidade (1),** a grande maioria, eu num tô generalizando não, a grande maioria quer viver, quer ficar, num quer ... eu tô vendo na minha casa. Minha filha, o ano passado ela perdeu a escola, esse ano ela dorme três dias na semana, vai na aula em dois. Adoece todo dia, cada dia é uma dor. Eu levei no médico e falei: Cê vira ela do avesso, entendeu? O adolescente mente, o adolescente ... a droga tá acabando com o adolescente, **então é um desafio mesmo pra mim atender o adolescente (1).** Por mais que você faça planos, você não tem equipe pra trabalhar, entendeu? Então fica tudo na mão de poucas pessoas que tem vontade de fazer alguma coisa, entendeu? Eu não sinto uma equipe, mesmo no PSF nosso, que é um pouco, tem um pouco de equipe, sabe, a gente faz, num tem uma coisa ... a gente não tem resultados. Eu não vejo resultado, nesses anos todos que nos estamos trabalhando, eu vejo um ou outro, mas um resultado significativo, nos não temos. Mais alguma coisa, você acha que respondeu? E... e o adolescente tem outro agravante

que a faixa etária deles, pela Sociedade Brasileira de Pediatria, o adolescente até 19 anos, ele é adolescente. Então ele teria que ser atendido pelo pediatra, hoje o hebiatra. Então aqui no centro de saúde por um longo tempo a gente teve essa briga, o adolescente não tinha dono, ele num ia, ele num era mais criança, ele num é adulto, então, ficava aquela briga entre o clínico e o pediatra né. Agora o adolescente não vem ao centro de saúde, você é testemunha disso. Ele vem muito raramente, e a gente vê mais os meninos vindo buscar um preservativo, as meninas vem grávidas, entendeu? **E tem hora que eu desânimo atender o adolescente, sabe, me dá canseira, de verdade (1).** Nós tivemos um grupo de sexualidade, com a T. , assistente social, que basicamente a gente falava da anatomia e da fisiologia do corpo, a menstruação né, os corrimentos, falava do menino, da puberdade e tudo. Esse grupo foi até um certo tempo. Depois, a escola também que teria que ser uma grande parceira no trabalho com o adolescente, quem precisa de preparo são os professores também. Eles não entendem, pra eles, a gente tá ensinado o adolescente, e tá incentivando eles a transarem mais cedo. Agora eu tenho certeza sabe, a hora que ele quiser transar, ele transa mesmo! Com 10, com 9, com 11, com 12, ou não transa. Então é uma coisa da educação familiar, do berço, e é uma coisa dele. Porque que nós optamos por transar mais tarde e os meninos hoje tão transando mais cedo? Ou porque eles estão desenvolvendo mais cedo ou porque a vida tá desse jeito? **Então pra mim a experiência é frustrante. A minha experiência de atender o adolescente é frustrante, porque eu acho que eu num... não cheguei ainda a lugar nenhum com o adolescente (1).**

Você fala desse desânimo, que dá desânimo de atender o adolescente. Fala mais um pouquinho disso?

Esse desânimo é porque assim, **ele é tão irônico às vezes, o adolescente é tão irônico, ele é tão...(1), e, num tá nem aí (1), sabe, você fala e ele (1)...** sabe, me dá esse desânimo, de investir numa coisa que você vai vai vai vai vai, **num tem resposta nenhuma sabe? (1) Uma resposta de comportamento, de mudança de atitude (1).** Na vila, por exemplo: nós começamos a fazer aquele trabalho que a gente combinou, lembra? De tá andando nas ruas e conversando com os adolescentes. Então um dia nós fizemos isso. Eu a J. , não sei se a C. tava, tinha um outro ACS também, ou I. , a auxiliar. Fomos conversando com eles nos becos. Todo mundo ficando nos becos ou então com a camisa arreganhada, as meninas de short com a barriga de fora. Desses, uns 15 que nós conversamos, uns 10 tavam fora da escola, entendeu? Então dá esse desânimo que eu te falei isso, não tem, **você não vê mudança de comportamento, mudança de atitude né (1).** Uma delas é manicure e eu falei com ela: Vai procurar emprego no salão. Foi a única que eu vi que deu resultado né, que tava lá beijando e ficando no meio da rua, procurou emprego aqui no salão. A outra, é nova, da muito trabalho pra vó, o pai é alcoólatra, e tem vontade de fazer curso de manicure, eu fui olhar e a idade dela ainda não permite o curso aqui nas obras sociais. O que que ela fez: arrumou um namoro lá com um namorado da vizinha, a vizinha quer matar ela, ela teve que sair da casa da avó, que tem um filho alcoólatra que tá lá e separou da mãe dela, e agora ela tá morando não sei onde, entendeu? **Então o próprio sistema, a própria moradia deles, o núcleo que eles vivem né, o ambiente que eles vivem né, eu acho que não dá pra dá resultado nenhum sabe? Eu acredito que a única coisa que vai mudar o comportamento dos adolescentes é a profissionalização. Eles se sentirem úteis. No dia que eles se sentirem úteis, fazendo parte da sociedade, sendo valorizados pelo outro ser humano, pela própria família vai haver mudanças, sabe (1).** Lá no C. L. né, tem uma, a R. , psicóloga que tá fazendo uma parceria com a gente, a gente tá trabalhando com o adolescente. Lá tem umas oficinas e tem um espaço muito bom. Você não conhece não, né? Não. Subindo aqui na T. M. , indo pra vila. Então, ela falou que tá conseguindo bons resultados lá, com 20 adolescentes só da vila. Têm adolescentes que vai um dia, foge, vai outro e foge, mas ela conseguiu como? Ela passa um filme, discute o filme com eles, tentando puxar né

os conceitos que tem lá de qualquer coisa que seja, ela vai puxando depois eles vão para a aula de artes, desenho, pintura e tal. E uma vez por ano, duas vezes por ano, ela faz um piquenique com eles, ela faz uma excursão, mas só conseguiu 20. Lá tem mais de 100 adolescentes, você sabe disso. Então, eu falo com você que eu desânimo, mas num instantinho a cabeça já começa a ferver pensando em outra coisa que possa melhorar. E esse desânimo é isso, sabe, eu não sei se é pelo tempo de serviço, que eu já estou ficando velha, cansada, eu me sinto cansada, eu não tenho mais o pique de vinte e poucos anos, sabe. Mas esse desânimo me dá. **E ele exige muito da gente. O adolescente exige muito. Exige que seu olhar esteja atento o tempo todo em cima dele e junto com ele. Mas se você ganha a confiança dele...**

(3) Tem uma menina de 10 anos que nós começamos a querer ganhar a confiança dela pra tirar ela lá do mundo que ela tava vivendo, que a mãe dela proibiu ela de vir aqui. Porque a mãe dela vende drogas. Agora a casa da mãe dela saiu, que eles vão, que a Prefeitura indenizou. Eles vão mudar para a Vila S. M. Essa menina de 10 anos sabe o que que ela faz nos homens pra ganhar dinheiro, né? Sexo oral, boquete. Poxa, 10 anos! Então, nós começamos a conquistar a menina. Ela vinha, a gente sentava e conversava com ela. A Dra. E. trouxe umas coisas, eu trouxe umas roupinhas da N. pra ela. Aí a mãe dela proibiu ela de vir aqui. Acho que a mãe dela pensou que a gente fosse chamar o Conselho Tutelar, e a mãe vende droga. Na porta da casa dela na Vila, ficava cheio de traficantes, adolescentes... É complicado. Eu tinha vontade de ter experiência com adolescentes de outro nível. Que a minha filha é classe média, a minha filha é muito parecida com os adolescentes daqui né. Eu tinha vontade de ter acesso a adolescentes de classe alta, pra ver como eles são. Tem uns relatos dos médicos, que têm filhos, e de outras pessoas que parecem que tá tudo desse jeito. Uma coisa que tá acontecendo muito na adolescência é a depressão. Muita depressão no adolescente, e eu não tenho essa experiência de nível mais elevado.

Tem mais alguma coisa que você queira colocar?

Com relação ao adolescente? Isso que eu vou colocar é muito pesado? Olha, eu não me arrependo de ter tido um filho, pra mim ela é minha vida, mas na adolescência a gente tem vontade de voltar eles pra dentro da barriga, de tão desafiante que é. **O adolescente te desafia de todas as maneiras que você puder imaginar (1).** Até apanhar da minha filha eu já apanhei, entende? É um jogo. Eu tinha vontade de voltar pra dentro da minha barriga, deixar ela lá pro resto da vida... Agora mais uma coisa você me ensinou: Que **o trabalho com o adolescente não dá pra ser desorganizado. Tem que ser um trabalho organizado mesmo assim, tecnicamente, administrativamente, de todo jeito, sabe? Se não ele se perde, o adolescente tem que sentir segurança no profissional que esta trabalhando, ele tem que sentir firmeza (4).** E você me ensinou muito na organização do trabalho. Te agradeço muito esse aprendizado que eu tive com você, sinceramente. Agora eu vô terminar a minha vida trabalhando com crianças e adolescentes. Tem um filme que gostaria de lembrar o nome para te indicar, que passou na televisão, que um casal no final do filme abre um núcleo de adolescente, trabalhando com eles através do esporte. A mudança de comportamento deles, eu vi na televisão outro dia, num vídeo, vô ver se a N. lembra o nome, que ela viu comigo, super interessante. Me deu uma vontade de tá na pele daqueles dois na hora do filme, eu acredito muito no amor sabe? **Se o adolescente sentir que ele é amado, ele pode mudar, (3)** a minha psicóloga fala muito para eu corrigir a N. falando: N. eu estou fazendo isso porque eu te amo, tô te corrigindo isso porque eu te amo. Contemplou um pouco do que você precisava?

Contemplou, riquíssimo. Tem mais alguma coisa?

Não. Não.

Entrevista 5 – ENF. 2

O que é pra você atender o adolescente?

Pra mim é tranquilo atender o adolescente embora a demanda aqui não seja muito grande né, no PSF. Eles quase não procuram e quando procuram também é caso agudo (1). Se faz algum trabalho assim para atrair eles assim, não vêm, muito difícil.(1) Até assim não tenho problema em nenhuma faixa etária eu tenho problema de lidar com o paciente. E adolescente eu acho até mais fácil. Não vejo muito problema não.(2)

Você fala que ele não vem quando faz alguma coisa. Fala mais um pouquinho disso...

É, vamos supor, **a gente já fez palestra aqui pra adolescente: uso de preservativo, contracepção, tipo um planejamento familiar nos dos jovens, na idade de 12 a 18 anos. (1)** A palestra foi ótima, super legal, só que vieram assim uns 10, mas aí lotou porque vinha um funcionário, vinha outro, aí a gente começou a atrair o pessoal aí que lotou a palestra. Mas de interesse dele mesmo foram pouquíssimos. **Eles não vem muito ao posto não. Vem mais quando é mulher né. Gestante de 18 anos, 15 aí vem. Mais homem assim é mais difícil (1).**

Questão da cultura mesmo de que homem não cuida da saúde e aí só vem quando tá passando mal mesmo, caso agudo. De ter adolescente que fica enxendo aí, muito difícil. Enxendo né. Enxendo o saco (risos). Muito difícil. Quase não vem. Hoje veio um. Nunca vi na minha vida 17 anos com amigdalite. Aí não é nem questão do posto. Aí fiz assim, já aproveitei e já pedi os exames, dei remédio pra verme porque tinha umas manchas na pele. Já dei aquela geral pra ele ter obrigação de voltar aqui. Se voltar. **Então assim, a gente tenta acolher e pedir mais coisa pra o paciente voltar e dar uma continuidade no tratamento. Mais não sei se vai voltar. Alguns até voltam. (1)** Então cê pede os negócios, passa remédio pra verme, pede exame de sangue aí nem faz e volta aqui daí um tempo em outro quadro agudo. Nunca mais voltou no posto sabe. Na minha equipe tem mais isso. Mais o quadro agudo.

Tem mais alguma coisa que você queria colocar desse atendimento ao adolescente?

Não, pra mim é muito tranquilo. **Eles não são pessoas problemáticas não. São bem abertos e unidos. Pode não fazer em casa. Mas aceitam o que a gente fala né (2).** Só isso.

Entrevista 6 – ENF. 1

O que é pra você atender o adolescente?

Primeiro é algo assim que te dá satisfação de atender o adolescente (1). E, nesses três anos que eu tenho de formado eu tenho tido assim muito pouco tempo em tá tratando, lidando mesmo com o adolescente. Exatamente pela forma que o sistema deixa e tá sendo colocado pra gente. Por exemplo, eu tenho muitas vezes em outros, não só aqui, nos hospitais mesmo que eu passei em outros lugares, geralmente eu tenho, eu tava com a equipe incompleta. E como a gente vê que com o PSF quando a equipe tá completa, a gente tem facilidade pra trabalhar, pra fazer o papel do enfermeiro né é ... nesse serviço sem ela tá completa eu não consigo fazer isso. Aí entra também a questão de grupos. Então, **grupo de adolescente eu não tô conseguindo captar, eu não estou conseguindo montar direito, fazer com que eles venham a mim é ... (1)** através de recados do ACS. Enfim, exatamente porque não tem como passar isso. Mas **no dia a dia é interessante (1).** No dia a dia **na questão do planejamento familiar. Você não pega todos eles, mas pega alguns (1).** Eu tenho tido aqui, depois que eu tive costume de tá pelo menos numerando algumas e tá pedindo para os ACS está falando assim: aquela paciente pede pra vir aqui, aquela menina pede pra vir aqui e tal. Então elas já me procuram além também da demanda que vem também **no dia a dia a questão também dos anticoncepcionais (1).** Ah S., eu quero fazer uso da medicação tal e a camisinha. Só que é uma quantidade muito pequena ainda, sabe. Gostaria, sabe, de trabalhar como eu tive a experiência extra curricular no Rio de Janeiro em que a gente tinha grupos, a gente trabalhava em escolas sabe. Era um grupo muito interessante de adolescentes que a gente tinha. E ... número o resultado era interessante. Eles ficam ... a princípio eles tem aquela resistência boba mas depois você vê que eles se abrem, se soltam mesmo e fica tão tranqüilo, tão legal você trabalhar, você se expor. Então, a princípio no final de tudo isso a satisfação que a gente fica. **Tem que trabalhar mais, tem que buscar mais, tem que fazer um pouco mais porque eu tô notando que a coisa não está ainda do jeito que eu quero.** Em comparação com outras cidades, outros locais que eu já vi alguns colegas falando. O currículo na experiência extra curricular que eu tive no Rio. Então tudo isso eu ainda tenho que fazer. **A gente tentar mais. Eu ainda tenho que colocar, fazer com que eles venham aqui. Pra o trabalho funcionar. Então basicamente é isso (1).** É... levando o que eu falo. Hoje mesmo. **Hoje eu tive um contato com uma adolescente de 16 anos é ... em relação mesmo. E foi interessante que eu pude abordar tanto a questão da sexualidade como a questão de drogas com essa adolescente é ... foi bem arisca... não tem como você tá abordando logo de cara isso mas... eu tive que ficar rodeando até alcançar o objetivo (1).** E começou a falar. Depois disso, eu parei. Quem me falou tudo, quem me falou foi ela. Ela que indiretamente mas, sem perguntas, colocando alguém, outras pessoas que faziam uso mas que estavam vivendo aquela situação, o que que achava daquilo e tudo. Então, quer dizer. **Então, foi lucrativo praticamente uma conversa que eu tive com ela, foi uma meia hora de conversa que eu não podia ta deixando ela sair. Então, é esse o resultado que eu espero alcançar um pouco mas se fosse em massa , se fosse em grupo. A princípio dá essa oportunidade pra eles falarem. Abrir essa porta pra eles. E eles colocarem pra gente: dúvidas, experiências. Aí sim, aí eu já tava sabendo como ajudar (1).** Hoje, **hoje foi interessante. Muito gratificante pra mim (1).** E eu tenho certeza que essa adolescente saiu daqui também satisfeita com que eu ... além do mais também, não sendo paternalista e cobrando eu falei com ela e se ficar sabendo que essa pessoa e você né, se eu ficar sabendo eu vou puxar suas orelhas de uma forma bem tranqüila bem é ... Pude falar assim porque ela me deu a liberdade pra eu falar isso. Então, foi legal. Esse é o resultado que eu falo. A gente ainda, a gente ainda, pelo menos, no F., **a gente acompanha a gestação precoce, a maioria. Sabe é ... algumas delas vem e falam assim: entra aquela questão meu pai não conversa,**

minha mãe não conversa lá em casa ninguém conversa (1). As minhas amigas não conhecem ou conhecem tanto quanto eu, nada praticamente. **E agora eu tô grávida. Então, você já chegou com uma situação já ... grávida e então se a gente tivesse tido a oportunidade de conversar, de pegar em massa esses adolescentes a gente evitaria bastante isso (1).** E aqui a gente não consegue, não consegue. **Por parte da limitação nossa, que a gente quer quebrar essa limitação, mas por parte também da demanda, então é complicado (1).**

Tem mais alguma coisa que você queria colocar?

Eu sei que ... a gente trabalha com toda faixa etária e é legal. Mas essa faixa, **a faixa etária que a gente vê que é a questão da mudança, a questão que você pode imprimir ou tentar que eles coloquem é... coisas boas. Então, é uma faixa que a gente tem que pegar. É que a mudança é e adolescente que você pode e consegue mudar. Que dependendo da forma como você aborda, da forma como você fala, você faz com que ele tenha liberdade de trocar com você. Então é uma faixa etária importantíssima pra mudança, mudança de tudo que a gente vê aí (1).** É só.

Entrevista 7- ACS. 4

O que é pra você atender o adolescente?

O que que é pra mim... vai é...**vê as necessidades dele e tá tentando ajudar né, a solucionar, tá vindo pro posto, encaminhando naquilo que for necessário (1).**

E o que que é isso pra você com o adolescente?

O que que é? Não tô entendendo a sua pergunta...

Você fala: trazer ele pro posto, tentar solucionar os problemas. Como assim?

Ah, é **tá atendendo ele nas suas necessidades (1)**. Varia muito né. A gente vê adolescente com problema na escola, as vezes o pessoal da escola costuma trazer...gravidez né. A gente vê muito aqui no Centro de Saúde. Inconseqüentemente parece né, querendo saber sobre planejamento familiar, não sabe, mas usando um método contraceptivo que é preservativo. **Tá orientando eles quanto ao uso do preservativo, falando também sobre as doenças (1)** e no mais, é também o que a gente tem visto muito é **a gravidez na adolescência (1)**. É... ainda ontem eu tava conversando com uma adolescente junto com a mãe. Ela não quis conversar muito. Eu tava conversando com a mãe e ela tava transferindo tudo aquilo que vai acontecer na gravidez, ela tava transferindo para a mãe. Porque eu falava com ela assim: você tem que vir aqui no posto de saúde pra tá fazendo os exames. Ah, mas aí quem vai ter que vir marcar pra mim, vai ter que ser minha mãe...Você vai ter que vir tomar vacina. Ah, mas eu não sei se eu vou conseguir levantar cedo pra tomar vacina. Minha mãe vai ter que me chamar. Tudo que é necessário na gravidez que ela vai ter que prevenir pra criança estar bem, ela tava transferindo tudo pra mãe. Então né, uma coisa importante é ta né, já que ela tá grávida, tá orientando ela que essa responsabilidade de agora pra frente é dela. Ela vai ser só uma orientadora, uma ajudadora né. Mas a responsabilidade toda é dela. **Então eu acho que é isso aí. Tá trazendo eles nesse sentido, de tá ajudando mesmo a entender. Porque parece que eles acham que entendem muito né. Que sabem de muita coisa, mas eles estão meio perdidos. (1)**

Tem mais alguma coisa que você queria colocar?

A questão de drogas também né (1). Aquilo que eles não falam muito. Eles não comentam muito. Mas quando chega no Centro de Saúde e que você vai abordar, eles acabam assim... falando um pouquinho, meio assim, com timidez, com medo, a palavra certa é essa medo, deles estarem falando e saindo dali. E alguns acabam falando que usam, que já usaram, que tem vontade de usar. E o trabalho é tá orientando também porque as drogas, que não é uma boa. Eu acho assim: eles ...Eles estão meio perdidos assim. É, é...**acham que conhecem muito e que sabem muito, mas eles, eu vejo que eles conhecem assim, aquilo que é passado pra eles, que os outros adolescentes sabem, que eles têm com experiência de vida. E acham que já conhecem muita coisa através daquilo. Mas na verdade, o que a gente tem mesmo pra passar na área da saúde, por exemplo, quando você começa a falar você vê que eles entendem bem menos do que eles imaginam de entender. (1)**

Tem mais alguma coisa?

Não. É só isso.

Entrevista 8 – ACS. 3

O que é pra você atender o adolescente?

O que que é pra mim...Bom, é muito importante. O adolescente é um pouco difícil da gente conseguir abordar ele né. Geralmente eles não gostam de vir ao Centro de Saúde. Eles são um pouco resistentes de vir, tomar vacina né (1). Mas eu, assim, encontro certa dificuldade em abordar. Apesar de que eu acho interessante que eles parecem reconhecer o nosso papel. Porque a gente vai visitar e eles assim, na rua, eles cumprimentam a gente. Eles, assim, parece que eles buscam uma afinidade (1). Não sei se é porque eles pensam: não, é do posto de saúde, eles vêem a importância. Então de certa forma, eles não sei... eles parecem, não sei, não sei como te explicar. Eles buscam afinidade com a gente, mas tem certa resistência de vir ao Centro de Saúde pra consultar (1). Às vezes a gente aborda e eles tem vergonha de falar da parte de sexualidade (2). Às vezes brincam, mas na hora de falar sério...de falar.Vocês já iniciaram a vida sexual?Eles né, ficam de certas forma inibidos de falarem com a gente (2). Ah, que mais... Eu particularmente, eu tento abordar sabe. Só que não é de um dia pro outro que ele vai me contar. Então eu procuro a cada visita... Geralmente assim: a gente chega e eles saem. Logo tão saindo. Dão um jeito de sair porque parece que eles são meio tímidos né. A gente chega e eles dão um jeito de sair. Ou então ficam no canto deles, não dão muito assunto (2). A gente até pergunta: E com você tá tudo bem? Tá tudo bem. Mas não abrem nada assim né. Se for uma doença assim, como uma infecção de garganta, alguma coisa eles falam, mas não dá tanta liberdade pra gente tá conversando (2) igual ao adulto que a gente chega e ele já rasga o verbo, já vai falando tudo. O adolescente é um pouco mais difícil. Parece que eles ficam meio acanhados de procurar a gente. Só procuram mesmo quando eles precisam ali né, no imediato, né (3). Mas...é...eu tento aproximar deles. Justamente porque eles é que são a necessidade maior na família. Assim, a meu ver, porque...é ...muitos estão envolvidos nas drogas, ou a adolescente que a gente quer saber se ela está se prevenindo, se ela já iniciou a vida sexual, se ela está se prevenindo né. Mas eu encontro certa dificuldade pra abordar o adolescente, né. Por mais que eu tente, assim...parece que eles não se abrem muito. Eu não sei se sou eu que não tô sabendo abordar né. É difícil né. É de forma assim...lenta...não consigo não (3). Mas eu acho que é legal. Seria importante a gente desenvolver mais esta área né, de abordar o adolescente, de trabalhar com ele, de saber com aproximar dele pra entrar nesses assuntos mais complexos pra eles (3), que é até mesmo estudo, escola, profissão, a vida sexual, a vida sentimental, relacionamento dele na família que é importante também. Aí é importante, só que a gente acaba tendo um pouco de dificuldade de abordar né. É porque a gente fica sem um ponto de partida pra falar. Eu acho muito legal sabe. Trabalhar com Agente Comunitário de Saúde é muito bom. As vezes, assim... a gente acha ruim porque não dá pra gente ajudar a resolver os problemas da família né. Principalmente quando a gente depara com o adolescente, a nossa vontade é de poder encaminhar o adolescente né. Logo quando eu entro nas casas que eu vejo um adolescente que tá fora da escola né...Assim, geralmente eu pergunto pros pais. Porque como eu te falei, eles não se abrem muito né. A gente pergunta, eles só respondem mas não dão linha pra o que a gente fala. Então a gente logo preocupa (2). Não se o adolescente está fora da escola. Eu tento falar com ele, orientar ele a voltar. Eu falo: vai procurar um curso, encaminho aqui nas O. P., tento orientar. Às vezes eles dão ouvido, às vezes não dão muita atenção pro que a gente fala não. Eu tive até uma experiência assim, legal. Pra mim foi muito produtivo com os adolescentes. Na verdade, não é um adolescente, é um jovem né, acho que de 24 anos, que se envolve com drogas e ele já foi preso uma vez, sabe. E ele tinha vontade de sair dessa vida. Como a família, as condições são poucas, ele parou de estudar, não conseguia trabalho, não consegue até hoje porque ele tem o nome sujo na polícia.

Então, quando saiu o Pro-Jovem, eu logo fiquei empolgada. Eu falei: nossa eu vou entregar. Planejei todos os adolescentes que eu conhecia, que eu sabia que estava fora da escola, que seria legal que eles fossem. Aí eu saí, a M. me deu os panfletos e eu falei: Não, vou entregar pra todos, vou insistir com eles pra eles virem fazer, porque eu sabia que ia ser bom. Só que o Pro-Jovem é acima de 18 anos né, acho que de 18 até 24. Então muitos estão ainda na faixa de 15, 16 anos e já pararam de estudar. Então, quando eu ia perguntar a idade: Ah, eu tenho 15...Aí eu falava: Ah, que pena, mas assim que sair outra coisa eu te falo. E esse rapaz, ele conseguiu, sabe. Fiquei muito feliz porque eu entreguei pra ele. Falei: olha liga, liga, só tem amanhã. Insisti com ele: liga mesmo. Aí ele ligou. Depois ele mesmo me parou na rua e falou: Oh, obrigada viu, consegui, tô estudando. Então, quer dizer, pra mim foi muito gratificante. Pelo menos um adolescente eu consegui ajudar ele a encontrar um caminho de novo. Outros me pararam e falaram assim: Oh J., eu não consegui. Só chamava e não atendia. Outros falam até que eu queria, mas não tenho idade. Então, de certa forma, eles têm interesse. Eu descobri que eles têm interesse, só que falta assim...um empurrão. Falta eles saberem a quem eles vão recorrer né. Muitos estão assim, às vezes nas drogas, estão parados assim porque eles não sabem onde procurar. Não sabem assim... porque eles querem emprego. Porque o adolescente, ele quer vestir bem, ele quer alimentar bem, ele quer ter as coisas dele, ele quer ter independência dele. Como ele não tem rumo, às vezes tá na escola, tá estudando, mas à tarde não tem o que fazer, não tem dinheiro. Então eles ficam ociosos né. Uns vão...como a droga dá dinheiro eles vão pras drogas. Outras, as meninas, não têm motivação. Vão pras ruas, acabam arrumando namorinho, né. Então, às vezes, eu percebo, assim: falta rumo pra eles. Rumo pra saber como que eles vão fazer. Tá na escola, tá, mas pode fazer curso, trabalhar. Então eu procuro muito assim, falar com eles: Oh vai lá procura né. Faz um curso, isso vai te ajudar né. Procuro encaminhar eles né. Muitos assim...não sei, parecem assim que são meio tímidos, não sei. Não tem aquela iniciativa, aquele objetivo. Não, vou e faço. Alguns fazem, mas é isso. A gente, de certa forma, quando a gente vai visitar a família, o nosso interesse é de ver os adolescentes encaminhados. Porque eu acho que um dos maiores problemas nas famílias é quando o adolescente tá assim né. Tá desestruturado da família. Ele tá trazendo algum problema, porque aí os pais sofrem né. São vários fatores que atingem. Então a gente tenta ajudar o adolescente. Tento ajudar o adolescente. Só que não é como a gente deseja né. **Às vezes falta também saber abordar ele, né. Falta da nossa parte né, um entendimento maior como fazer (3)**, mas que é muito legal. Eu acho interessante trabalhar né, a família, o adolescente. Eu acho muito legal. Eu acho que já falei demais né (Risos...)

Tem mais alguma coisa que você queria colocar?

Eu acho que é só, mas que é tanta coisa...uma coisa puxa a outra. É que tá tudo relacionado né: educação, saúde, os problemas da família, tudo desencadeia pra que o adolescente tenha certa atitude né. E a gente com ACS não adianta analisar só o adolescente em si. Tem que analisar toda a família né. A forma de vida da família... e não adianta analisar a família sem analisar o adolescente e acompanhar. Porque, às vezes, é o adolescente que tá fazendo com que a mãe tenha problema de saúde, entre em depressão, às vezes. É o adolescente que tá trazendo problema financeiro, porque é um adolescente que gasta muito, consome muito. Às vezes tira dinheiro da família. Então a gente tem que estar analisando tudo, né. E se a gente consegue encaminhar uma coisa, de repente a gente pode mudar totalmente né. Trabalhar toda a família né, de certa forma. É legal, muito bom, trabalha com adolescente né. É interessante se a gente conseguisse fazer um trabalho legal. Eu já cheguei a pegar, falei com a assistente social, o telefone da ASPROM, essas entidades que pegam o adolescente pra trabalhar. Porque se a gente encaminhar eles né, N., ele faz 15 anos, tá estudando, naquela fase que eles estão no auge da adolescência, de querer, de fazer. Então se a gente encaminha eles pra um emprego, pra um curso ele, ao ter uma vida, ele vai ter perspectiva. Eles vão começar a trabalhar, a estudar, eles vão querer,

não vão querer ficar naquela vida, continuar da forma que eles estavam. Vão querer cada dia crescer mais profissionalmente, vão querer ver os pais deles melhor, vão querer ajudar a família. É interessante só que, às vezes, a gente não tem condições de ir né, porque depende da intersetorialidade, onde a gente vai encaminhar né. Não depende só da gente, só do ACS. Apesar de que, nossa vontade é de abraçar o mundo. A gente gostaria de ajudar, mas nem sempre a gente consegue. A gente não sabe onde buscar. Eu acho que é só isso N.

Entrevista 9 – MED. 1

O que é pra você atender o adolescente?

Olha, pra mim, pessoalmente, é uma coisa muito prazerosa. Assim, a princípio eu gosto muito, tem essa coisa do lado pessoal, que tem que ter afinidade. Mas é um grande desafio (1). É...eu atender assim, ou no consultório, individualmente, é o que eu tenho feito mais, me dá um retorno muito bom. Eu tenho um relacionamento muito bom, é...eu tenho uma resposta muito boa deles no atendimento individual. Tenho uma certa frustração quando é na parte de grupos porque a gente ainda não conseguiu uma coisa muito boa. É difícil prender um pouco, fazer um trabalho maior. Aqui tem sido. (1) Aí a gente tem pego carona nas instituições que agrupam os adolescentes. No momento tem sido o C. L. que já tem psicólogo que faz. E aí a gente entra e eles já estão lá reunidos, né. E a gente tem participado e tem sido muito bom. A gente entra com as questões de saúde, que a gente aborda e tem sido muito interessante. É...eu tô sempre estudando, eu tenho interesse muito grande. **Se for pensar nas faixas etárias, por acaso é a que eu gosto muito. E do adulto jovem. Eu gosto do adolescente e do adulto jovem especialmente, de trabalhar (1).** Eu acho que dentro do contexto de saúde pública eles são meio esquecidos. Eu acho que tem muito programa para criança e pra mãe. Materno-infantil é o que mais existe historicamente. A gestante tem dentro da rede pública uma estrutura razoável e as crianças que tem as creches e tal. O idoso tá começando a ter, ainda não tem. As pessoas estão alertas porque é uma coisa emergente, porque são frágeis. Idoso e criança. E o adolescente, eu acho que pode ser igualmente frágil, mas a fragilidade dele não é tão posta quanto estas outras a destas faixas etárias. **Então, por isso é que ele fica mais ou menos relegado (2).** E, ao mesmo tempo eu gosto muito de atender também os pais dos adolescentes que vêm com muita frequência, porque é uma faixa etária que vem muito no posto, que é a meia idade. E, principalmente as mulheres. Se for fazer uma pesquisa é a faixa etária que mais procura o Centro de Saúde e, geralmente, coincide com as mães que têm filhos adolescentes né, aqueles mais jovens até entrar na idade adulta. E, eles estão perdidos. Os pais estão desorientados (Risos...) Alguns negligenciam e deixam pra lá, entregam pra Deus porque é muito difícil e os que geralmente preocupam têm uma angústia muito grande. E isso é toda hora. Ontem mesmo teve uma mãe que eu atendo que a menina tem 13 anos, tá na fase de crescimento. A gente tá atendendo. A menina tá indo bem. O menino, ela tá muito preocupada, queixando muito disso: ele tá na quinta série e, antes, até a quarta série, ele ficava meio período na escola e meio período nas O. P., que dá apoio de aulas extras, de para casa, essas coisas. Quinta série já não tem mais. Então o menino fica na rua. Ela trabalha o dia inteiro e apesar de recomendar, telefonar, ter aquela presença virtual, mas é um menino de 11 anos. Um menino de 11 anos é muito novo. Essa primeira fase da adolescência é bem crítica né. Então, ela tá muito preocupada, como é que vai ser essa questão. Lá no R. M. eles ficam com as crianças até 13 anos, que você já chegou a fazer um trabalho lá. Mas aqui nas O. P. não. E é aqui que eles atendem mais os meninos da B. S. L., uma comunidade muito carente, maior né, mais abrangente e que eles têm esses projetos com recursos da comunidade. Ela encontrou um projeto de futebol, no horário de 11:30h às 12:30h, uma coisa assim, que não resolve porque tem o resto do dia, coincide com o horário de almoço e ela não está encontrando na comunidade os meios para apoiar pra ela poder trabalhar e deixar os filhos tranquilos né. Que mais você queria saber?

Você fala dessa fragilidade do adolescente, como assim?

Eu noto assim que eles é...eu percebo muito desamparados. Eles trazem uma aparência de serem fortes, de saberem tudo, que é o que eles passam. Sabe mais que os pais, mais que os adultos né, essa onisciência deles, onipotência.

Tudo pode, eu sei tudo. Mais no fundo, eu percebo muito essa fragilidade. Então, quando entram no consultório que eles têm muita preocupação com doença, com o corpo e, mesmo que eles tenham uma atitude, às vezes, de não se proteger bem, eles preocupam em...é um contra-senso: eles podem usar drogas, não usar preservativo e tal, mas assim, morrem de medo de ter uma doença. Então eles, às vezes eles não encontram o caminho né. Eu acho que eles são...eu sinto que eles são desprotegidos. Então juntam: a turma é um jeito de se proteger, o valentão, é o mais frágil de todos e o que parece ser mais bacana. Então é a fuga e tal. Eles não podem mais correr para os pais igual eles faziam quando criança. Eles não têm mais colo, mesmo que eles queiram não encontram mais porque já tão grandes. Muitos deles já estão maiores que os pais. E eles ficam muito inseguros nos anos iniciais da adolescência com as mudanças no corpo né, que ocorre, às vezes, tão rápido que eles não tem tempo de assimilar isso. Então, eles têm dificuldade desde de ficar estabonado, quanto a não se reconhecerem ainda, em que fase eles estão. E, eu acho que eles não tão tendo o apoio necessário da família, de tudo, na grande maioria. E eles mesmos não sabem o que procurar (3). Eu acho assim, que tem que começar pela criança. Que veio daí, que começou daí. Mas que não pode largar em um determinado momento, que tem que continuar. Eu acho que tem que ser muito bem feito o Materno – Infantil tem que solidificar, ser cada vez melhor, mas que não pode saltar. Tem que ter alguma coisa. É eu acho que seria muito pro lado do Esporte e Cultural. Eu acho que os que conseguem se situar nestes setores, eles estão bem melhores que os outros. Têm muitos que passaram aqui que praticam esportes e tal, eu acho fantástico pra eles. Eles conseguem evitar criminalidade, drogas, etc. E cultural principalmente. Lá na Vila tem um grupo muito interessante de hip-hop que eles fazem música e são contra a violência, criminalidade, drogas. Tem um discurso assim, desse jeito. E envolve muito e tal. Mas, infelizmente nem todos têm. E estruturar a família. Eu acho que a família é importantíssima. Eu já vi várias pesquisas que abordam o adolescente, que falam dos valores deles, o que eles põem em primeiro lugar e quase 100% é a família. Então assim, eles ainda têm, e mesmo que eles não queiram ficar fisicamente ali, muito ligados, eu acho que esse porto seguro da família é fundamental para a estabilidade do adolescente. Melhorar as escolas. Essa mãe que veio aqui ontem, vou dar um exemplo. A filha dela mais velha conseguiu uma bolsa em escola particular que está dando bolsa, que tem um projeto que é o L. né. E esta lá. E ela é empregada doméstica e a menina é muito esforçada, muito inteligente, muito estudiosa e tá indo bem. E o menino já não conseguiu. O menino dá problema e é escola pública. Ela falou que é totalmente diferente. Não dá pra comparar. Não só pelo ensino, conteúdo, mas pelas oportunidades que tem de crescimento, cultural, essa coisa toda. E eu acho que a escola quando tem uma aula de Educação Física, eu mesmo já trabalhei no consultório do lado de uma escola e assistia o recreio assim, de tabela pela janela. E é aquela coisa: solta uma bola e faz o que quiser. Aí você tem crianças que têm um potencial bom para esporte com lesão de ligamento, sem saber fazer um alongamento, um relaxamento. Acabou eu fazendo isso com eles muitas vezes no consultório. Então eu acho que tinha que pegar, tá numa época e valorizar o profissional de educação física, mas ele tá muito valorizado em academia e tal, e fazer um trabalho com esses meninos.

Tem mais alguma coisa que você queira colocar?

É...eu falei muito amplo, agora vou falar mais específico. Como teve essa parceria com o C. L. nós deixamos por conta deles. Porque PSF você sabe como é que é, é tudo né. É amplo demais. Então eles me chamam. Teve uma semana que fiz um curso de demência, bem específico, era até para neurologia, depois de câncer de mama, discutir o protocolo de puericultura, então não dá tempo. E eu tenho que priorizar alguma coisa. Eu não posso escolher só o que eu gosto de fazer (Risos...) Então eu falo: agora eu vou fazer a parte ruim. Tem a parte boa que é a parte das visitas, os programas, os grupos essas coisas que fascinam, que envolve. E a coisa chata que é

a parte chata que é ficar atendendo aqui passando exame de colesterol, anti-hipertensivo, mas que sou obrigada a atender trinta pacientes com a mesma coisa, que não tomou remédio e tal. Mas que eu tenho que fazer. Se eu pudesse, eu ia fazer uma coisa mais criativa, mais interessante. Então, deixei. Mas eu tô participando. Teve uma reunião que foi no domingo, eu fui, fiquei lá o dia inteiro na reunião porque eu acredito e que eu gosto. Falei que foi um jeito bom de passar o domingo ao invés de ficar assistindo televisão e tal. Agora tem essa exposição que eu vou lá ver. Mas eu tô deixando a cargo da psicóloga. Foi uma coisa que a igreja que pegou, mas não é uma coisa com fins religiosos não, é porque conseguiu reunir. Então, eu não tô fazendo, eu responsável. Em vez disso eu tô com um projeto com as mulheres, que é um grupo de mulheres, numa faixa etária de mulheres maduras que por coincidência são as mães dos meninos que estão lá. Então agora eu vou pegar as mães aqui. Hoje tá tendo, às quartas-feiras. É o grupo das “Marias”, que a gente discute assunto de climatério, da própria saúde da mulher e da família. É um jeito indireto que eu vou trabalhar o adolescente. Vou trabalhar através das mães no presente momento. E vou deixar com a psicóloga, que é ótima, que tem muito jeito com os próprios adolescentes.

E essas mães trazem a demanda do adolescente?

Trazem. Eu não vou, quer dizer, eu vou trabalhar elas. As questões delas, mas que refletem muito. Melhorando a condição das mães dos adolescentes, elas vão ajudar muito os filhos. Porque elas também estão em crise. Se elas conseguirem se situar melhor na família vai ser bom. E elas trazem essas questões. Eu nunca atravesso isso. Eu atendo às vezes filho e mãe. Eu tenho muito cuidado, nunca faço essa ponte, de jeito nenhum. Mas eu sei. Eu tenho registrado essas situações. Então, eu interpreto o que elas estão trazendo. Mas eu sei, eu tenho registrado as situações. Então eu interpreto o que elas estão trazendo. Mas eu não falo assim: Você fala pro seu filho pra fazer isso, não é desse jeito, entendeu né? É um modo de trabalhar na família, as ansiedades dela em relação ao filho. Isso acontece muitas vezes. Teve uma ... a pouco tempo teve um momento crítico de uma família porque o filho usou drogas, teve uma ruptura, o pai brigou, depois ele teve um acidente. Um acidente que machucou muito. Aí nisso a família se reuniu de novo em torno do pai. Aquele filho o pai aceitou a volta, ficou tudo bem, aquela coisa... Aí resolveu. Agora veio uma nova situação que o pai trouxe uma filha de outro relacionamento que ele tinha, pra morar dentro da casa. Então agora tá dentro outra rusguinha. Ao longo de poucos meses aconteceram essas coisas. Eu atendo aqui separado essa mãe, que é hipertensa; e que ficou muito angustiada na época do problema do filho. E agora ela tá vivendo essa coisa dessa criança e agora ela quer separar. Ela disse que já suportou muita coisa e agora ela disse que assim ela não quer mais. O pai que é hipertenso, que consulta aqui e que tá tendo essa filha que ele tem de um relacionamento esporádico sendo criada em um lugar no meio de marginal. E a filha dele, que quer que ela fique aqui e quer que more na casa que lê tem. O filho, que trabalha, mas que usa mais ou menos uma droga, um pouquinho, mas não é muito não (risos). Ele está recuperando desse acidente, ele teve fratura de maxilar, emagreceu muito, está recuperando. E a menina, a filha que o pai trouxe aqui, uma menina, uma gracinha, bonitinha que tava com um problema de criança, nada de grave, mas que está exposta a um lugar de criminalidade e tal. Então são 4 pessoas da mesma família que eu atendo separado e existe esse contexto todo. Da primeira vez, eu fui acompanhada e resolvi primeiro o conflito, essa coisa do filho que teve uma ruptura entre pai e filho, o filho teve que sair de casa. E com o acidente o filho voltou e teve uma estabilidade. Agora é essa questão que veio o pai, eles vêm separados, eu nem sei se eles ficam sabendo. Por exemplo, eu não sei se a mãe sabe que esse pai trouxe essa filha aqui. Eu não falei, eu não falei nada. Ela me falou. Então eu ouvi o relato dela. O pai trouxe e eu atendi a criança. O dia de atender a criança eu mediquei a criança, entendeu? Mas eu não falo assim, ela veio é falando o drama dela, a questão dela. Que ela já criou um filho e ela não quer mais uma criança dentro da casa dela. É um direito dela e dele como pai. Então eu não falei assim: Nossa, que destino, sabe, eu não faço essa coisa, porque isso é muito perigoso, a

gente tem que tomar cuidado, eu converso isso muito com a equipe porque na equipe, durante o acolhimento, que faça muito informalmente, né. Por setores da equipe do Centro de Saúde porque a pessoa fala sem querer e é desagradável né. Então assim, eu não falo nada, eu puxo as coisas, eu falo assim: A senhora acha que existe outra solução pra ficar bem? Porque ela já tem 30 anos de casada. E ela é uma pessoa da forma física bonita, trabalha, uma pessoa pra cima, dinâmica, uma família muito boa, uma família assim que faz. Igual ela fala: O que eu vivi de criar a minha família num lugar difícil como esse. As outras filhas trabalham, estão na faculdade. Esse menino, não é que ele é usuário de drogas, ele fuma uma maconha, às vezes. Resumindo: ele não é um viciado, ele tem emprego fixo, trabalha, sabe? Um menino inteligente, então eu acho até que ele vai passar, arrumar namorada e tal. E ela fala assim: Nós conseguimos isso, ela com seu marido. Passar por todas as dificuldades e as filhas estão bem, estão trabalhando. Estudaram, fizeram o segundo grau, completaram sem maiores problemas assim. Agora essas desavenças, então depois de muitos anos ela fica triste, mas ela não quer. Mas é um direito dela. Ela chegou em um ponto de oferecer, de conversar com um psicólogo, porque eu to com medo de uma atitude e dela arrepender e tal, mas eu não opino em nada. Eu ouço, pergunto, revogo, instigo as questões e ai eles vão resolvendo. Então eu acho que eles vão resolver essa questão e se eles se separarem, se for, eles vão ter que arcar com as responsabilidades que eles fizeram. Mas ai tem adolescente... Os adolescentes são, muitas vezes a causa da ruptura familiar.

Tem mais alguma coisa...

Tem muita coisa, mas que eu acho que resumindo é isso. Tem os detalhes né.

Entrevista 10 – AE. 2

O que é pra você atender o adolescente?

O que é pra mim...bom, **o nosso relacionamento com os adolescentes, principalmente da vila que a gente presta mais atenção, que é da nossa área de abrangência, não é difícil não, eu acho bom. O relacionamento da gente com eles é bom (1)** agora a vida que eles estão levando, o caminho que os adolescentes tão tomando é que eu acho difícil. Eu acho difícil pra mãe, pra família deles e pra eles. Pra gente enquanto profissional eu não acho ruim não porque eles são...a gente até se dá bem. Mas eu tô achando que a vida hoje pros adolescentes tá muito difícil. Porque num, num sei se tem a ver, se diz respeito, mas os adolescentes de hoje parece que eles estão meio perdidos. Eles num respeitam o pai, aqueles que têm né, respeita pouco pai e mãe, sem expectativa pra trabalhar, poucos tem. Porque antes, o menino quando fazia 14 anos o pai já ficava feliz porque daqui a pouco ele já queria trabalhar e ganhar dinheiro dele e principalmente os adolescentes da periferia que se vê hoje é que eles não têm expectativas. Alguns saem da escola com 12, 13, 14 anos, num volta mais pra escola e fica por aí, fazendo nada, ou seja, encaminhando pro mal, principalmente os meninos da favela que não têm objetivos na vida. Tem exceções né, têm muitas exceções, muito pouco exceção. O menino que apesar de morar num lugar difícil, de morar na favela, que estuda que frequenta a escola até o final, até completar o segundo grau, faz um curso técnico, eu conheço poucos, mas pessoas que se formaram e que hoje estão muito bem de vida, mas isso é muito pouca exceções. A maioria vira... vira nada. E eu fico pensando até hoje eu fico... às vezes eu fico conversando com as pessoas: há vinte anos atrás não era dessa forma, era menos, o problema era menor. Se hoje já tá assim, cê já imaginou daqui há 20 anos, e os adultos que nós vamos ter? Como é que vai ser? Eu penso nisso... Agora, com a gente mesmo, **problema eu nunca tive com nenhum deles. A gente tem um bom relacionamento (1).**

E o que que é pra você atender o adolescente?

Oh, eu gosto. **Eu acho que por isso mesmo, por eu achar que a vida deles é muito difícil, eu acho que o meu papel de tornar a vida deles mais fácil, melhorar, fazer com que a vida deles seja mais fácil. O que que eu procuro fazer? Quando eu tenho oportunidade de conversar com eles, ou quando eles vem me procurar por algum assunto ou que ta tentando sair das drogas ou uma moça que tá com medo de engravidar, aí eu procuro orientá-los da melhor maneira que eu posso falar pra eles como que é melhor viver, pra que o futuro seja melhor, pra menina não engravidar sem ter certeza de como ela vai fazer pra sustentar o filho, pro rapaz que, às vezes, não tem emprego, pra ele tentar ser melhor em casa, não frequentar más companhias, já que não tem um emprego também não precisa fazer bobagem né. É isso que eu procuro fazer pra eles, pra fazer com que diminua este problema que a gente provavelmente vai ter mais tarde. Se bem que o retorno é muito pouco. A gente vê que se fala e bate e volta (2).**

Por que que você acha que é pouco o retorno?

Eu acho que eles não absorvem essas coisas (3). Parece que já. Aqui mesmo tem um menino que eu, nós cuidamos dele desde que ele tava na creche, bem pequenininho. Ele vinha aqui fazer curativo, quando ele tinha dor de cabeça ele vinha aqui, ele ganhava pão e ele ficou assim, sendo alguém que a gente contava como pessoa da família. E ele era muito lindo, todo mundo gostava dele porque ele era muito bonito. Aí ele foi crescendo, e depois, com quinze anos arrumou um emprego numa oficina mecânica. Mas durou pouco. Aí ele falou pra mim o seguinte, ele conversava muito comigo, falava tudo. Foi e partiu pras drogas. Aí começou a atirar nas pessoas, ficou preso e tudo. Um dia ele teve aqui pra tomar uma antitetânica. Aí eu falei com ele que eu sabia do que tava acontecendo na vida dele. Por que que ele

fez isso, se ele é um menino bom, que trata todo mundo muito bem e tal? Aí ele falou que ele tava trabalhando e que no final da semana ele tinha uma merrequinha de dinheiro. E que os amigos dele que estavam traficando droga tinham três mil, quatro mil reais pra gastar numa noite. Aí eu falei pra ele: - Você acha que vale a pena esse seu amigo que tá aí com esses três, quatro mil reais? Pode ser que amanhã ele não esteja vivo. Ele pode comer esse dinheiro hoje e pode ser que amanhã ele morra. Ele não vai, ele nunca vai dormir sossegado, ele nunca vai poder se relacionar bem com as pessoas e tudo, cê acha que a vida dele vale a pena? Aí ele falou assim: - Não, eu acho que não. Eu falei: - Pois é, melhor você ganhar seu pouquinho de dinheiro e viver com ele dentro do que for possível e ser uma pessoa decente, que eu sei que você tem muito mais coisa boa que ruim. Porque ele é um menino legal, fala bem...Mais num levou duas semanas, ele foi preso outra vez. E tá até hoje preso. Ou seja, ele concordou comigo, achou que tava certo e tudo mais. No fundo ele tava só tentando me agradar porque não era isso que ele pensava. E tá preso. Tem filho e tudo. E é uma pena, uma pessoa que eu até gosto. E assim são as meninas também. Às vezes, aparece aqui e a gente fala. Tinha uma que falou assim: - Ah, eu quero arranjar um filho pra mim, porque minha mãe é doida com neto. Aí eu falei assim: - Cada um arruma filho pra si. Sua mãe arruma filho pra ela e você arruma pra você. Você num pode contar com sua mãe pra arrumar filho não. Não, mais minha mãe falou que ela gosta muito, que ela vai cuidar. Quatorze anos de idade, sem emprego fixo, namorado também sem emprego, pensando em arrumar pra mãe. Porque elas pensam que criança é igual boneca! Cê brinca, é de plástico. Cê brinca e na hora que enjoou cê larga pra lá. Nem pensa no futuro e tudo. Aí nós todos falamos com ela, que ela trabalha aqui conosco, fazia um estágio. Aí todo mundo falou. L. ficou até muito preocupada com ela e tudo. Tirava tempo pra conversar com essa menina. Adiantou? O filho tá no colo. Só que agora a mãe não quer nem ela e nem o filho mais. É muito difícil. Eu acho que, às vezes, a pessoa tem muita coisa boa. Difícilmente cê vê um adolescente desse totalmente rebelde, insuportável. É difícil. Geralmente são crianças que conversam bem com a gente. Você sente até pena quando a gente conversa com eles. Porque a gente pensa que se tivesse um jeito de fazer ele mudar de vida, ele seria uma boa pessoa. Mas francamente, eu não sei como fazer eles mudarem de vida. Olha, de início eu acho que os pais perderam muito a autoridade sobre os filhos. Eu não sei o que que causou isso, mas de uns tempos pra cá, os pais não têm mais autoridade sobre os filhos. Se a pessoa que o adolescente tem, ou que a criança tem que precisa respeitar, eu acho que todos nós temos que ter alguém pra gente respeitar né. Se ele num, se o pai e se mãe ele não respeita, ele não tem ninguém pra respeitar. Ele mesmo é dono do nariz dele, de tudo que ele faz. Ele é uma criança, não tem juízo, o que que ele vai fazer? Ele tem que ser muito bom, ter muito boa índole pra ele não cair no mau caminho. Porque perdeu, os pais não têm mais autoridade, nem mãe nem ninguém, sobre o adolescente. Tanto é que o pai fala em puxar a orelha: - Eu vou chamar o polícia pra você! Eu vou chamar o Conselho Tutelar, num é! Só que o Conselho Tutelar, eu nunca vi acontecer, como eu nunca vi acontecer. Mas o que acontece é o seguinte: Se o Conselho Tutelar, o menino vai, eu num digo em espancar porque pai e mãe num pode espancar filho porque isso também num educa, mas tem que ser rígido, tem que por limite. Toda criança tem que ter limite. E esse negócio de falar: filhinho, passar a mão na cabecinha, mamãe vai ficar aborrecida. Não funciona. Tem que ser rígido. O menino tem que ser tratado, eu acho que da maneira, de acordo com o que ele responde do seu tratamento. Se existe um menino que se fala assim com ele: Oh, filhinho, não faz isso, mamãe vai ficar chateada com você. Ele te respeita, ótimo, pra este funciona. Mas, existe aquele que não. Cê tem que ser um pouco mais rígida com ele. Eu não sei se os pais gostaram disso e deixou os filhos pra lá, ou se eles realmente não podem fazer nada. Por que criança de três, quatro anos, xinga, cospe e bate na mãe e chuta a canela! Depois, quando faz 14 anos é: eu que mando na minha vida, cê num tem nada com isso. Sai pra rua. Chega quatro horas da manhã. Hoje é difícil ce vê uma menina de 13, 14 anos que não chega em casa quatro

horas da manhã, três horas da manhã. E a mãe e o pai não faz nada, num pode. Aí eu acho difícil se controlar. Quem que vai controlar? Porque todo mundo tem que ter limite. Todo mundo tem que ter controle. Até pro adulto tem um limite, que a vida impõe a gente! Agora, o menor não tem nenhum limite. Quando ele atinge a maioridade já é tarde. Ele não tem mais como voltar atrás. Eu acho que essa falta de limite que existe, essa falta de, das autoridades também. Porque a autoridade não pode fazer nada com o menor. O que que pode fazer? Juntar e jogar numa casa lá que eles dizem que é de recuperação? Que só Deus sabe o que é? Então, eu acho que é isso. Essa falta de limites na criança. Pra criança e pro adolescente. Porque começa na infância né. Desde da infância que começa isso. Por isso eu acho tão difícil. Hoje em dia tá todo mundo com medo de ser mãe e pai, diante do que tá acontecendo. As pessoas, todo mundo: Ah, eu queria ter um filho. Antes, o sonho de toda mulher quando casava era ter um filho né. O pessoal tá com medo dos filhos, tem medo. Tem mãe que fala comigo que tem medo do filho. Eu conheço mãe, bem sucedida na vida, que tem um emprego legal e que, às vezes, que aparece com hematoma no corpo, porque apanhou da filha de 13 anos de idade. E ela tem que fazer uma opção! Botar essa menina pra fora, ela num pode porque a menina é responsabilidade dela. Mas ela não tem autoridade pra botar limites na menina. O que se faz numa situação dessas? Então, o que estamos vendo hoje, ninguém tá querendo ter filho hoje não, tá com medo. Quem tem responsabilidade. Agora, quem não tem responsabilidade, menino tá minando aí pros quatro cantos. Cê vê que tá. Quanto mais pobre, mais filho tem. Agora, essas pessoas num pensa na vida delas, nem no futuro dos filhos. Porque é só nascer e pronto. Seja o que Deus quiser. Quem pensa mesmo, como é que eu vou cuidar do meu filho? Com o quê? O que que vai ser dele quando crescer? O que que eu preciso ter pra ter esse filho? Estas pessoas estão pensando muito e tá sendo muito difícil ter filho. Não é fácil, não é fácil. Inclusive, eu fico pensando: - É meu Deus, e daqui uns 20 anos? Com esses adolescentes e essas crianças que estão aí, como é que vai ser? Embora de uns tempos pra cá, de uns dois anos pra cá, eu tô percebendo que diminuiu a quantidade de pivetes nas ruas. Aqueles arrastões, que cê saía na rua e vinha vinte de uma vez com pedaços de pau e caco de vidro e atacava todo mundo. Diminuiu, eu não sei o que fizeram com eles, mas que saiu bastante da rua saiu. Então eu acho que essa autoridade de pai e mãe faz muita falta.

Tem mais alguma coisa que você queria colocar do que que é atender o adolescente?
 Pra...**eu queria** que eu pudesse **ser mais...eu queria que adiantasse mais o atendimento da gente, que valesse mais alguma coisa (3)**. Como esses exemplos que eu tô te dando, das pessoas que a gente conversou, com quem nós pensamos: eu acho que esse encontro da gente é...é muito pouco. Eu acho que o importante mesmo é o que eles têm dentro de casa, no dia-a-dia. Até as autoridades mesmo, agirem de maneira diferente com a criança e com o adolescente. Eu acho que isso ajudaria o futuro deles, botando limite neles. Não é castigo, mas pondo limites. Porque sem limites, ninguém pode. Tudo na vida tem que ter limites. Aí eu acho que... E outra coisa também que aumenta muita essa questão é o caso de pais separados. Alguém, não sei quem é que foi que enfiou na cabeça da sociedade que um filho num precisa de um pai e de uma mãe pra educar. Ah, hoje em dia não tem importância não. Se for filho de pai separado, mãe separada, família não tem valor. A desvalorização da família. Essa desvalorização da família também tá estragando muito a sociedade que fica também sem referência né. O menino vai, fica na casa do pai e fala: - Ah, eu vou contar meu pai o que você fez comigo, fala com a mãe. Aí vai pra casa da mãe. Talvez, os dois não se entendem né. Num tem, num entra num acordo na educação do menino e nem tem jeito. Ele tá uma semana com o pai, uma semana com a mãe, ou uma semana toda com a mãe, final de semana com o pai, ou às vezes nunca viu o pai. Isso tudo atrapalha, isso tudo é ruim pro adolescente, pra criança. E tem muita criança sem pai e sem mãe, viu? Ou com uma só. O que cê mais vê é filho só de mãe. Pouca gente tem pai. E isso é muito difícil. A maioria desses, principalmente esses da

periferia que não tem pai, só tem mãe, dificilmente, muito dificilmente, ele vai ser alguém de bem. Muito dificilmente. A maioria a gente pergunta. Quando o menino chega pra tratar, a gente pergunta pra ele: - Cadê a sua mãe? Minha mãe tá trabalhando. Cadê o seu pai? Eu não tenho pai. Muitos deles falam isso e eu acho que isso é muito estranho. Muito difícil. Dessa forma é muito difícil dá um jeito nesses adolescentes né. É muito pior.

Tem mais alguma coisa que você queria colocar?

Não, é só isso mesmo. Só isso tudo. É muita coisa, não é pouca coisa. E é muito triste né. Eu acho assim...como eu tô te falando. A maioria dessas crianças são crianças de boa índole. Tem o coração bom que tem um afeto. Geralmente eles têm afeto pela gente e o futuro deles é se perder, virar marginal. Mata alguém, é assassino, como esse que eu tô te falando. Fica na cadeia. Falou que a cadeia é péssima, que ele sofre muito. Falei: - Claro que a cadeia é ruim, e você sabia que era, não é? Então acaba sofrendo. E é uma pena que esses meninos, essas meninas, que a gente ver crescer não possam ser um adulto normal. Não possa ser um adulto feliz e ter uma vida normal. E virar essa coisa ruim que tá aí, essa brigalhada, tiro todo dia, bala perdida pra todo lado. Muito difícil.

Entrevista 11 – ENF. 5

O que é para você atender ao adolescente?

Atender ao adolescente hoje é a nível de acolhimento. Já tentei fazer o grupo uma vez, planejamento familiar e DST, deu certo. Tentei uma segunda vez e não deu certo. Porque, talvez, necessite mais trabalho da minha parte e questões no posto que demandam mais tempo. No mais eu tenho atendido o adolescente mesmo é no acolhimento, quando ele vem com as queixas agudas e o que preocupa mais é quando o adolescente vem interessado no pré-natal (1). Acho que o preparo que a gente teve na faculdade foi pouco voltado para o adolescente em si (2). **Apesar de eu ter feito uma disciplina de uso de drogas na adolescência, mas essa foi voltada para o uso de drogas.** Mas uma disciplina voltada para lidar melhor com o adolescente e suas demandas ficou um pouco a desejar (2). **Acho que se eu quisesse realmente aprimorar essa área eu teria que fazer uma especialização ou um curso a parte ou treinamento.** Mas eu tenho vontade de atender ao adolescente. Esse ano eu tenho projeto de voltar com o grupo de adolescente, principalmente por causa da questão das DST e gravidez. No meu PSF tem muito adolescente na faixa de dezesseis e dezoito anos que estão grávidas (1). **Depende muito da queixa porque quando a adolescente vem com queixa ginecológica às vezes é complicado porque eu sou rapaz, sou novo, às vezes elas se sentem constrangidas. Às vezes elas já chegam falando que querem um ginecologista e se sou eu quem está no acolhimento eu tenho que saber porque ela quer um ginecologista, mas elas ficam constrangidas e eu vou conversando. Acaba que algumas eu mesmo posso resolver. Por exemplo, às vezes elas querem ginecologista porque estão grávidas. Um BHC para confirmar a gravidez. Agora com rapaz é mais fácil. Às vezes se eles tiverem algum problema nos órgãos genitais, e vai muito mesmo. Já atendi casos, por exemplo, de rapaz que acham que o pinto é pequeno, fimose, rapaz de quinze anos, já grandinho.** Mas, em geral, o fato de eu ser homem gera mais problema com as moças. Elas tem vergonha de fazer preventivo comigo. A grande maioria que fazem preventivo comigo são mulheres acima dos trinta anos. Raramente a faixa etária menor faz comigo o preventivo. Isso é um complicador, porque devido eles começarem a vida sexual muito cedo, eles teriam que estar realizando preventivo. Outra coisa complicada é que o ginecologista do posto é homem também. Então quando elas querem fazer o preventivo nós temos que agendar para a única médica generalista que temos na equipe (3).

E como que é para você esse momento que você está com o adolescente?

Eu estou aprendendo a trabalhar. Como te falei tenho aquela limitação. Estou naquela de coisa de acerto e erro, de repente faço uma coisa, deu certo, então dá para continuar. É que nem eu te falei o primeiro grupo deu certo, os adolescentes participaram, opinaram eu não sei. Acho que teria que fazer alguma coisa para atrair mais o adolescente. Outra coisa que eu estava pensando como é complicado o adolescente vir até mim, eu estava pensando em ir até ele. Palestras nas escolas no ano que vem, principalmente para trabalhar DST e gravidez na adolescência. Tentei colocar como eu trabalho hoje com o que eu tenho (2).

Entrevista 12 – ENF. 6

O que é para você atender o adolescente?

Lá tem um programa só de adolescente. De DST, como se fosse planejamento familiar (1), mas é voltado para a gestante. Porque o objetivo do município é diminuir a natalidade. Então eu faço com gestante adolescentes e homens adolescentes. Faço planejamento e dou preservativo. Agora o difícil é eles virem até a gente, porque eles não vêm. Só quando tem uma doença instalada ou quando já tá uma gravidez, ou quando o adolescente já tem dois filhos. Só que eles são muito difíceis, não aceitam muito. Você fala com eles que eles têm que tomar algum medicamento. Acha que tudo vai dar bem, que nunca vão engravidar, que não correm risco (2). Eu gosto de atender porque é uma forma de evitar que ela tenha mais filhos (1). É difícil colocar na cabeça deles o que é certo. Eu gosto de atender ao adolescente porém, é difícil estar trazendo eles para o PSF. Adolescente HIV positivo, gestantes. E elas acham que nunca vai acontecer com elas (2). Lá na região o tráfico predomina e muitas são grávidas de traficantes e elas não podem sair com outros só com eles. E muitas não tomam anticoncepcionais.

Fala pra mim um pouquinho desse gostar de atender ao adolescente...

Eles assim, eu gosto de mexer com eles, porque é tudo escondido. A hora que você vê um adolescente, você não imagina que ele vai vir com uma queixa de dor no estômago (2). **Você pensa: - Um adolescente está te procurando. Na hora vem na minha cabeça: - Ela está escondendo alguma coisa. Aí você pergunta e elas ficam com muita vergonha.** O que eu gosto é de passar para elas alguma coisa. Aí ela começa a abrir para você (3). **Teve uma menina que chegou para mim e disse que tomou café e a barriga cresceu e a ACS estava do lado. Aí eu pedi para ela voltar depois porque quando tem alguém perto eles bloqueiam.** Aí a primeira vez depois eles dizem que só querem ser atendidas com você (3).

Tem mais alguma coisa que você queira falar...

Acho que no tudo o adolescente precisa de atenção (3), ainda mais os problemas da região que eu trabalho. Às vezes eles chegam com machucado e depois me contam que levaram um tiro porque estavam fugindo da polícia. **A gente tem que tratar como uma pessoa que precisa de respeito (3).** Muitas pessoas não gostam deles. A população corre deles, mas não tem nada eles chegam, conversam. **Eles são só teimosos (2),** você fala faz isso...Teve uma gestante que eu orientei para tomar anticoncepcional e ela não quis, porque o parceiro disse que não precisava. O ruim é quando tem problema que você não consegue resolver. História de HIV. Não tem vínculo familiar. Não cresce aquela coisa do que é bom, o que é planejar uma família. Agora para mim melhor é atender o velhinho que eu sou apaixonada.

Entrevista 13 – ENF. 4

O que é para você atender o adolescente?

Eu particularmente gosto (1). Porque antes de ser enfermeira eu era né, sou professora e sempre lidei com adolescente. Pegava aluno da 7ª série, de 8ª. **E eu acho importante de trabalhar com adolescente porque além de você estar trabalhando só a queixa dele, você aborda ele nos outros, nas outras situações né. Sexualidade né, questão de menstruação. É mais um trabalho de orientação mesmo. Você tem que pegar o adolescente porque ele está começando aquela vida né (1).** Pra criança já você não pode abordar porque uma criança não entende. Você vai falar mais de higiene. Mas pro adolescente não, vai falar desde higiene íntima tanto para o menino quanto pra menina e fala da parte sexual, do cuidado com a saúde, né. Esta semana mesmo teve uma menina aqui que ela veio porque ela tava com uma alergia, num sei. E aí eu aproveitei, ela veio com a avó, aí eu resolvi ali rapidinho o problema e resolvi perguntar quando você menstruou? Aí ela falou, tá tudo certinho. Aí aproveitei e falei da questão de iniciar a vida sexual e comecei a falar da parte assim, sabe, de sensibilidade, de que hoje em dia já não tem estes de tabus né, assim de virgindade. Então assim eu aproveitei muito. Então eu gosto né. Não sei, é porque eu gosto muito de falar (Risos).

Fale mais desse atender o adolescente...

Eu gosto, eu gosto e vejo que é o momento melhor que tem entendeu (1). Na parte assim que **a gente trabalha aqui no centro de saúde com a prevenção, eu acho que é o momento ideal pra você pegar o adolescente e tentar abordar ele, vamos dizer assim moldar, dentro do trabalho preventivo mesmo (1).** Que ali você já vai tá falando de tudo. **Você já começa a por na cabeça dele questão de início da vida sexual, de planejamento, de alimentação adequada né, de obesidade (2)** que é a idade que eles tão comendo. Então eu abordo isso tudo. Eu gosto né. Então quando você pergunta o que que você acha? Eu aproveitei o adolescente pra isso. Eu não fico com ele só por causa da queixa não. Então é uma consulta até mais demorada quando eu pego o adolescente né. **Porque eu lido ali com a parte da queixa e abordo todos esses assuntos (1).** Então eu acho isso muito importante pra gente, né. **A gente tentou fazer um grupo de adolescente mas não veio né. Eles não vêm (3),** não sei se porque é medo da família achar que eles estão vindo aqui pra se instruir né, e com isso tende a muito preconceito da sociedade. Por isso que eu trabalho nas escolas. Dando palestras. Porque lá eles têm liberdade. Eles perguntam. E isso tem surtido um efeito. Porque se vê que eles têm procurado a gente né.

Você fala dessa prevenção. Fale mais sobre isso...

Vamos supor, quando a gente fala de prevenção de DST né. Mesmo quando você vê que algum adolescente que vem é que você vê assim ali, num tá com cara que vai seguir direitinho as orientações. Mas ele tá informado, entendeu. Porque uma coisa é você receber informações de um professor e outra coisa é você receber informações da mídia, da televisão né. Isso aí tem; use camisinha; use camisinha! Isso tudo que eu tô te falando, essa conversa aqui eu faço com o adolescente, pra ele entender porque que a gente tá conversando, né. Então, de repente escutar isso, de um profissional da saúde, sem que ele esteja tocando nesse assunto, quer dizer é a gente que tá abordando, de repente ele pode atinar e falar assim: Opa! Isso deve ser importante mesmo. Né, isso é importante, ela tá falando isso pra mim. Então eu aprendi,

particularmente, com a minha vivência como professora porque desde quando eu era professora só, eu já falava. Eu já tinha essa preocupação de tá falando sobre DST, de verminose, de alimentação e que tinha um efeito. Então eu tinha uma turma de quarenta alunos, mas se no final do ano dez, que eu conseguia né, que ele ainda chegasse pra mim, perguntasse e mudava seus hábitos, na própria conversa né que eu não tava dentro da casa deles... Então eu tenho esta experiência. Eu vi que valia a pena eu trabalhar com alunos, pois dez, oito que eu conseguia, nó que bom. Então hoje, trabalhando com a saúde eu vejo que eu tenho mais oportunidade ainda. Então, por isso é que eu por essa experiência, e a gente vê aqui mesmo, através né. Uma mãe vem trazer a criança pra puericultura – mãe adolescente. Aí eu pergunto: Você tá se prevenindo? Ah, tô. O que que você tomou? Ah, é isso. Mas e a camisinha? Aí você já começou aquele diálogo. Você tem que dar oportunidade e isso quando a gente fala de DST, de planejamento familiar. Mais de alimentação também. As vezes vem uma menina com uma queixa de dor de estômago. Aí você já logo pensa. Tem que tá ali ativo. Uma adolescente, com dor no estômago, já pensa: tá alimentando errado. Os fastfood, aquela coisa toda. Aí se começa, já atendi menina assim também. Que vinha aqui porque o cabelo tava caindo. Quando eu fui ver ela não comia arroz, feijão não é porque não tinha, é porque não queria. Ela ficava sem almoçar pra manter a forma, mas ficava substituindo a alimentação por salgadinho, entendeu. Então aí se interfere com um trabalho preventivo. Então através de alguns exemplos que acontece é que a gente então vai aprimorando isso nos nossos atendimentos. Aí nas próximas consultas de um outro adolescente que às vezes, não vem com esta queixa, você já aproveita e educa. Oh, cuidado com alimentação. É melhor você tomar o café da manhã e almoçar um prato de arroz, feijão e couve do que substituir isso por coxinha e achar que tá comendo pouco, uma coxinha e um refrigerante. Aí você explica pra ele do valor nutricional, de calorias. Então isso é importante. Não adianta a gente ficar aqui preocupada em tratar dos hipertensos e dos diabéticos só. Cê tem que cuidar. Mais se você já tá vendo que isso foi um problema que começou lá na adolescência, então a gente aqui trabalhando com eles cê já tem que começar a interferir. Pena que isso não é a conduta de todo mundo, né. Acho que teria que ser mais abrangente, né. Mais também cê não pode cruzar os braços e pensar: Ah, ninguém tá fazendo então não vai adiantar. Acho que adianta sim. Né, igual eu te falei se aqui no atendimento se por mês eu atendo trinta adolescentes. Se desses trinta eu conseguir né que dez mudem seu hábito de vida passe a se preocupar mais em comer mais verduras né, a pensar antes de começar a ter uma atividade sexual. Eu acho né, nossa, que... É gratificante. E é na conversa mesmo. Eu acho que lá na escola ... É difícil porque aqui eu dependo da demanda. Aqui eu tenho que esperar eles virem, lá não. Lá eu já estou com eles. **A demanda tem aumentado porque eu tô fazendo este elo entre a escola e o posto né (2).** Então quando eu falei.. Cê vê, eu comecei no início do ano. Não tava quase vindo adolescente, prevenção quase ninguém marcando prevenção. Aí um dia eu vendo né, uns namorinhos aqui, vi uma aluna grávida. Aí eu falei assim: ah gente tem vontade de falar né. **Porque aqui eu não consegui fazer a palestra. A gente tem o grupo de gestante, de hipertensão, mais de adolescente eu não consegui (3).** Aí conversei com a diretora e ela falou: pode fazer. Então assim, foi tão bom eu ter falado, pena que eu fiquei rouca. Porque assim **eles têm procurado não só a minha equipe, mas as outras equipes também, né. Pra tudo, preocupado em fazer uma prevenção (2),** com isso a gente diagnosticou dois alunos com condiloma, entendeu, que já estão tratando, que já tinham o problema e não sabiam, né. Neste meio tempo apareceu, então assim, cê consegue tratar um monte de coisa. Eu descobri duas alunas que estão com bulimia, encaminhamos para a psicologia. Então assim, quando cê me pergunta, o que que se acha. **Super gratificante. Eu me sinto útil (1).** É isso que a gente quer né. Talvez eu não esteja fazendo na ordem certa. Talvez não, a gente tem que melhorar, né. **Mas é uma coisa que a gente tá fazendo meio assim, né, sem muita orientação, mas que tem dado certo né (2).** Igual a gente tentou aqui mas não deu certo, mas então a gente não parou, fomos lá na

escola. Lá na escola, até então eles não sabiam que eu era enfermeira. Então ninguém me procurava para tocar nesse assunto. Mas a partir do momento que eu dei a palestra, agora todo mundo sabe que eu sou enfermeira. Então, volta e meia tem um me perguntando. Então mesmo que eu não esteja fazendo um atendimento, uma avaliação física, mas tem as orientações. Isso porque o aluno já sabe. E isso é muito bom. Então, deveria ser mais expandido né, pra outras equipes, pra outros centros de saúde. Eu acho que é uma experiência válida. Talvez um trabalho meu futuro né.

Tem mais alguma coisa que você queira colocar?

Não... **é um trabalho assim, que não pode cansar né. É um trabalho persistente (1).** Igual criar filho: falar, falar, falar. Não achar nunca que eles... Ah, dei palestra em fevereiro. Igual eu já começo as minhas palestras falando assim: o assunto que eu vou falar é um assunto que vocês já conhecem. Talvez esta seja a oitava palestra que vocês têm. Mais eu sou enfermeira, sou professora e não sei tudo. A gente tá sempre aprendendo. Até porque, as próprias bactérias e os vírus tão aí mudando. Então a gente nunca pode achar que um determinado assunto é conhecido. Então assim, cê tem que demonstrar pra eles assim, você tem que fazer com que eles confiem em você entendeu? Usar uma linguagem mais normal, nada de uma linguagem muito técnica, se usar a técnica já falar logo a outra. Igual assim, se aprende muito com a experiência. Eu falava muito em esperma, esperma... até que um dia uma aluna me perguntou se esperma e espermatozóide, era a mesma coisa. Então na palestra assim se logo já impõem respeito, falando que as palavras que você vai usar são de conhecimento deles, que você não quer piadinha, né. Porque se não vira aquela bagunça. Ficam brincando o tempo todo. São grupos muito grandes, cerca de 70 alunos, 70 adolescentes. Então você tem que manter o controle o tempo todo porque é você sozinha ali. Porque já é um assunto que mexe né. Então você fala que esperma é a mesma coisa que porra e eles ficam: oh, é mesmo. Então eles perguntam. Umas perguntas assim... Teve um que perguntou se na hora da relação sexual você fazer o fio terra era prejudicial? Eu não sabia. Tendo a idade que eu tenho eu nunca tinha escutado isso antes. E olha quantas vezes eu já fiz palestra. Eu aprendo com eles. Então eu tive que saber o que era fio terra. É na hora da relação sexual normal, pênis com vagina, o homem gosta que a mulher introduza alguma coisa no ânus dele. Porque ele sente prazer. Então assim, existe isso? Existe. Mas eu não conhecia com esse termo de fio terra. Então a gente aprende também. A gente fica atualizado e daí você tem a oportunidade de falar que através do sexo também transmite doença. Nossa, assim... Então é muito bom sabe. Então assim, eu pretendo continuar e gostaria que todo mundo tivesse isso. Que este trabalho divulgue isso, que é importante. Que é uma coisa cansativa, mas que a gente tem que ser incansável e persistir mesmo porque, só a mídia não é suficiente. Cansativo porque você fica assim, puxa vida, vou ter que falar tudo de novo, você desanima né. Nó de novo, eles não aprenderam. Tanto cartaz, tanto, tanto, tanto. Mas é uma linguagem que não atinge eles diretamente. Mas é porque tá no papel, tá fora da realidade deles. Só quando chega assim uma pessoa que ele tá convivendo e que fala, que mostra, nessa conversa informal... Às vezes eles chegam e falam assim: briguei com meu namorado hoje. Naquilo ali você tem oportunidade de abordar outros assuntos. Então é uma coisa assim, que tem que ser mesmo. A gente que trabalha na saúde fala assim: ah, tá bom. Ainda sempre é pouco. Agente tem que estar sempre com esse pensamento.

Entrevista 14- MED. 2

O que é para você atender o adolescente?

Atender o adolescente pra mim que não sou mãe, **atender o adolescente é muito importante (1)**. Primeiro, me faz lembrar que eu já fui adolescente, e se apesar de estarmos em tempos diferentes, no sentimento, nas expectativas os adolescentes são os mesmos. Então, **eu tenho realmente um carinho especial pelos adolescentes (1)**, veja bem ... Porque hoje eu vejo, por exemplo, **os adolescentes tão muito desorientados (1)** e principalmente adolescentes daqui da nossa área e, com a vivência, com o tempo que eu já tenho de vida eu vejo que, por não ser mãe, eu posso colaborar com eles, inclusive até mesmo chamar a atenção deles dentro do que eu estou atendendo, porque eles não vão me levar como estar dando conselho de mãe. Tanto que eu digo a eles que eu não sou mãe. Toda mãe que se preza, ela é chata e tem que ser. Mas, por não ser mãe, então eu falo objetivamente. Com a adolescente mulher é... eu falo com ela, como mulher. Como mulher em relação à vivência que elas estão enfrentando muito cedo, para inclusive não se prostrarem. Não se prostrarem da sua vida emocional, não se prostrarem por sua vida sexual. Então, claro, dentro desse limite, eu coloco para ela o valor de uma vida emocional, a importância do seu corpo em relação à sua emoção. Então eu me dou essa liberdade e já vou avisando eu não sou mãe, por isso eu posso dizer. Então, eu posso dizer pra você primeiro como mulher. Depois **converso com elas como médica, inclusive levando em prática a sexualidade, o uso da pílula (2)**, essas coisas. Então, eu resisto muito em prescrever pílulas a elas, então onde eu digo como mulher eu aconselharia vocês a não entrar nessa ainda, vocês conhecerem melhor a outra pessoa, ainda brinco vocês devem procurar andar e passear, tomar sorvete num parque às 3 horas da tarde, onde se vê as coisas mais claramente, se vê o colorido, para que depois mais tarde não fique lendo livros que tenham que reaprender a viver essa vida emocional. Então, procure fazer primeiro, vamos começando pelo encanto das coisas, a beleza das coisas ... inclusive descobrir isso junto, e depois partir para o que é mais sério e por sinal sagrado. E pros rapazes também. Claro que pros rapazes eu não vou por esse caminho, mas **sempre procuro encaminhá-los de tal maneira que procurem realmente viver essa vida emocional de uma forma mais disciplinada de uma forma que não vai ter tantas surpresas desagradáveis (2)**. Então, esclareço a eles que tudo que a gente planta a gente colhe, se plantarem coisas boas vão colher coisas boas. **Incentivo por exemplo, se não estudam a voltar a estudar, estímulo e parabenizo a quem estuda e trabalha (1)**. **E também faço pé firme para que tomem cuidado com a sua sexualidade que não levem de uma maneira desconsiderada (2)**. Porque a menina, por exemplo, quando tem filha, filha adolescente, por mais que os pais cuidem ela sempre saberá que tem alguém ligado e ela, tem o filho, e isso é para sempre. E pros rapazes também, para inclusive não entrarem nessa e depois se casarem cedo e aí uns dizem assim, vai ter criança chorando e mulher cobrando as coisas (Risos...)

E como que é esse momento junto com o adolescente?

Bom, bom, bom. E também como, por exemplo, com o adolescente quando vem adolescente grávida isso que tem lá no Heliópolis é a primeira experiência em falar pra adolescentes que veio com a mãe. Eu disse a ela que se por um acaso teus pais ficarem ou ficaram zangados com você, ainda baterem, ir além, te derem uns tapas por causa disso você não tem que se revoltar com isso, porque eles têm uma expectativa em relação a você, e essa expectativa foi frustrada. A mesma coisa você tem um ideal de pai, você está no colégio e de repente seu pai chega bêbado fazendo

estardalhaço, você não vai se sentir mal? Você vai ter uma expectativa frustrada em relação a seu pai, você vai ficar zangada, você vai querer expulsar, vai ter revolta dentro de você. Isso eu falo também. Então, eles têm direito a ter sua emoção, a ter seu momento emocional, a ficar zangado inclusive, a te repreender e depois de passado esse momento eles vão aceitar inclusive, e vão curtir o bebê. E essa garota disse pra mim: - É, meu pai não está conversando comigo. Eu falei: - É um direito dele. Agora você quer que ele te compreenda quando você conta isso para eles, você não pode querer. Pode até compreender, mas eles têm direito a essa reação. Aí a mãe estava ouvindo e na outra consulta eles me contaram. Então, me parece que vivenciaram todo esse problema ou ela também permitiu que os pais expressassem tudo e foi liberado, foi liberado perdão e foi muito bonito depois. E essa foi minha primeira experiência, nas outras aqui no Felicidade, eu toda vez que tinha eu também colocava isso. E uma vez teve uma adolescente na primeira consulta e eu perguntei a ela quem mais sabia? Ela disse: - Meu namorado, minha sogra. E sua mãe? - Não sei como dizer. Que tua mãe não saiba e que a mãe do teu namorado saiba, que ela vai se sentir traída, rejeitada sem contar humilhada também. Então você vai chegar na sua casa, vai contar aos seus pais, e vai enfrentar. - Ah não sei o que meu pai vai fazer? Nem eu, a reação é dele, é um direito dele, agora depois você vai. Esperar compreensão dele, mas antes você não pode. Inclusive, você tem que pedir perdão. Perdão a eles por ter você ter frustrado as expectativas deles, por ter traído a confiança deles. Então, é muito importante esse caminho. Aí, ela foi e depois numa outra consulta, ela me contou que naquele mesmo dia ela foi e contou para mãe. Porque enquanto ela estava fazendo essas coisas, ela foi ficar na casa do namorado. Havia permissividade dos pais, permitir isso. Aí nesse mesmo dia ela foi na casa dos pais e contou. O pai inicialmente ficou muito zangado e depois choraram muito e acompanharam a gravidez. Então assim, essa é uma fórmula, até algumas vezes direta, objetiva, mas que nos faz ver um outro lado. Porque quando somos adolescentes, nós queremos ver o nosso, aliás, em qualquer idade, em qualquer idade (Risos....) Mas é muito importante nos colocar no lugar do outro. Então essa tem sido a minha experiência com elas, e gosto. **Gosto de lidar com adolescentes. Especialmente eu que lidei com geriatria muito tempo, sangue novo é muito bom (1).** E trabalhar com você me faz muito bem por isso. Sangue novo, sabe (Risos....).
Tem mais alguma coisa que queira colocar?
Não, por enquanto essa é a experiência que tenho.

Entrevista 15 – MED. 3

O que é para você atender o adolescente?

Bom, a gente aqui no PSF, a gente não tem uma demanda direcionada especificadamente para o adolescente não (1). A gente atende quando é na consulta individual (1). Às vezes vem acompanhado, às vezes vem sozinho. Então assim, essa abordagem com o adolescente é uma abordagem.... para mim tranqüila (2), entendeu? Não tem muita dificuldade em abordar o adolescente não.(2) É... a gente não tem um trabalho específico com o adolescente. Com o PSF, a gente não tem nenhum programa ainda, um grupo específico para abordar o adolescente, principalmente nas DST (1). Já tentamos isso em algumas épocas, mas atualmente não tem (1). Na ginecologia especificamente, quando tem adolescente, tá mais ligado a anticoncepção, é uma demanda maior, quando vem (3). E o preventivo também (3), mas mais é a anticoncepção e quando já tá grávida, pro pré-natal né (3). E o que a gente tá atendendo mais agora com o PSF, às vezes, é a transição, ainda o pré-adolescente, doze anos, treze anos, que não sabe se é pediatria ou não (1). Mas como a gente tá atendendo pediatria também, então assim, estende mais. Aí vem mais é pra consultar de um quadro agudo, infecção, alguma coisa e não assim, pra fazer um acompanhamento do adolescente, a gente não tem feito não.(3)

Você coloca que é tranqüilo atender o adolescente. Fale mais sobre isso.

É assim, eu coloco como normal. Como se fosse adolescente, como se fosse idoso(2). Eu acho que...muitas vezes ele vem acompanhado com a mãe, ele senta aqui e não fala nada, é a mãe que fala (4), sente dor de cabeça, ele sente isso. Quer dizer, a gente tem que ficar perguntando e ele pede pra mãe responder pra ele (4). Mas é, como eu não trabalho especificamente, então, assim...você vê um adolescente, o número é pequeno não é uma demanda expressiva. A gente atende poucos adolescentes. Quando vem, mais é uma coisa aguda. Alguma doença crônica, a gente pega mais o asmático (3). Então assim, se você pegar de doença crônica, o adolescente é mais asmático. Eu tenho um adolescente que é diabético. Esse também vem mais por causa da sua doença né. E eu acho que é esse que deu mais trabalho. Mas assim, na ginecologia é mais a anticoncepção, no pré-natal ou alguma infecção porque começa a ter atividade sexual. Mas assim, pra acompanhar o adolescente mesmo, no desenvolvimento e tal, a gente não faz esse trabalho. Diretamente, não (3).

Tem mais alguma coisa que você queira colocar desse atendimento ao adolescente?

Como é que eu vou dizer? Eu acho assim, é tranqüilo, mas é talvez porque eles não venham mesmo (2). Eu tô dizendo assim, como a gente pega mais o quadro agudo, então fica mais fácil. Mas tem muito adolescente que quando vem é a mãe que fala. A mãe que explica o que que tá sentindo, o que que é e tal... Quando a gente pergunta, diz que já acabou e tal. Não querem entrar em muito detalhe e nada (4).

Mais alguma coisa...

Não, você deixou muito geral. Mas o serviço não está preparado para atender o adolescente. A gente atende ali, no agudo, o que que você quer e não aborda mais coisas. Tem a questão do tempo, do próprio adolescente que não se abre. Tem profissionais que dão conta, que falam... e a gente cai muito na fala do adolescente (5). Então, eu tento prescrever remédios que não tem efeitos na gravidez, porque falam que nunca tiveram relação e você vai ver é gravidez. Então eu tenho esse cuidado (3).