



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Ciências Médicas

Luciana Graça Alfredo Pinto Martins

**A atenção ao adolescente na Estratégia de Saúde da Família:
percepção de profissionais e usuários**

Rio de Janeiro

2016

Luciana Graça Alfredo Pinto Martins

**A atenção ao adolescente na Estratégia de Saúde da Família:
percepção de profissionais e usuários**

Dissertação apresentada como requisito parcial
para obtenção do título de Mestre, ao Programa
de Pós-graduação em Ciências Médicas da
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Orientadora: Prof.^a Dra. Stella Regina Taquette

Coorientadora: Prof.^a Dra. Luciana Maria Borges da Matta Souza

Rio de Janeiro

2015

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/BIBLIOTECA CB-A

M379 Martins, Luciana Graça Alfredo Pinto.
A atenção ao adolescente na Estratégia de Saúde da Família:
percepção de profissionais e usuários / Luciana Graça Alfredo Pinto Martins
– 2015.
99 f.

Orientadora: Stella Regina Taquette
Coorientadora: Luciana Maria Borges da Matta Souza
Dissertação (Mestrado) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Faculdade de Ciências Médicas. Pós-graduação em Ciências Médicas.

1. Saúde da família - Estratégia - Teses. 2. Atenção primária à saúde.
3. Promoção da saúde. 4. Adolescência – Teses. I. Taquette, Stella
Regina. II. Souza, Luciana Maria Borges da Matta. III. Universidade do
Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

CDU 613.9-355.43

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta
dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Luciana Graça Alfredo Pinto Martins

**A atenção ao adolescente na Estratégia de Saúde da Família:
percepção de profissionais e usuários**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 10 de dezembro de 2015.

Orientadora: Prof.^a Dra. Stella Regina Taquette

Faculdade de Ciências Médicas – UERJ

Coorientadora: Prof.^a Dra. Luciana Maria Borges da Matta Souza

Faculdade de Ciências Médicas - UERJ

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Sandra Lucia Correia Lima Fortes

Faculdade de Ciências Médicas – UERJ

Prof.^a Dra. Marília Mello de Vilhena

Faculdade de Ciências Médicas – UERJ

Prof.^a Dra. Sandra de Moraes Pereira

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2015

DEDICATÓRIA

Aos meus filhos Rodrigo e Fernanda e aos adolescentes e jovens, que fizeram parte da minha vida pessoal e profissional, com gratidão pelo crescimento, amor e esperança.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Prof.^a Dr.^a Stella Regina Taquette pelo acolhimento e incentivo com sensibilidade e competência.

À Prof.^a Dr.^a Luciana Maria Borges da Matta Souza pelo apoio carinhoso e importantes contribuições.

À Wilma Graça, minha mãe (in memoriam), pelo amor e grandeza em todos os sentidos.

Ao meu pai, Alfredo Pinto Netto (in memoriam), por sua alegria de viver, reflexões e interesse pelo conhecimento.

Ao Douglas, meu companheiro de vida, de projetos e de realizações pela grande ajuda, com admiração e amor.

Ao Rodrigo e Fernanda, meus queridos filhos, pelas digitações, incentivo e compreensão.

À minha prima e irmã de vida, Marita, pela vibração, carinho e preciosa contribuição.

Às minhas famílias Graça, Pinto e Martins com todo o carinho e admiração.

À querida amiga Ângela, que possibilitou o início dessa conquista.

Aos professores, em especial Prof.^a Dr.^a Mary Rangel, Prof.^a Dr.^a Sandra Lúcia Correia Lima Fortes e Prof. Dr. Denizar Vianna Araújo que sempre lembrarei com gratidão.

À Prof.^a Dr.^a Ivani Bursztyn, pela disponibilidade e apoio, além das importantes sugestões na fase de qualificação.

Às Prof.^{as} Dr.^{as} Marília Mello de Vilhena, Sandra de Moraes Pereira e Sandra Lúcia Correia Lima Fortes pela gentileza de atenderem ao convite para participar da Banca de Defesa desta Dissertação de Mestrado.

Às Prof.^{as} Dr.^{as} Denise Leite Maia Monteiro e Kátia Maria Braga Edmundo pela gentileza de aceitarem o convite para a suplência da Banca Examinadora.

À Dilma, com admiração, pela generosidade, incentivo e livros valiosos.

À amiga-chefe Mônica, por compreender, participar e apoiar de forma acolhedora esse desafio.

À Valéria e Cristina, amigas parceiras do Adolescentro Paulo Freire pela generosa compreensão e ajuda.

Aos amigos do mestrado, Danielle, Janete, Lilian, Lourdes e Renato pelo convívio afetuoso e enriquecedor.

Às secretárias Adriana e Bianca do LIPAPS/UERJ e Rose, Fernanda, João Paulo e Mariana do PGCM/UERJ pelas ajudas urgentes.

À Gracinha, Helô, Maria Sylvia, Maryse, Ruth e Sandra pela amizade e força de sempre.

Às fundamentais “queridas“ e “amigas” da vida toda, que incentivaram e souberam compreender os meus momentos de ausência.

A todos os adolescentes e profissionais que direta ou indiretamente participaram generosamente deste trabalho tornando-o possível.

[...] claro que quando chegar ao fim do meu passeio saberei mais,
mas também é certo que saberei menos, precisamente por mais saber,
por outras palavras, a ver se me explico,
a consciência de saber mais conduz-me à consciência de saber pouco,
aliás, apetece perguntar, que é saber...

José Saramago

RESUMO

MARTINS, Luciana Graça Alfredo Pinto. *A atenção ao adolescente na Estratégia de Saúde da Família: percepção de profissionais e usuários*. 2015. 99 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), modelo assistencial em expansão na atenção primária da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDC/RJ) é o programa governamental atual para atendimento das demandas nas várias faixas etárias, de forma ampliada e integral. De acordo com as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens (DNAISAJ), o processo de trabalho das equipes da ESF já incorpora em sua prática características para abordagem integral e resolutiva na atenção desse grupo etário. Este estudo teve como objetivo analisar as ações da ESF voltadas aos adolescentes na percepção destes e dos profissionais de saúde. Foi realizado nas três Clínicas da Família (CF) do bairro da Rocinha. Utilizamos abordagem qualitativa desenvolvida por meio de entrevistas semiestruturadas com 9 profissionais, enfermeiros e médicos, e 23 adolescentes, de ambos os sexos, na faixa etária entre 15 e 19 anos. Observamos que o processo de trabalho das equipes se encontra prejudicado pelo número excessivo de consultas por turno, sobrecarga de demandas e descontinuidade de profissionais. Tal situação interfere negativamente no planejamento, execução e avaliação da assistência. A dificuldade em captar adolescentes para as atividades tanto individuais como coletivas foi manifestada pelos profissionais. Estes consideram-se bem preparados tecnicamente, mas demonstraram carência de capacitação específica voltada para a atenção à saúde desse grupo etário. Quanto aos adolescentes, comparecem em geral por demanda espontânea e reconhecem o bom preparo técnico das equipes. A espera prolongada, a pouca atenção e apoio dedicados por alguns profissionais, a falta de sigilo e de confidencialidade em algumas situações e a desinformação sobre as ações desenvolvidas são fatores percebidos como motivadores da não procura pelo serviço de saúde. No que diz respeito às atividades educativas de prevenção e promoção da saúde voltadas para o público adolescente, não estão bem implementadas. A intersetorialidade precisa ser intensificada, pois não foi evidenciada na fala de nossos interlocutores. A atuação dos agentes comunitários de saúde (ACS) é valorizada tanto para os profissionais quanto para os adolescentes, porém, lhes faltam autonomia e suporte técnico. Concluímos que a atenção ao adolescente oferecida na ESF não atende satisfatoriamente as (DNAISAJ). Contudo, identificamos profissionais motivados em buscar alternativas para viabilizar a integralidade no cuidado aos adolescentes.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Saúde da família. Adolescência. Promoção da saúde.

ABSTRACT

MARTINS, Luciana Graça Alfredo Pinto. *The attention to adolescents in the Family Health Strategy: perceptions of professionals and users*. 2015. 100 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

The Family Health Strategy (FHS), an assistential model in expansion aimed at primary care developed by the Municipal Health of the city of Rio de Janeiro, is the state government program used nowadays to respond to the demands of various age groups, in a very broad and integrated perspective. In accordance with the parameters established by the Ministry of Health (2010), the work process of the FHS crews incorporates in its daily routine characteristics that serve well a complete and solution-purposed approach in the care of adolescents and youngsters. This research had as its main goal the analysis of the FHS actions towards adolescents, evaluated both by themselves and by health professionals. The data was collected in all three of the Family Clinics in the Rocinha neighborhood. We chose a qualitative approach made possible by not-rigidly structured interviews with 9 professionals – nurses and doctors – and 23 adolescents of both genders, with ages ranging from 15 to 19. We noticed that the crew's work process is hindered by the excessive number of appointments in each shift, the demand overload and the frequent substitution of professionals. This situation has a negative impact on the planning, the execution and the assessment of the assistance. The difficulty in finding adolescents willing to participate in the activities – either individually or as a group – was brought up by the professionals. The latter consider themselves well prepared technically, but demonstrated a lack of specific capacitation to deal with health issues related to this age group. As for the adolescents, they generally show up spontaneously and recognize the crew's technical skills. The long wait, the lack of attention and support by some of the professionals, the lack of secrecy and confidentiality in some situations and the lack of information about the actions developed are factors perceived as relevant to avoid health services. In terms of educational activities aimed at the prevention and promotion of health towards adolescents, they are not well implemented. There must be an intensification of the communication between sectors, for it wasn't highlighted by our interviewees. Both professionals and adolescents value the action of the health community agents, but they lack autonomy and technical support. We have concluded that the care of adolescents offered by the Family Health Strategy does not respond satisfactorily to the guidelines established by the Ministry of Health. However, we have found professionals that feel motivated to look for alternatives to make the care of adolescents viable in a thorough approach.

Keywords: Primary health care. Family health. Adolescence. Health promotion.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária à Saúde
CAP 2.1	Coordenação de Área Programática da Secretaria Municipal de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CCRDL	Centro de Cidadania Rinaldo De Lamare
CF	Clínica da Família
CID	Classificação Internacional de Doenças
CMS	Centro Municipal de Saúde
DNAISAJ	Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens
DOU	Diário Oficial da União
DST	Doença sexualmente transmissível
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
HIV	Agente etiológico da Síndrome da imunodeficiência adquirida
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização não governamental
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PAC	Programa de Aceleração do Crescimento
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PROSAD	Programa de Saúde do Adolescente
PSE	Programa de Saúde na Escola
PSF	Programa de Saúde da Família
RAP da Saúde	Rede de Adolescentes Promotores da Saúde

SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SMS/RJ	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
SMSDC	Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil
SMSDC/RJ	Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro
SUS	Sistema Único de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
UPP	Unidade de Polícia Pacificadora
VD	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	13
1	OBJETIVOS	19
1.1.	Geral	19
1.2.	Específicos	19
2	ADOLESCÊNCIA	20
3	ADOLESCENTES: SEUS RISCOS E VULNERABILIDADES	22
4	PROMOÇÃO DA SAÚDE, INTERSETORIALIDADE E PROTAGONISMO JUVENIL	29
5	ESF E O LUGAR DO ADOLESCENTE	31
6	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	34
6.1.	Definindo o objeto de estudo	34
6.2.	Abordagem do estudo	34
6.3.	Instrumentos de coleta de dados	35
6.4.	Amostragem, sujeitos e área do estudo	37
6.5.	Registro e análise dos dados	40
6.6.	Aspectos éticos	41
7	RESULTADOS E DISCUSSÃO	42
7.1.	Percepção dos profissionais	42
7.1.1.	<u>Processo de trabalho como entrave ao bom desempenho da atenção</u>	43
7.1.2.	<u>A falta de lugar do adolescente no serviço</u>	51
7.1.3.	<u>Propostas para reorientação das ações</u>	65
7.2.	Percepção dos adolescentes	67
7.2.1.	<u>Ambiente de cuidado</u>	68
7.2.2.	<u>Cuidado enquanto sujeito</u>	70
7.2.3.	<u>Os profissionais que acolhem</u>	74
7.2.4.	<u>Sugestões para reorientação do serviço</u>	75
	CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES	79
	REFERÊNCIAS	82
	APÊNDICE A - Roteiro de Entrevista (Gerente)	92
	APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista (Profissional de Saúde)	93
	APÊNDICE C – Roteiro de Entrevista (Adolescentes)	94

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Adolescente.....	95
APÊNDICE E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Responsável.....	96
ANEXO A – Aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa SMSDC/RJ.....	98
ANEXO B – Serviços oferecidos pela ESF – SMSDC/RJ.....	97
ANEXO C – Serviços oferecidos pela ESF – SMSDC/RJ.....	99

INTRODUÇÃO

A população de adolescentes e jovens de 10 a 19 anos no Brasil é bastante numerosa. De acordo com o Censo de 2010 do IBGE, esta faixa etária representa 17,91% da população total. A grande maioria deste grupo vive em áreas urbanas (84%) prevalecendo os homens jovens (mulheres: 49,56% e homens: 50,44%). Apesar de segmento populacional significativo, inclusive no âmbito social, o mesmo ainda tem pouca visibilidade nos serviços de saúde.

De acordo com dados obtidos pelo Ministério da Saúde em 2010, adolescentes e jovens continuam apresentando dificuldades de acesso à educação e ao emprego. Vivem em situação de profunda desigualdade social, meio ambiente degradado, alta morbimortalidade por violências, dentre outras, acarretando impacto em sua saúde. Em consequência, esse segmento populacional pode ficar vulnerável aos agravos resultantes: do uso abusivo de álcool e de outras drogas; das violências; das doenças sexualmente transmissíveis e AIDS; da dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

Em relação à saúde do adolescente, é consenso a necessidade de se levar em conta as singularidades desse momento de crescimento e desenvolvimento, marcado pelo impacto de mudanças físicas, psíquicas, familiares e sociais, vivenciadas de maneira diversa nos diferentes contextos. Assim, de acordo com Leão (2005), faz-se necessária a formação de parcerias intra e intersetoriais para a criação de uma rede de atenção voltada à promoção da saúde, à prevenção de agravos e a uma assistência biopsicossocial.

Na prática, um trabalho em rede se caracteriza pelo entrelaçamento das ações das várias instituições, vinculadas por objetivos comuns. Essa rede de atenção deve ser composta de diferentes espaços, que gerem condições de acesso e inserções sociais para o estabelecimento de vínculos protetores e complementares, que são, como se sabe, de extrema importância para a construção da identidade e da autonomia dos jovens.

Segundo as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde do Ministério da Saúde (2010), três eixos são fundamentais para viabilizar a atenção integral à Saúde de adolescentes e jovens, a saber: a) acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; b) atenção integral à saúde sexual e reprodutiva e; c) atenção integral no uso abusivo de álcool e outras drogas por pessoas jovens. No que tange às especificidades da saúde de adolescentes e jovens, o processo

de trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família já incorpora em sua prática características para abordagem integral e resolutiva e para o desenvolvimento de ações intersetoriais – estas que são fundamentais para a promoção da saúde.

As ações de promoção da saúde – defendidas por muitos autores e esquecidas por parcela significativa dos profissionais de saúde –, podem ser entendidas, segundo o Ministério da Saúde (2001), como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo, pois, sua participação, no controle desse processo. O conceito também incorpora a importância e a influência das dimensões políticas, culturais e socioeconômicas, estando, portanto, diretamente ligado às ações intersetoriais para o seu desenvolvimento.

A Constituição de 88/SUS no artigo 7, parágrafo II (BRASIL, 1988), define integralidade como princípio ético e determina que os processos de trabalho e a organização do sistema devem estabelecer relação com cada caso. Essa declaração pressupõe atenção às diferentes necessidades e adequação às especificidades de cada usuário deste sistema. Diante do exposto, a integralidade se mostra uma temática ampla que exige considerações de várias ordens para a atenção das necessidades apresentadas no cotidiano do trabalho em saúde (SAITO, 2010).

Os direitos da criança e do adolescente foram garantidos na Constituição de 1988 que enfatizou o papel do Estado no sentido de implementar programas (MOTA *et al*, 2010). Sendo assim, em 1989, foi oficializado pelo Ministério da Saúde o Programa de Saúde do Adolescente – PROSAD, tendo como objetivos promover, integrar, apoiar e incentivar atividades no sentido de promoção da saúde, identificação de grupos de risco, detecção precoce de agravos, tratamento adequado e reabilitação dos adolescentes, sempre de forma integral, multisetorial e interdisciplinar. As atividades básicas indicadas pelo PROSAD são as seguintes: o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, o enfoque da sexualidade, da saúde bucal, mental, reprodutiva e da prevenção de acidentes e acesso ao trabalho, à cultura, ao esporte e ao lazer (BRASIL, 1989).

Bursztyn *et al* (2001) afirmam que o PROSAD se configura como uma prática programática na medida em que se baseia no diagnóstico das necessidades, a partir do qual se pode estabelecer objetivos e normas padronizadas com enfoque interdisciplinar e intersetorial. Isso faz com que a participação do usuário seja valorizada, haja vista que este passa a ser promovido e fortalecido pela sociedade. Os mesmos autores destacam os desafios a serem enfrentados no nível local:

1. Garantir a prioridade para os adolescentes nas unidades de saúde, conforme determina o Estatuto da Criança e do Adolescente.
2. Adequar os serviços de saúde para favorecer a captação e adesão dos adolescentes.
3. Priorizar as atividades coletivas e de promoção de saúde.
4. Resguardar o enfoque de saúde integral, com ênfase na vigilância do crescimento e desenvolvimento.
5. Fortalecer a integração entre os profissionais dos diferentes programas e setores da unidade.
6. Resguardar a flexibilidade dos serviços com relação à faixa etária atendida.
7. Levantar em consideração características e singularidades relativas a gênero, condição socioeconômica, vínculos familiares, domicílio, incapacidades, escolaridade e trabalho.
8. Estabelecer parcerias com outros setores de forma a favorecer a captação de adolescentes de maior risco, garantir oportunidades de acesso a atividades profissionalizantes, esportivas, artísticas e de lazer, e implantar projetos integrados.
9. Ampliar o foco das ações de maneira a contemplar de forma mais abrangente, a família e a comunidade.
10. Mudar o enfoque ‘adolescente = problema’ para ‘adolescente = solução’, através do incentivo à participação dos adolescentes nos serviços e nas atividades de promoção de saúde na comunidade e da parceria com grupos organizados de jovens na comunidade.
11. Qualificar o diálogo com os adolescentes, visto que muitas vezes os serviços ignoram as reais necessidades e desejos da clientela com a qual trabalha.
12. Prover treinamento e educação continuada para os profissionais.
13. Favorecer a implementação de avaliação permanente (p. 102; grifos dos autores).

Abramo (1997) cita que, no Brasil, não há uma tradição de políticas sistemáticas destinadas “especificamente” aos adolescentes e jovens e que, apenas recentemente, identifica-se formulação de políticas governamentais voltadas para este segmento populacional. Nesse sentido, pode-se destacar a elaboração e aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente (1990), que segundo Dimenstein (2005), apesar de alguns méritos alcançados, continua com grandes obstáculos por serem ultrapassados. O mesmo autor destaca a importância do ECA deixar de ser apenas um projeto, mas ser incorporado pela sociedade, entendendo a criança e o adolescente, como sujeitos de direito, em condições próprias de desenvolvimento e com prioridade absoluta.

A Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, através da Assessoria de Promoção da Saúde, ratifica as orientações propostas pela Política Nacional de Promoção da Saúde (segundo Portaria nº 687 de 30/03/06, publicada no DOU de 31/03/06), seguindo suas diretrizes e objetivos, adaptadas às necessidades e irregularidades do município do Rio de Janeiro. Propõe-se que a Assistência à Saúde do Adolescente tenha seus objetivos baseados nos referenciais de intersetorialidade, integralidade e interdisciplinaridade; equidade; inclusão; construção compartilhada; diálogo entre saber popular e saber técnico e justiça social. Bursztyn (2008) destaca que o Programa de Atenção Integral à Saúde do Adolescente começou a ser implantado no Rio de Janeiro, em 1986, antes mesmo da promulgação do

PROSAD, citado anteriormente. Desde então, e de acordo com a autora, têm sido priorizadas as ações referentes à sexualidade, gravidez e doenças sexualmente transmissíveis, de acordo com as diretrizes que vieram a ser preconizadas pelo PROSAD.

Traverso & Pinheiro (2002) ressaltam que no caso da adolescência, mais do que em qualquer outro período da vida, fica evidente a fraqueza do sistema de saúde vigente que, ao partir de uma visão unidimensional, acaba por desconsiderar a diversidade de patologias “não orgânicas” que ameaçam suas vidas. As autoras citam exemplo de determinados programas de intervenção que costumam focalizar sua atenção apenas na saúde reprodutiva, negligenciando o caráter multifacetado da saúde humana.

Nesse sentido, Corrêa (2006) também afirma que as políticas de saúde, na atualidade, são implementadas segundo o modelo médico vigente, buscando atender a população de forma unificada, descaracterizando suas necessidades específicas e suas subjetividades, o que, com relação à saúde de adolescentes, mostra-se insuficiente.

A cultura do autocuidado à saúde é ainda pouco percebida entre adolescentes que por terem pensamento abstrato ainda não totalmente desenvolvido, minorizam suas vulnerabilidades. Além disto, atitudes preconceituosas e moralistas relativas ao exercício da sexualidade, na adolescência, dificultam a procura dos serviços de saúde pelos adolescentes e conseqüente redução de agravos à sua saúde (TAQUETTE, 2010).

No endosso das colocações acima, Ayres (1990) afirma que as necessidades de saúde na adolescência extrapolam os aspectos orgânico-biológicos, especialmente por esse grupo apresentar pequena expressão como demanda aos serviços de saúde. Mais um motivo então, para se levar em consideração as características psicossociais dos adolescentes e não restringir as ações às práticas assistenciais, além da necessidade de criar alternativas “heterodoxas” nos serviços, como o encaminhamento para outros setores.

Apesar da adolescência transcorrer sofrendo interferência de aspectos individuais, sociais e culturais, há requisitos que devem ser considerados com vistas à investigação epidemiológica, à estratégia de elaboração de políticas de desenvolvimento coletivo e à programação de serviços sociais e de saúde pública para se caracterizar o início e término desta fase da vida (BRASIL, 2001). Horta *et al* (2010), a partir de estudo de publicações selecionadas, afirmam que o discurso oficial enfatiza necessidade de se perceber a adolescência e juventude com limites etários compreendendo adolescentes de 10 a 14 anos, adolescentes jovens de 15 a 19 anos e adultos jovens de 20 a 24 anos, sendo as ações de saúde, a partir de então, destinadas às faixas etárias e 10 a 24 anos. Taquette (2010) chama a

atenção para os diversos marcos legais que definem a adolescência, oferecendo enquadramento variável e, com isso, confundindo profissionais e adolescentes quanto aos direitos e deveres dos últimos. Sendo assim, a autora destaca que pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a adolescência vai dos 12 aos 18 anos. Já a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera adolescentes na faixa etária entre 10 e 20 anos incompletos, além do Código Civil determinar a maioridade aos 18. No presente estudo será considerada a faixa etária entre 10 e 19 anos para a adolescência, segundo recomendação do Ministério da Saúde.

Diante das questões citadas anteriormente, esse estudo teve como objetivo, portanto, analisar a atenção à saúde dos adolescentes na ESF, a partir da percepção dos profissionais que os atendem e dos próprios adolescentes que são atendidos.

Apresentação e justificativa

O interesse pela temática relacionada à “Saúde na Adolescência” surgiu no decorrer de minha trajetória profissional atuando na atenção primária e no campo da saúde mental em unidades da SMSDC/RJ. Nos últimos anos, integro a equipe de profissionais do Adolescentro Paulo Freire (APF), situado no prédio do Centro de Cidadania Dr. Rinaldo De Lamare, no bairro de São Conrado, em frente à Rocinha. O APF, inaugurado em 2004, foi a primeira unidade de saúde da SMSDC/RJ criada para atendimento exclusivo a adolescentes e jovens até os 24 anos.

A partir de 2011 houve a ampliação da cobertura da Estratégia de Saúde da Família para 100% na Rocinha bem como a instalação da Clínica da Família Dr. Rinaldo De Lamare em três andares do prédio já mencionado. Diante dessa situação, houve redução de espaço físico e da equipe do APF e os atendimentos realizados por esta unidade foram transferidos para as equipes de saúde da família. Durante esse período, pude observar mudanças no atendimento aos adolescentes, pois o APF compartilhava o mesmo andar com duas equipes da referida CF. Identifiquei que as mudanças previstas com o novo modelo assistencial poderiam não estar contemplando às especificidades do cuidado integral à saúde desse grupo de usuários.

Diante do contingente populacional expressivo do bairro da Rocinha e de seus moradores adolescentes e jovens, no que diz respeito a seus comportamentos de risco social

relacionados às drogas, violência, más companhias, iniciação sexual precoce, prática social desprotegida, evasão escolar e inatividade, evidencia-se a necessidade de planejamento e estruturação dos serviços básicos capazes de impactar o quadro de vulnerabilidades deste estrato populacional (MEDEIROS, 2010). Além disso, se o que está em jogo, segundo Leão (2005), é um período do ciclo vital considerado relativamente saudável, não é de se surpreender que os problemas de saúde do adolescente se tornem pouco visibilizados nas políticas de saúde que, em sua maioria, orientam-se pelo instrumental clássico da medicina calcado no eixo saúde-doença. Apesar desses aspectos, as diversas transformações ocorridas no âmbito social, econômico, cultural e demográfico chamam a atenção para as particularidades da demanda desse grupo etário. Desta maneira, destaca-se a necessidade de incorporação de novos saberes às unidades de saúde da família, a fim de acrescentar à atual composição, basicamente calcada no saber biomédico.

De acordo com o Informativo da Rede de Adolescentes Promotores da Saúde (SMS/RJ – 2008), são frequentes os relatos de adolescentes resistentes em se aproximar das instituições de saúde e estas, por sua vez, apresentam dificuldades na acolhida dos adolescentes que a procuram, especialmente quando a demanda ultrapassa as enfermidades e patologias no corpo físico.

A relevância desses aspectos apresentados motivou a realização deste estudo que pretende a partir da análise da assistência voltada para os adolescentes da Rocinha na ESF, identificar particularidades dos serviços e da clientela contribuindo para avanços nas ações desenvolvidas.

1 OBJETIVOS

1.1. Geral

Analisar a atenção ao adolescente no modelo assistencial Estratégia Saúde da Família (SMSDC/RJ), no bairro da Rocinha, considerando a percepção dos profissionais de saúde e adolescentes.

1.2. Específicos

- a) Identificar as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde direcionadas ao público adolescente;
- b) Verificar princípios de intersetorialidade e integralidade nas ações desenvolvidas;
- c) Verificar a participação dos adolescentes na estruturação das ações prestadas (protagonismo juvenil);
- d) Conhecer a percepção dos profissionais e adolescentes a respeito da assistência prestada;
- e) Oferecer subsídios às políticas públicas visando a redução de agravos relacionados à saúde dos adolescentes e jovens.

2 ADOLESCÊNCIA

A adolescência deve ser compreendida como etapa crucial e bem definida do processo de crescimento e desenvolvimento de cada indivíduo. A marca registrada desse período é a transformação que ocorre desde os aspectos físicos até os comportamentais – estes que, por sua vez, encontram-se intimamente relacionados às tendências socioeconômicas e, ainda, subordinados à evolução de normas e valores dentro de culturas específicas (SAITO, 2001).

Em relação às modificações biológicas - que constituem a parte da adolescência denominada puberdade -, sabe-se que elas são caracterizadas, principalmente, pela aceleração e desaceleração do crescimento físico bem como por mudanças na composição corporal e eclosão hormonal. A evolução da maturidade sexual pode ser acompanhada através do desenvolvimento de caracteres sexuais secundários masculinos e femininos. O termo puberdade se origina do latim *pubertas*, que significa “idade fértil”, e é, portanto, caracterizada pela capacidade reprodutiva, aspecto fundamental do processo adolescente (SAITO, *op. cit.*).

No que concerne às transformações de ordem psicoemocional, Knobel (1988) as descreve como Síndrome da Adolescência Normal cujos principais aspectos são: a busca da identidade, a tendência grupal, a necessidade de intelectualizar e fantasiar, a evolução da sexualidade, as crises religiosas, as variações de humor, a vivência temporal singular, a separação progressiva dos pais.

Do ponto de vista psíquico, pode-se ressaltar as transformações cognitivas e afetivas. Em relação ao raciocínio adolescente que, até então, vinculado às constatações e representações concretas, cumpre levar em conta as consequências de situações possíveis (hipóteses), caracterizando-se este como o grande marco do período: o pensamento hipotético, dedutivo ou formal (ASSUMPCÃO JR, 2001).

Piaget (1947) define que cada estrutura mental, ao integrar as anteriores, consegue liberar o indivíduo do passado, inaugurando novas atividades que, no presente, orientam-se em direção ao futuro. Desta maneira, o adolescente constrói sua identidade própria a partir de seu amadurecimento cognitivo, que lhe permite integrar os diferentes aspectos de sua personalidade como um todo. Ademais, também lhe é facultada a possibilidade de construir uma representação de si mesmo, conferindo-lhe uma maior autonomia de funcionamento.

Herculano-Houzel (2005) descreve nova era da pesquisa sobre “neurociência do adolescente” que se insurgiu a partir de técnicas de imageamento cerebral, tanto morfológico quanto funcional, “que permitem aos cientistas procurar na reformulação continuada do cérebro as mudanças cognitivas e comportamentais da adolescência” (p. 11). Dessa maneira, destaca a autora, houve mudança no foco da pesquisa sobre o desenvolvimento humano, desde que o cérebro adolescente foi reconhecido por suas especificidades, isto é, diferindo-se tanto do cérebro infantil quanto do adulto. Essas diferenças em várias regiões do cérebro podem explicar as mudanças típicas do comportamento adolescente.

Mesmo considerando as questões citadas acima, a contextualização da adolescência é fundamental. Na visão de Castro (1998, grifo nosso), o processo de formação adolescente, nos dias atuais, sofre interferência de fatores de diferentes ordens, a saber: a cultura do consumo, que gera múltiplas necessidades *descartáveis*; a instantaneidade temporal, provocada pela velocidade tecnológica, que acarreta certa superficialidade na aquisição de conhecimentos; quadro recessivo que amplia a exclusão social, e que se associa à pulverização das relações coletivas, levando à individualização e ao desinteresse na esfera pública e política. Segundo o autor, a partir dessas questões ocorre perda de referenciais significando a fragilização frente à vulnerabilidade das referências e dos laços culturais.

Para Leão (2005), a visão sobre o adolescente idealizada (imagem da adolescência feliz, símbolo de esperança no futuro, podendo deixar de lado deveres e obrigações) não impede que ele seja visto como problema social, representando uma ameaça a si e a sociedade, frequentemente, relacionado à violência, às drogas e ao exercício de uma prática sexual irresponsável. Tal situação paradoxal pode interferir de maneira negativa em possíveis iniciativas que envolvem a participação dos adolescentes, pois falta acreditação que os mesmos se comprometam. De acordo com Magro (2002, p. 66):

Os sentimentos ambivalentes diante da adolescência produzem uma certa dificuldade de se considerar os adolescentes como capazes de construir ações significativas no campo social e contribuir ativamente para a construção dos problemas sociais.

3 ADOLESCENTES: SEUS RISCOS E VULNERABILIDADES

O conceito epidemiológico de risco diz respeito à probabilidade de determinado acontecimento afetar um indivíduo ou uma coletividade em seu bem-estar físico e psíquico, decorrente da interseção das ameaças naturais (morte, lesões, desastres naturais) e das condições ambientais. Trata-se da identificação de variáveis epidemiológicas e sanitárias que delineiam os possíveis agravos à saúde de um indivíduo e/ou população. Assim definido, o conceito de risco pressupõe a existência de uma história natural das doenças cuja análise concentra-se nos comportamentos individuais (BARROS *et al*, 2012).

Já o conceito de vulnerabilidade emerge no campo da prevenção, e na década de 1990, particularmente quando há o reconhecimento de que a suscetibilidade à infecção pelo HIV está relacionada à disponibilidade dos mais variados recursos para responder à epidemia. Na busca por superar relações simplistas de causa e efeito, pressupostas na noção de risco, compete às análises de vulnerabilidade a inclusão de componentes de ordem individual, social e pragmático (BARROS *et al*, *op. cit.*).

Compreendendo a adolescência como período extremamente relevante para a construção do sujeito individual e social, a vulnerabilidade e os riscos devem ser significativamente considerados. Zaraveza (2010) ressalta que em um olhar integral sobre a saúde do adolescente deve-se considerar não apenas o risco clínico, mas também os riscos social, econômico, ambiental e afetivo. Essa autora também enfatiza as especificidades deste grupo etário sofrendo interferência de gênero, classe social, etnia condições de vida e condições de saúde.

Saito (2001) destaca a interferência da cultura nos ritos de passagem que se relacionam com a adolescência. Essa autora ressalta que o entendimento da cultura deve ocorrer em um sentido antropológico, ou seja, pelo modo como um grupo se estrutura e configura suas relações sociais. Sendo assim, o adolescente deve ser reconhecido como um ser em transformação imerso nos valores culturais em transição. Cabe considerar, no entanto, que essa afirmação não é nova, pois a mudança sempre ocorreu no tempo e estar vulnerável diante de um fato ou situação não é prerrogativa dos jovens, mas de todos os indivíduos, independente da idade. Ocorre, todavia que na adolescência, tal prerrogativa deve ser particularmente valorizada.

Ayres (1996, p. 21) ressalta a carência de ações programáticas voltadas para o público adolescente e apresenta alguns outros aspectos que os configuram como um grupo vulnerável:

- a) Onipotência, sensação de vulnerabilidade;
- b) Dificuldades de informação adequada – dificuldades com a linguagem prevalente na mídia, descaso dos meios de comunicação, barreiras impostas por preconceitos, barreiras socioeconômicas ao acesso, limites próprios à fase para a ancoragem simbólica das informações;
- c) Necessidade de explorar, buscar o novo, experimentar riscos, transgredir;
- d) Sistema pobre e desestimulante para a individuação e capacitação do adolescente para uma sociabilidade rica;
- e) Dificuldade de escolher, indefinição de identidades, conflito entre razão e sentimento;
- f) Percepção da temporalidade: urgência, dificuldade de “administrar” esferas, adiar desejos, a virtualidade do futuro;
- g) Carência e baixa qualidade de serviços de saúde;
- h) Carência de profissionais, nas diversas áreas, que se proponham a ser efetivamente interlocutores;
- i) Despreparo e falta de suporte institucional dos interlocutores socialmente privilegiados no lidar com adolescentes (educadores e profissionais de saúde);
- j) Gregarismo: suscetibilidade a pressões grupais, modas, necessidade de afirmação grupal;
- k) Desagregação familiar (na acepção ampla do conceito): falta de referência, baixa estimulação intelectual e afetiva, favorecimento de baixa autoestima, exposição à violência;
- l) Barreiras sociais na adoção de medidas protetoras: dependência econômica, medo de expor-se;
- m) Baixa densidade de cidadania: carência de mecanismos de solidariedade social, limitada capacidade de organização, representação e pressão políticas;
- n) Drogas: segmento visado como consumidor e não como mão-de-obra da indústria da droga, obstáculos morais, psíquicos e pulsões psicossociais;
- o) Clandestinidade, insegurança e elaboração fantasiosa das primeiras atividades sexuais.

Estudo realizado por Almeida Filho (2007) com um grupo de 702 adolescentes de ambos os sexos, na faixa etária entre 13 e 21 anos, e que abrangeu estudantes do ensino médio de unidade da rede pública do município do Rio de Janeiro, confirmou o uso de drogas com um dos riscos frequentes e expressa características próprias desta etapa, como o sentimento de contestação, impetuosidade, idealismo e onipotência. Diante de tal cenário, esses autores enfatizaram que a análise deste fenômeno multidimensional, sob a perspectiva da saúde, significa compreender que as abordagens intersetorial e interdisciplinar configuram-se como possibilidades de enfoque desta problemática. Destacaram o papel dos pais e do ambiente familiar na relação do adolescente com o álcool e outras drogas, seja enquanto facilitadores das ações ou desencadeadores dos problemas, entendendo que a inserção do sistema familiar nas intervenções de prevenção e tratamento é de suma importância no enfrentamento dessa problemática.

Segundo Reis *et al* (2013), a partir de estudo com 678 escolares entre 14 e 15 anos de Contagem, em Minas Gerais, e no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Programa de Saúde na Escola (PSE), as experiências e autonomia dos adolescentes diante dos seus contextos de vulnerabilidade não são consideradas como deveriam. Esses autores ressaltam que tanto a autonomia quanto a vulnerabilidade na adolescência são temáticas que precisam ser mais investigadas e debatidas pela sociedade em geral. Para enfrentar essa questão é fundamental aproximar a programação de saúde da forma como os indivíduos problematizam e enfrentam as suas situações próprias de vulnerabilidade.

Os autores acima citados, também, constataram em seu estudo que grande parte dos adolescentes de ambos os sexos já ingeriu algum tipo de bebida alcoólica, e uma pequena parte já experimentou cigarro e drogas ilícitas como maconha, crack e cocaína. Além disso, o *bullying* foi apontado como uma das agressões sofridas pelo adolescente, principalmente, na escola.

Pesquisas realizadas pela Unesco no Brasil demonstraram que aproximadamente 60% dos jovens na faixa entre 14 e 19 anos de idade foram vítimas de algum tipo de violência nas unidades escolares nos últimos anos. O *Bullying*, - palavra inglesa sem tradução no Brasil - compreende todas as atitudes agressivas, intencionais e repetidas, que ocorrem sem motivação evidente, adotadas por um ou mais estudantes, contra outro(s) causando dor e angústia, executadas, pois, dentro de uma relação desigual de poder. Tal prática ocasiona prejuízos emocionais, acadêmicos e sociais para vítimas, autores e testemunhas da violência (ATTIANEZI *et al*, 2012). A escola pode educar e construir; mas, também, marginalizar e destruir, favorecendo a instalação dos fatores de risco. Considerando o enfoque de vulnerabilidade e risco, a parceria envolvendo as áreas de saúde e educação é essencial para se contemplar a saúde do adolescente.

A OMS considera o alcoolismo uma das três doenças que mais contribuem para o aumento dos índices de mortalidade. Adolescentes sob influência de álcool diminuem sua capacidade de perceber riscos e se expõem com mais frequência a situações que podem ameaçar sua saúde, como aquelas em que há envolvimento de violência ou em relações sexuais desprotegidas (ATTIANEZI *et al*, *op. cit.*).

Uma das grandes questões vinculadas ao âmbito escolar diz respeito à evasão e o fracasso escolar. Entre as causas sociológicas desse cenário estão as restrições impostas pelas

condições sociais, econômicas, geográficas e culturais, que favorecem a pobreza (SAITO, 2001).

No que concerne à violência, Taquette (2007) cita o quanto adolescentes e crianças, historicamente, tem sido alvo de violência e, nesse sentido, a autora chama atenção para a crescente necessidade de se formar profissionais habilitados a identificar situações de violência; numa perspectiva de gênero, nos cenários de atendimento as adolescentes. A autora também ressalta que a violência contra a mulher é de caráter menos letal, mais velada e, conseqüentemente, mais difícil de ser visualizada. Taquette (2007) nos diz, ainda, que se estima que 165 adolescentes ou crianças sofrem abuso sexual por dia no Brasil e uma, em cada três ou quatro meninas jovens, sofre esse tipo de abuso antes de completar 18 anos.

Ainda dentro do fenômeno da violência, Ruzany (2012) salienta que “mesmo quando acarreta agravos físicos que culminam com invalidez temporária e permanente, nem sempre é encarada pelo setor saúde como temática própria, e tem sido delegado à justiça o debate de suas causas e conseqüências”. Taquette (2012) argumenta sobre a crescente necessidade de formar profissionais para identificar situações de violência numa perspectiva de gênero e atuar frente a elas. Essa autora sinaliza que o Rio de Janeiro apresenta altos índices de violência em geral e, especialmente, contra adolescentes e enfatiza: “Apesar da violência ser um problema cujas raízes não encontram respaldo no campo da saúde para removê-las, é lá que desembocam suas conseqüências, onde, um primeiro instante, pode-se visualizar seu alto poder destrutivo” (TAQUETTE, 2012, p. 25).

Sandrock (2014), por sua vez, afirma que as transformações no âmbito psicológico que incluem vivências mais complexas no âmbito das relações sociais, provocam sentimentos negativos que podem, não raro, tornar os adolescentes mais susceptíveis aos agravos à Saúde Mental. Nessa mesma direção, Paim (2001, grifo do autor) enfatiza que o PSF serviria como importante articulador da rede de saúde mental, já que este tem como enfoque o próprio risco, desenvolve atividades que incluam a prevenção e promoção da saúde mental de modo a lidar com os determinantes sociais do adoecimento, realizar práticas intersetoriais e desenvolver o exercício da cidadania e os mecanismos de *empoderamento*.

Apesar do exposto acima, Saito (2001) valoriza o caráter de adaptação e fortalecimento do indivíduo que acontece junto com o aumento da vulnerabilidade relacionada à turbulência, à rebeldia, às alterações de humor e/ou dificuldade de esperar típicos do comportamento adolescente.

O trabalho na adolescência é outra temática de importância que vincula condições socioeconômicas e vulnerabilidades à saúde do adolescente. No estudo realizado por Reis *et al* (2013) evidenciou-se um percentual preocupante de adolescentes trabalhadores que se encontram mais expostos à sobrecarga de atividades. Isso porque tal condição pode, muitas vezes, resultar em uma redução do convívio com pessoas de sua rede social tanto quanto provocar desgaste físico e mental, muitas vezes associados a agravos à saúde. O estudo a que estamos nos referindo, também, constatou maior proporção de escolares do sexo masculino que trabalham demonstrando a importância de incluir a questão de gênero na relação do trabalho na adolescência.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS):

A sexualidade humana forma parte integral da personalidade de cada um. É uma necessidade básica e um aspecto do ser humano que não deve ser separado de outros aspectos da vida [...]. É energia que motiva a encontrar o amor, contato e intimidade, e se expressa na forma de sentir, nos movimentos das pessoas e como estas tocam e são tocadas. A sexualidade influencia pensamentos, sentimentos, ações e integrações e, portanto, a saúde física e mental.

Existem várias modificações no decorrer do desenvolvimento humano no que diz respeito à sexualidade e vida sexual dos indivíduos, mas nenhuma tão marcante como as que ocorrem na adolescência. “Nesta etapa da vida a sexualidade passa a ter novos significados e se estabelecem novos contornos. A vivência dessa nova sexualidade que surge reflete diretamente no comportamento dos jovens” (DOMINGUES DE AZEVEDO, 2001, p.129).

A partir do exposto, questões relacionadas a vida sexual e reprodutiva dos adolescentes definem contextos de vulnerabilidades. Os serviços de saúde contam com a preocupação constante relacionadas à prevenção da infecção por HIV e outras DST nessa faixa etária. Foram notificados no SINAN, considerados os registros de 2000 a 2006, 19.793 casos de AIDS, no grupo etário de 13 a 24. Isso representou 80% dos casos identificados (BRASIL, 2007), que foi de 24.603 (BRASIL, 2010).

Sobre a saúde reprodutiva, mesmo havendo uma queda na fecundidade em todo o Brasil, no entanto continua preocupante a gravidez em adolescentes em situações de vulnerabilidade social. De acordo com dados do IBGE/PNAD/IPEA na série histórica 1992 a 2006, a taxa de fecundidade adolescente, em 2006, cresceu 14% no segmento mais baixo economicamente.

No bairro da Rocinha, segundo tabela abaixo, o número de mães adolescentes é expressivamente maior em comparação aos outros bairros da zona sul da cidade. Vejamos:

Tabela 1 – Distribuição de Nascidos Vivos

Distribuição de Nascidos Vivos de mães adolescentes residentes na AP-2.1, por bairro de residência - 2010

BAIRROS	FAIXA ETÁRIA		TOTAL
	10-15a	16-19a	
FLAMENGO	0	7	7
GLÓRIA	1	25	26
LARANJEIRAS	0	18	18
CATETE	7	31	38
COSME VELHO	6	14	20
BOTAFOGO	2	34	36
HUMAITÁ	0	3	3
URCA	0	4	4
LEME	1	10	11
COPACABANA	6	83	89
IPANEMA	2	6	8
LEBLON	0	5	5
LAGOA	0	6	6
JARDIM BOTÂNICO	1	4	5
GÁVEA	4	15	19
VIDIGAL	6	42	48
SÃO CONRADO	0	5	5
ROCINHA	38	219	257

Fonte: SINASC, 2010

Cavasin & Arruda (1998, grifo das autoras), considerando tal situação, enfatizam, no entanto, que é necessária a reflexão sobre os motivos que levam uma adolescente a engravidar, e ressaltam a importância de um olhar diversificado sobre a gravidez na adolescência, principalmente constatando-se a existência de atitudes novas no universo adolescente que contradizem o senso comum. ”. Citam, ainda, que a partir de pesquisa realizada na Grande São Paulo sobre *aborto na adolescência*, foi observado que *contrariando o senso comum*, grande parte das adolescentes atendidas (na faixa etária entre 17 a 19 anos) queria engravidar, porque estavam com um companheiro mais constante ou porque já tinham saído da escola e já estavam morando junto com um companheiro, embora nem todas casadas.

Outras, por sua vez, vislumbravam a gravidez como mecanismo para sair de casa e conquistar a independência. Algumas nuances relacionadas à gravidez na adolescência são sinalizadas por essas autoras (p. 112):

1. Existem diferenças significativas entre a maternidade nos primeiros anos da adolescência e no final dessa etapa.
2. Pode haver dissonâncias entre a interpretação da gravidez na adolescência feita pelos profissionais de saúde e pela própria família, daquela que é feita pela adolescente.
3. Em relação aos fatos que motivaram a gravidez deve-se considerar diferenças nas diferentes faixas etárias, levando-se em conta as questões culturais, o padrão de saúde sexual e reprodutiva e os indicadores socioeconômicos relacionados a classe, renda, escolaridade, tipo de lazer e tipo de relação estabelecida pelo adolescente.

Em relação ao exposto acima, Medeiros (2010, grifo do autor) também afirma que em sua experiência na direção do Adolescentro Paulo Freire-SMSDC/RJ pode observar que para a grande maioria das adolescentes que buscavam o serviço para fazer o Teste Instantâneo de Gravidez e o pré-natal, a gravidez representava um momento de *empoderamento*. Cita, inclusive, que muitas deixavam de fumar e de ingerir bebidas alcoólicas para proteger seus filhos. Melhoravam seu autocuidado, eram cuidadas e reconhecidas pela família e sociedade. Apesar de todas as questões citadas, anteriormente, Miranda (2014) ressalta que adolescentes grávidas recorrem com frequência à interrupção da gravidez diante de gestações inesperadas ou indesejadas. A autora cita estimativa de que 30 a 60% das gestações na adolescência terminem em aborto provocado, de acordo com o World Health Organization (1986).

4 PROMOÇÃO DA SAÚDE, INTERSETORIALIDADE E PROTAGONISMO JUVENIL

A promoção da saúde apresenta-se como uma das estratégias mais promissoras para enfrentar múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas. Partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, propõe a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários para seu enfrentamento e resolução. Dessa maneira, a promoção da saúde visa assegurar a igualdade de oportunidades e proporcionar os meios (capacitação) que permitam a todas as pessoas realizar completamente seu potencial de saúde. Ambientes favoráveis, acesso à informação, habilidades para viver melhor, bem como oportunidades para fazer escolhas mais saudáveis estão entre os principais elementos capacitantes (BUSS & FERREIRA, 1998).

De acordo com Albuquerque (2003, grifo do autor), é possível fazer a distinção entre promoção e prevenção observando-se o sujeito que será objeto das ações: se o *indivíduo* ou o *coletivo*; e o foco da ação: se a *saúde* ou a *doença*. A autora destaca, entretanto, que é comum esses dois tipos de ações se confundirem nas práticas de saúde oferecidas pelos programas de atenção primária no Brasil, nos quais ainda prevalecem as ações preventivas com caráter assistencial.

Além os aspectos apontados acima, o enfoque da promoção da saúde é mais amplo e abrangente, procurando identificar e enfrentar os macro determinantes do processo de saúde-doença e buscando transformá-los favoravelmente na direção da saúde. Já a prevenção das doenças buscaria que os indivíduos fiquem isentos das mesmas. Como a saúde não é apenas a ausência de enfermidades, os indivíduos sem evidências clínicas poderiam progredir a estados de maior fortaleza estrutural, maior capacidade funcional e maiores sensações subjetivas de bem-estar e objetivas de desenvolvimento individual e coletivo (GUTTIERREZ *et al*, 1997).

A importância da promoção da saúde é fundamental quando estamos tratando do bem-estar de adolescentes e jovens. Sendo assim, recomenda-se estabelecer processos de intervenção intersetoriais e interdisciplinares, de ampliação e diversificação das práticas sanitárias e de mudanças na gestão e no trabalho das equipes de saúde (BRASIL, 2010).

Branco *et al* (2015) afirmam que as ações de promoção da saúde com ênfase na intersetorialidade, no protagonismo juvenil e na participação comunitária se destacam no desenvolvimento das habilidades e competências para lidar com as iniquidades que têm expressão nesse grupo etário.

Para Campos *et al* (2004), a intersetorialidade possui ações que não se restringem à soma de olhares sobre um objeto. Os setores devem, pois, estar envolvidos na efetivação da intersetorialidade como também os usuários dos serviços das ações implantadas. Os setores envolvidos no trabalho em saúde devem dialogar, formando vínculos, redes e parceria estruturando assim estratégia para operacionalizar a integralidade.

O protagonismo juvenil traz, em seu interior, a concepção de incentivar os jovens a se tornarem sujeitos de intervenções e de transformação da realidade. Em termos pessoais, o protagonismo investe no desenvolvimento do senso de identidade e autoestima, possibilitando ao jovem elaborar um projeto de vida que o torne pleno. Ao mesmo tempo, reconhece suas potencialidades e limitações, vislumbrando possibilidade de desenvolver certas habilidades para intervir de forma positiva na realidade. Todo esse processo, como se sabe, é o que leva o jovem a perceber o futuro com visão mais promissora e facilitando seu desenvolvimento no âmbito social (GOMES DA COSTA, 1999).

Segundo as diretrizes do Ministério da Saúde, estão incluídas nas ações de participação juvenil atividades de mobilização para debates sobre condições de saúde da comunidade e envolvimento em campanhas direcionadas a uma temática identificada como necessária às condições de saúde da comunidade. Nesse sentido, adolescentes multiplicadores e ACS podem atuar integrados. Os adolescentes não devem só trabalhar em prol da sua comunidade, mas devem ser parceiros das unidades de saúde tradicionais e das equipes do PSF (BRASIL, 2005). Não por um acaso, podemos dizer que [...] quando o adolescente individualmente ou em grupo, envolve-se na solução de problemas reais, atuando como fonte de iniciativa, liberdade e compromisso, temos diante de nós, um quadro de participação genuína, o qual pode ser chamado de protagonismo juvenil (GOMES DA COSTA, 1999, p.76).

Estratégias que valorizam a participação juvenil podem contribuir para que os jovens se tornem mais engajados, e, por conseguinte, deixem claro para as instituições sobre suas necessidades fazendo surgir novos caminhos para a reorientação dos serviços (BRASIL,2005).

Medeiros (2010) destaca que a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro tem desenvolvido estratégias que operacionalizam a participação dos adolescentes na Atenção à Saúde desde segmento da população. A autora aponta, nesse sentido, as principais iniciativas, que foram objeto do estudo, a saber: o curso de capacitação para adolescentes multiplicadores do Posto de Saúde José Breve dos Santos, no bairro Cidade Alta; O Adolescente Maré; o Adolescente Paulo Freire e a Rede de Adolescentes Promotores da Saúde - RAP da Saúde.

5 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O LUGAR DO ADOLESCENTE

A qualificação da atenção básica, por meio da adoção da estratégia Saúde da Família, possibilitou definir o conjunto de prioridades. Suas diretrizes mantêm relação com os princípios declarados no SUS e apresentam um avanço de contraposição à hegemonia do modelo assistencial centrado na doença. Os pressupostos dessa estratégia residem no desenvolvimento de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipes e dirigidos às populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade (SAITO, 2010).

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi criado em 1994 na sucessão do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). O PSF estabelece princípios e diretrizes para a organização da Atenção Primária e é compreendido como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial. Suas diretrizes organizativas são estruturadas através da implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde (SAITO, *op. cit.*).

A equipe de saúde da família é organizada a partir da definição de território de abrangência, cadastramento e acompanhamento da população da área. A Unidade de Saúde da Família (USF) é vista como o primeiro nível de atenção, devendo dessa maneira, estar integrada a uma rede de serviços com diferentes níveis de complexidade. Isto para que se possa estabelecer então, um sistema de referência e contra-referência que garanta resolutividade e possibilite o acompanhamento dos pacientes (BRAGA DA SILVA *et al*, 2004).

De acordo com a Portaria 2.488/11 (Ministério de Saúde), que institui a Política Nacional de Atenção Básica, a Equipe de Saúde da Família é composta, pelo menos, por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e por até doze agentes comunitários de saúde, se responsabilizando por, no máximo, 4000 pessoas, ainda que a média recomendada seja de 3000 pessoas. Cumpre lembrar que a incorporação de outros profissionais como assistente social e psicólogo poderá ocorrer de acordo com as necessidades e possibilidades do município.

Saito (2010) ressalta a importância do Agente Comunitário de Saúde (ACS) que possibilita aproximação entre os técnicos de saúde a comunidade. Essa autora sugere, ainda, que para garantir a efetividade na construção do vínculo entre comunidade e ACS, o processo de contratação desde profissional deve considerar alguns critérios: ser morador da área, ter

envolvimento com a comunidade - seja por ações ou pelo tempo de moradia -, conhecer a realidade das pessoas que vivem na comunidade e ter afinidade com o trabalho comunitário.

Por meio da Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) com o objetivo de ampliar a capacidade resolutiva e a qualidade da atenção básica. Segundo orientações dessa Portaria, o referencial teórico do NASF está relacionado ao apoio matricial das equipes de Saúde da Família que tem como característica principal disponibilizar suporte técnico especializado vislumbrando agregar maior resolubilidade ao trabalho dessas equipes. As equipes de referência especializadas devem ser multiprofissionais e sua composição deve ser determinada de acordo com o tipo de serviço, o local e a disponibilidade de recursos humanos do território (BRASIL, 2008).

Leão (2005, p. 35) define que a atenção integral à saúde do adolescente prevê “um conjunto de ações, a partir de suas necessidades específicas, que requerem o diálogo entre uma equipe multidisciplinar; o aparecimento de ações em saúde que contemplem a assistência, prevenção e promoção; assim como a prática coordenada e continuada da atenção, através da relação com outras unidades de saúde e com outros setores (esporte, cultura, lazer) ”.

As seguintes características do processo de trabalho da ESF (BRASIL, 2006) devem ter destaque na atenção integral à saúde de adolescentes e jovens:

A prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias, que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade, incluídos nesse contexto adolescentes e jovens da área adstrita.

As atividades grupais de Educação em Saúde têm primazia, nessa faixa etária, embora o atendimento individual seja importante e necessário.

O estabelecimento de parcerias intersetoriais e as atividades extramuros são de fundamental importância, mas não devem ser motivo de desatenção para com as competências específicas e exclusivas do setor saúde, tal como a assistência à saúde.

A inclusão da saúde desse segmento populacional nas análises de situação sanitária das regiões de saúde para orientar a construção de estratégias integradas, setoriais e intersetoriais de produção de saúde por meio de processos singulares de atenção à saúde;

Produzir saúde com adolescentes e jovens é considerar seus projetos de vida, é valorizar sua participação e o desenvolvimento de sua autonomia, é acreditar que eles e elas aprendem a lidar com os seus problemas e com seu contexto de vida tendo apoio e a corresponsabilidade dos trabalhadores da saúde, sem moralismos, controle e opressão;

Promover a participação desse grupo populacional em redes intersetoriais que lhes garanta proteção e a garantia de seus direitos. A educação e saúde, voltada para

adolescente e jovens, deve favorecer autonomia, a liberdade e a dignidade humanas, estimulando a reflexão e o posicionamento frente a relações sociais que dificultam ou facilitam assumir comportamentos saudáveis, ao mesmo tempo em que estimula o desenvolvimento da curiosidade crítica, como sinal de atenção que é integrante da vida (DNAISAJ, 2010, p.78).

No município do Rio de Janeiro, as ações da Atenção Primária em Saúde (APS) são norteadas pela Carteira de Serviços (2011). Trata-se de documento elaborado em 2011, por gestores do nível central e das coordenações de área de planejamento da SMSDC/RJ, e que é destinado a todos os profissionais, gestores e população. Neste guia (versão profissional), a SMSDC/RJ afirma que a ESF foi o modelo assistencial escolhido de APS e aborda questões relacionadas à Atenção Centrada no Adulto/Idoso; à Atenção Centrada na Criança/Adolescente (Anexo B); à Saúde Mental; à Saúde Bucal; à Vigilância em Saúde; à Promoção da Saúde (Anexo C); aos Procedimentos/Cirurgias Ambulatoriais e ao manejo de Situações de Urgência/ Emergência. A Carta dos Direitos dos Usuários de Saúde assim como orientações sobre o serviço também são apresentadas no referido documento. Vale ressaltar que as ações voltadas para os adolescentes são, sim, descritas, mas, no entanto, não constituem nenhum indicador específico para este grupo etário.

6 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

6.1 Definindo o objeto de estudo

Nosso objeto em estudo, a atenção ao adolescente na ESF, envolve questões macro institucionais estruturadas por ações no âmbito municipal, estadual e federal. As questões relacionadas à dimensão micro institucional, em que privilegia a participação de atores sociais e suas práticas no dia-a-dia dos serviços de saúde, em seu agir cotidiano, ainda possuem um número de estudos reduzidos (PINHEIRO & LUZ, 2003). Em relação à análise de serviços prestados aos adolescentes, Ayres & França Junior (2000) indicam que os estudos contemplem critérios que não considerem prioritariamente aspectos técnicos e que não se restrinjam à visão somente de um dos lados envolvidos na atenção à saúde. Nesse sentido, optamos abordar a percepção oriunda tanto do profissional como do usuário.

6.2 Abordagem do estudo

Realizamos estudo exploratório descritivo, com abordagem qualitativa, por acreditarmos ser ele o mais indicado para se contemplar os objetivos propostos. Assim, buscamos analisar as percepções dos profissionais e dos adolescentes com vistas a ampliar o esquema explicativo (relação causa-efeito). Isso para que fosse possível compreender um “nível de realidade que não pode ser quantificado” e que se preocupa “com o universo de significados, motivos, aspirações, crianças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos”. (Minayo, 1994, p. 21).

Schraiber (1997), também, enfatiza que devemos buscar reflexões que considerem as dimensões do conteúdo e do contexto da assistência ao adolescente, pois tais reflexões nos possibilitarão um entendimento ampliado das limitações e das impropriedades diante da experiência concreta, ou seja, do dinamismo da vida social ou dos conflitos éticos relacionados à vida cotidiana.

6.3 Instrumentos de coleta de dados: entrevista, observação participante e análise documental

A técnica de entrevista, a observação participante e a análise de documentos oficiais foram os instrumentos de coleta de dados adotados neste estudo. As características, vantagens e limitações de cada uma dessas técnicas foram consideradas para a aquisição das informações necessárias aos objetivos do trabalho.

Entrevista

A entrevista supõe o contato face a face entre a pessoa que recolhe e a que fornece informações, em geral sobre si própria, muito embora tais informações são relacionadas a outras pessoas e eventos de destaque. Apesar de deferirem quanto ao grau de estruturação, as diversas modalidades dessa técnica têm em comum o fato de apresentarem, usualmente, um formato flexível e aberto, que implica grande participação do entrevistador (MOURA & FERREIRA, 2005).

Nesse estudo, optou-se por trabalhar com a entrevista semiestruturada individual cujo roteiro serve como “guia para o andamento da interlocução e deve ser construído de forma que permita flexibilidade nas “conversas” e a absorver novos temas e questões trazidas pelo interlocutor como sendo de sua estrutura de relevância” (MINAYO, 2003, p. 191).

As entrevistas foram dirigidas aos profissionais de saúde (gerentes, médicos e enfermeiros) e adolescentes usuários dos serviços. As questões abordadas nas entrevistas com os gerentes foram as seguintes: descrição física da unidade, estruturação da equipe de profissionais, periodicidade e duração das consultas, insumos de prevenção e tratamento disponibilizados, atividades educativas e de promoção da saúde oferecidas, articulação da unidade com outros setores, participação dos jovens no planejamento e avaliação das atividades desenvolvidas, opinião do gestor sobre os limites e possibilidades do atendimento das demandas ao adolescente inseridas na Estratégia da Saúde da Família. Em relação aos profissionais de saúde, foram analisadas as facilidades e dificuldades no planejamento, execução e avaliação do atendimento prestado aos adolescentes e, também, a avaliação sobre

os limites e possibilidades de atendimento das demandas dos adolescentes na ESF. Quanto aos usuários, foram avaliadas a motivação para a procura do serviço e as impressões a respeito do atendimento das necessidades. Os roteiros de entrevista utilizados foram pré-testados pelo entrevistador (Apêndices A, B e C).

Observação participante

A técnica de observação participante se realiza através do contato direto do pesquisador com o fenômeno observado para obter informações sobre a realidade dos atores sociais em seus próprios contextos. O observador, enquanto parte do contexto de observação, restabelece uma relação face a face com os observados. Nesse processo, ele ao mesmo tempo pode modificar e ser modificado pelo contexto. A importância dessa técnica reside no fato de que podemos captar uma variedade de situações ou fenômenos que não são obtidos por meio de perguntas dirigidas aos entrevistados (CRUZ NETO, 1993). No entanto, é preciso reconhecer, na esteira do autor citado, as muitas variações que essa técnica pode sofrer. Uma delas diz respeito à participação como estratégia complementar e enriquecedora ao material adquirido nas entrevistas. No presente estudo, foi considerada esta variação que não contou com roteiro de observação.

Todas as observações foram registradas em Diário de Campo que

[...] nada mais é do que um caderninho de notas, em que o entrevistador, dia após dia, vai anotando o que observa e que não é objeto de nenhuma modalidade de entrevista. Nele devem ser escritas impressões pessoais que vão se modificando com o tempo, resultados de conversas informais, observações de comportamentos contraditórios com as falas, manifestações dos interlocutores quanto aos vários pontos investigados, dentre outros aspectos (Minayo, 2013, p. 295).

Documentos oficiais:

Outras informações foram adquiridas através da análise de documentos fornecidos pelo serviço de Vigilância em Saúde com as principais expressões de morbimortalidade dos

adolescentes do bairro da Rocinha e outros bairros da AP2.1 do município do Rio de Janeiro. Para tal, foi solicitada autorização por e-mail do referido serviço à CAP2.1.

O sistema de prontuário eletrônico *Vitacare* foi consultado por profissionais de cada unidade de saúde para identificação dos sujeitos da amostra e outros registros referentes ao atendimento de adolescentes. Trata-se de software com base de dados que permite acessar todo o histórico dos pacientes através de computador.

6.4 Amostragem, sujeitos e área do estudo

Em uma abordagem qualitativa, definida a população, o critério de escolha da amostra deve buscar possibilitar a generalização dos conceitos teóricos que se quer pesquisar. Sendo assim, “uma amostra qualitativa ideal é a que reflete a totalidade das múltiplas dimensões do objeto de estudo” (MINAYO, 2013, p. 197). Utilizamos como critério amostral a saturação dos conteúdos, na qual o material coletado é imediatamente lido durante todo o estudo. Na medida em que não se percebe o aparecimento de nenhum dado novo a coleta é interrompida (FONTANELLA *et al*, 2011).

Participaram desta pesquisa três gerentes (um de cada unidade) e seis profissionais de saúde (enfermeiro e médico) de cada uma das seguintes equipes: 199 (do CMS Albert Sabin), Terreirão de Baixo (da CF Maria do Socorro) e Campo Esperança (da CF Rinaldo De Lamare). Tais equipes foram selecionadas por contar com maior contingente de cadastrados na faixa entre 10 e 19 anos em suas respectivas unidades até o mês de abril de 2014: 629, 599 e 134 adolescentes, respectivamente. O critério de inclusão foi atuar por período de no mínimo seis meses em suas funções.

Também foram entrevistados 23 adolescentes assistidos pelas mesmas equipes: 13 do sexo feminino e 10 do sexo masculino. Tais adolescentes encontravam-se na faixa etária entre 15 e 19 anos (etapa pós-pubertária) e já tinham sido atendidos no serviço em duas consultas individuais, anteriormente. Esses dois últimos critérios de inclusão foram estabelecidos no intuito de ampliar a chance de o adolescente já ter participado de atividades da assistência com profissionais da unidade. Não foram considerados no estudo adolescentes que apresentassem déficit cognitivo por interferir na compreensão da entrevista.

Este estudo foi realizado nas três unidades de saúde da Rocinha: Clínica da Família Albert Sabin, Clínica da Família Maria do Socorro e a Clínica da Família Rinaldo De Lamare.

Descrição do local do estudo

A Rocinha é considerada a maior favela da América Latina. De acordo com o Censo 2010 (IBGE) possui 69.356 habitantes (mulheres: 50,67% e homens: 49,33%). Em relação à faixa etária entre 10 e 19 anos são 11.876 moradores (17,12% do total), sendo 50,33% mulheres e 49,67% homens. Tornou-se bairro em 1993 e hoje conta com um vasto comércio, bancos, escolas e creches. Existem alguns meios de comunicação, como rádio, jornais, sites etc. Além disso, a comunidade recebeu o PAC (Programa de Aceleração do Crescimento) e foi pacificada em novembro de 2011 (SMSDC/RJ, 2012). Os parágrafos abaixo descrevem alguns dados socioeconômicos e ambientais deste bairro que foram levantados no Censo Domiciliar do Trabalho Social do PAC 2008/2009 (Plano de Desenvolvimento Sustentável – 2010).

Mais de 90% dos domicílios na Rocinha tem acesso à rede geral de abastecimento de água e 86% tem acesso à rede geral de esgoto, contudo, apenas 12% dos domicílios têm acesso à coleta de lixo domiciliar, sendo que apenas 30% das vias são acessíveis por carro. A alta cobertura dos serviços de água e esgoto não garante a sua adequação nem sua qualidade. Há grandes diferenças do fornecimento nas partes mais altas e baixas do bairro e persistem muitas valas a céu aberto, assim como ligações clandestinas.

A respeito da principal desvantagem de se morar na localidade, apenas 19% citaram a condição ambiental e sanitária como mais relevante, sendo a urbanização precária (36%) e a violência e insegurança (26%), as principais queixas da população.

De acordo com os participantes das atividades realizadas pelo trabalho social do PAC, algumas crianças e adolescentes da Rocinha são vítimas de violência, abuso e exploração sexual, às vezes promovida pela própria família. Segundo esse grupo de discussão, as causas desses problemas são, na sua maioria, relacionadas às condições financeiras das famílias, à falta de integração família-escola, à falta de orientação e precariedade das relações afetivas entre pais (ou responsáveis) e filhos.

Em relação à situação da educação, o atraso escolar é mais grave no Ensino Médio: embora 79% dos adolescentes entre 15 e 17 anos frequentem a escola, apenas 39% estão cursando tal nível, enquanto muitos ainda estão cursando o ensino fundamental. Mais da metade dos entrevistados apontou a melhoria na qualidade de ensino como prioritária para um avanço da educação na comunidade (63%). Tal ação, cumpre registrar, foi considerada mais importante que a construção e ampliação de escolas (32%).

No que diz respeito à oferta de equipamentos e projetos de cultura, esporte e lazer, os moradores apontaram também a existência significativa de opções disponíveis para a população da Rocinha. Segundo uma pesquisa de opinião feita com jovens, a maior parte dos entrevistados afirmou estar satisfeito, 44,8% homens e 47% mulheres com as opções existentes. Mesmo com esses resultados, moradores afirmaram que os espaços para realização das atividades culturais, ainda, são restritos e precários. Nessa mesma pesquisa, verificou-se que a prática de esportes é mais regular entre os homens (47,8%) do que entre as mulheres (15,9%).

Na Rocinha o nível de desemprego revelou-se alto: 10,7% se comparado ao índice da cidade do Rio de Janeiro, sendo praticamente o dobro da capital. Levando-se em conta que em maio de 2010 a taxa do país foi de 7,5%, pode-se dizer que tal índice é bem abaixo do encontrado na Rocinha. Além da elevada taxa de desemprego, a população do bairro também enfrenta dificuldades para conseguir empregos formais, com salários satisfatórios e carteira assinada, que garantam segurança e bem-estar para os trabalhadores. Estima-se que 44% dos trabalhadores da Rocinha estão em situação precária no mercado de trabalho. Segundo os moradores que participaram de debates realizados pelo Trabalho Social do PAC, as razões para essa dificuldade são as seguintes: baixa escolaridade, carência de oportunidades de acesso a cursos técnicos e profissionalizantes, pouca perspectiva de acesso ao ensino universitário e preconceito social.

Na Rocinha, o processo de implantação das Clínicas da Família teve início em março e abril de 2009. A CF Maria do Socorro Silva e Souza, uma das três existentes no bairro, foi inaugurada em 8 de março de 2010 e uma das 50 primeiras unidades da cidade do Rio de Janeiro implantadas nessa etapa de expansão. Essa CF conta com 11 equipes de saúde da família, situando-se em um complexo de 3.000 m², formado por três unidades de saúde, a saber: Clínica da Família, Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (UPA) e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Sobre a descrição do serviço:

A estrutura e o processo de trabalho da clínica proporcionam à comunidade da Rocinha facilidade de acesso ao sistema de saúde, além de rapidez no atendimento de suas necessidades. Dentre as atividades realizadas pelas equipes, destacamos o planejamento familiar, os grupos de saúde (tabagismo, hipertensos, diabéticos, idosos, gestantes, saúde bucal) e Terapia comunitária. Realizamos diversas ações de promoção da saúde e divulgação dos serviços prestados em escolas, creches, igrejas e associação de moradores. Temos como grandes parceiros do nosso trabalho, diversas creches/escolas, o Adolescente da Rocinha, comércio local, CRAS, CAPS, UPA e UPP social (SMSDC/RJ, 2012, p. 34).

O CMS Albert Sabin (unidade tipo A) fica localizada na parte mais alta do bairro e possui 6 equipes em funcionamento.

A CF Rinaldo De Lamare funciona no prédio do Centro de Cidadania Rinaldo De Lamare (CCRDL), próximo ao Complexo Esportivo da Rocinha, no bairro vizinho São Conrado e conta com 8 equipes funcionando em três andares distintos.

A estratégia de entrada em campo teve início com visita às Clínicas da Família. Seus gerentes foram contatados e foi acordada forma mais adequada para identificação dos sujeitos da amostra. Em todas as unidades de saúde visitadas, o entrevistador abordava os adolescentes na sala de espera ou a partir da indicação de profissionais das equipes. Duas entrevistas foram realizadas fora da unidade, no domicílio dos próprios adolescentes.

6.5 Registro e análise dos dados

As entrevistas realizadas foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra. Elegeram-se a análise categorial temática, considerada uma das técnicas da análise de conteúdo para analisar os dados deste estudo. Bardin (1977) afirma que essa técnica busca esclarecer os “núcleos do sentido” que compõe a comunicação e, que, quando identificados podem significar algo para o objetivo da investigação. Sendo assim, todo o material coletado foi lido e relido várias vezes para a organização dos relatos em temas, conforme os assuntos estudados. Numa pré-análise identificamos as variáveis temáticas principais e, em seguida, estabelecemos interrogações para se identificar o mais relevante e criar categorias específicas. Trabalhar com categorias significa agrupar elementos, ideias ou expressões em torno de um conceito que consiga abranger tudo isso (GOMES, 1998). Ao final, articulamos os dados aos pressupostos teóricos da pesquisa para responder às questões da mesma com base em seus objetivos.

6.6 Aspectos éticos

O presente estudo contou com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da SMS DC – RJ (nº 61AA/2013). Os gestores foram contatados para solicitação das visitas necessárias. Os entrevistados foram informados sobre a pesquisa e todos os participantes, assim como os responsáveis – no caso dos menores de 18 anos -, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndices D e E).

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As entrevistas com os profissionais e as 21 entrevistas com os adolescentes foram realizadas nas Clínicas da Família, em consultórios e em espaços reservados. As primeiras tiveram duração em torno de 60 minutos, já as últimas foram mais curtas com duração média de 20 minutos. As duas entrevistas realizadas no domicílio dos adolescentes foram indicadas por ACS que, por sua vez, também colaborou na chegada até o endereço. Muitas narrativas apresentaram significados repetidos e similares, o que ampliou a possibilidade de compreensão e interpretação.

7.1 Percepção dos profissionais

As entrevistas com os profissionais foram agendadas previamente. Os entrevistados demonstraram motivação e interesse em compartilhar suas vivências e opiniões, mesmo tendo suas rotinas de atendimento alteradas pelo tempo de duração das entrevistas. Contudo, houve situação específica em que a entrevista foi agendada fora do horário de expediente de trabalho. A profissional alegou preferir, pois sofreria menos interferência das demandas do serviço.

Em relação ao grupo entrevistado, três informaram ter concluído seus cursos de graduação em outras cidades. Apenas um profissional relatou ter atuado em unidade de saúde direcionada ao público adolescente durante sua residência médica. Quase todos (8) já tinham atuado na ESF anteriormente.

Os roteiros de entrevista dos gerentes e médicos/enfermeiros diferiram, mas em função da semelhança dos discursos, foram analisados conjuntamente. As seguintes categorias classificatórias emergiram da análise dos discursos dos entrevistados, são elas: o processo de trabalho como entrave ao bom desempenho da atenção; a falta de lugar do adolescente no serviço; e as propostas para reorientação das ações.

7.1.1 Processo de trabalho como entrave ao bom desempenho da atenção

A proposta pensada para vencer os desafios de ter uma assistência integral à saúde inicia-se pela reorganização dos processos de trabalho na rede básica até unir-se a todas as outras ações assistenciais. Cecílio & Mehry (2003) enfatizam, ainda, que a maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta, em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores. Nos discursos dos profissionais entrevistados foi comumente identificado extremo desconforto com o ritmo acelerado do trabalho, uma vez que provoca dificuldades/entraves significativos. Além da sobrecarga de demandas direcionadas pela SMS/RJ, o movimento intenso do atendimento no dia-a-dia leva os profissionais a realizar o que é mais urgente. Sendo assim, o planejamento, execução e avaliação das ações ficam bastante prejudicados, interferindo significativamente, na qualidade do cuidado. Nas falas transcritas, a seguir, tais aspectos foram mencionados:

Então, é, a gente é tão envolvida com o movimento do atendimento, que você acaba fazendo o que dá para fazer [...]. (M3)

Eu acho que é uma questão imposta pelo ritmo acelerado que a Secretaria Municipal do Rio tem. É um ritmo que você tenta se organizar e quando você está se organizando, vem uma demanda que te atropela e você nunca consegue sair de tudo que você planejou porque são demandas infinitas. (G3)

A gente tem muita cobrança quantitativa, e às vezes as qualitativas ficam em segundo plano. (E3)

Eu acho que a Estratégia de Saúde da Família no Rio é [...] como não tem, como ainda não tá (sic) amplamente disseminada ela está sufocada. Nós, trabalhadores, né? A gente tá (sic) sobrecarregado de trabalho e isso tá (sic) interferindo na qualidade do nosso trabalho. (E2)

Pensar a micropolítica do processo de trabalho e suas implicações no desenho de determinados modelos de atenção é fundamental para que as ações sejam direcionadas, de fato, ao usuário, a partir de uma ótica usuário-centrada. Cecílio & Mehry (2003, *op. cit.*) enfatizam que estes são os portadores das necessidades finalísticas de um serviço, mas acabam submetidos aos modelos de atenção que definem “o que” é necessário para sua saúde, que não considera o que o usuário vem buscar. Fica evidente, mais uma vez, o quanto a organização dos processos de trabalho surge como a principal questão a ser enfrentada para a mudança dos serviços de saúde no sentido de colocá-lo operando de forma centrada no usuário e suas necessidades.

Segundo Teixeira (2006), embora a ESF tenha como objetivo a geração da integralidade das ações e que para isso deve adequar as práticas às necessidades e aos problemas de saúde da população, é preciso reconhecer que, ainda assim, há uma tendência à prestação da assistência, dando-se primazia às recomendações verticalizadas e advindas do Ministério da Saúde. Tal situação, na visão do autor, gera certa tendência à burocratização do gerenciamento.

Em estudo sobre a atenção à saúde de adolescentes a partir da percepção de enfermeiros e médicos, Ferrari *et al* (2006) constataram que estes usuários não recebiam atendimento no serviço de forma sistematizada, e sim de acordo com a demanda da unidade. Isso porque existiam outras prioridades que acabaram interferindo nas organizações do trabalho com esse grupo etário.

Confirmando o exposto nos parágrafos acima, os profissionais do presente estudo têm se dado conta que a demanda espontânea vem aumentando a cada dia. Eles relatam que, como ficam voltados para suas tarefas individuais, a integração intra e interequipes, a organização de rede e a articulação intersetorial ficam prejudicadas:

Os determinantes sociais que condicionam esse perfil epidemiológico da população, a gente não vai dar conta. Então a gente vai ficar sempre enxugando gelo [...] Não é só a cultura institucional. (E3)

A comunicação é difícil [...] o profissional não sai do consultório, então fica cada vez mais excluído, lá dentro da salinha sem falar com ninguém (equipes que ficam em andares de um prédio na Clínica da Família Rinaldo De Lamare). (G3)

Eu atendo o dobro da demanda espontânea do que eu atendo de marcado. Eu atendo uma média de 20 pacientes por turno [...] olha a demanda me incomoda. Essa demanda excessiva me incomoda. (M1)

Eu tenho que ter uma produção, o meu gerente está olhando minha produção pelo Vitacare. Então eu tenho que ter atendimento. Não posso ficar, olha eu fiz não funcionou eu não atendi ninguém esse mês [...] (sobre a autonomia de cada equipe) (M2).

Dados esses depoimentos, é notório que essa situação de descontentamento e frustração possa estar interferindo na descontinuidade da equipe. Guglielmi (2006) argumenta que algumas questões político-institucionais precisam ser consideradas devido à determinação que exercem no processo de trabalho, concorrendo, muitas vezes, para a baixa permanência dos profissionais, principalmente, dos médicos no país.

Na visão de Mattos (2004), uma das críticas mais comuns ao arranjo das práticas de saúde predominantes diz respeito à ênfase na assistência. Esta é demandada a partir de uma experiência de sofrimento e de uma cultura que pressuponha a possibilidade de se encontrar suporte para tal sofrimento num serviço de saúde, resultando no que chamamos de “demanda espontânea”. Para o autor, em questão, a assistência vincula-se a uma experiência individual

de sofrimento, já as ações preventivas se antecipam à experiência individual de sofrimento sendo ditadas pelos profissionais de saúde.

Na maioria das vezes, o adolescente comparece por demanda espontânea, segundo relato dos profissionais entrevistados. As consultas agendadas para esse grupo etário acontecem em menor número e com ausências frequentes. Avaliaram que as queixas/problemas têm primazia, acarretando um olhar para saúde do adolescente pouco diferenciado e *biologizante*. Tais questões estruturam o ponto de vista de Ferrari *et al* (2006), para quem é difícil afirmar se a relativa ausência dos adolescentes nos serviços de saúde se deve à pouca oferta de ações voltadas para eles ou à baixa procura dos mesmos. Esses autores também enfatizam que esses dois fatores caminham juntos e evidenciam a maneira como o serviço de saúde está estruturado no país. Prevalece um processo de trabalho partilhado que desconhece o sujeito pleno que traz consigo, além de um problema de saúde, sua própria subjetividade, e uma história de vida - que são -, também, determinantes do seu processo de saúde e doença.

Na visão de Mehry (1998), no modelo assistencial vigente, médico hegemônico, o fluxo assistencial de uma Unidade Básica é voltado para consulta médica. O processo de trabalho, nesse caso, carece de uma interação de saberes e práticas necessárias para o cuidado à saúde. Prevalece no atual modo de produção da saúde, o uso de tecnologias duras (as que estão inscritas em máquinas e instrumentos), em detrimento de tecnologias leves-duras, definidas pelo conhecimento técnico e livres (as tecnologias das relações) para o cuidado do usuário. Mudar o modelo assistencial requer uma inversão das tecnologias de cuidado a serem usadas na produção da saúde. Um processo de trabalho centrado nas tecnologias leves e leves-duras é a condição para que o serviço seja produtor do cuidado. Sobre este último aspecto, os profissionais encontram barreiras para colocá-lo em prática:

Em relação ao adolescente [...] que vem para demanda espontânea [...] tento saber quais são seus hábitos, saber o que passa ali na cabecinha e isso demora. Então, é por isso que eu digo que o quantitativo me atrapalha, porque eu tentando alcançar uma qualidade eu demoro e se eu demoro, eu não alcanço nenhuma meta (E3).

Em relação ao caráter multiprofissional, apesar dos entrevistados relatarem que contam com boa interação intraequipe, é perceptível que ainda haja o prevaletimento da função de cada um, ou seja, uma ação conjunta se faz pouco vigente. Diante dessa questão, Pinheiro (2001) enfatiza que além de contar com profissionais de diferentes formações é importante estar atento para revisão de valores – estes, que por muito tempo, foram calcados,

cumprir lembrar, na racionalidade médica, com foco no procedimento objetivo e curativo em ações individualizadas. Esses aspectos abordados surgem na fala a seguir:

O ideal seria ter duas salas por equipe, creio, na minha cabeça. O ideal seria ser (sic) duas salas por equipe. Por quê? Os pacientes passariam pela enfermeira, ela faria uma triagem. Isso dá pra (sic) ela resolver, isso não dá pra resolver, e passaria pro (sic) médico só o que é de médico. Assim como tem na maioria das emergências, por exemplo. Já que a gente atende demanda espontânea [...], eu acho que a demanda espontânea, pra (sic) mim, seria uma coisa que mudaria completamente o tipo de atendimento do médico. Uma demanda espontânea sendo vista antes pela enfermeira e a enfermeira te passando: “não, olha só, ele tá (sic) com uma pressão boa, tá (sic) com açúcar bom, tá (sic) com isso bom, tá (sic) tossindo e tá (sic) reclamando de dor de garganta, então ele precisa ser visto pelo médico”. Aí eu vou lá, vejo, examino e tal. (M1)

Para Campos (1992) a postura dos profissionais médicos tende a dificultar o trabalho em equipe por geralmente entenderem que a relação médico-paciente é suficiente para solucionar o problema apresentado. Esse autor também ressalta que o envolvimento dos médicos em ações integrais é difícil e comumente eles não se dispõem a realizar atividades de educação em saúde. O depoimento abaixo ilustra esta situação:

A gente tem que fazer um monte de estatísticas, tem que fazer grupo, tudo. Quando eu fui colocada para fazer grupo, a princípio, eu achei meio chato mas hoje eu adoro [...] não é que eu seja tímida, mas eu não gosto muito de ficar dando palestras e ficar sendo o centro, assim, dá atenção. Mas aí, quando eu fui pro grupo eu vi que era completamente diferente do que eu imaginava, né? Mais uma conversa do que uma palestra. (M1)

Os profissionais entrevistados consideram-se bem capacitados tecnicamente, mas não instrumentalizados de maneira adequada para trabalhar com adolescentes. Pinheiro (2001) mais uma vez aponta que o principal desafio é a revisão de conceitos, atitudes e práticas dos profissionais que lidam direta e indiretamente com os sujeitos adolescentes.

A formação do profissional de saúde, especialmente da área médica, tende a enfatizar as ciências biomédicas, deixando à margem aspectos relacionados ao contexto social. Tal fato acaba, por conseguinte, comprometendo assim, a visão integral da saúde (NUNES, 1995). Esse dado foi confirmado no depoimento a seguir:

Eu não vejo preparo, olha, eu me formei numa ótima universidade, eu não tinha um preparo específico. Eu não vejo preparo, eu não vejo atividade de educação permanente na unidade, em relação ao adolescente, e outras coisas também. Os adolescentes são muito específicos. Eu tenho muita dificuldade assim de lidar [...]. (E3)

As reuniões de equipe são de suma importância para educação permanente. O momento de supervisão é, pois, um instrumento valioso de reflexão sobre a organização do trabalho, no qual atores buscam a articulação entre teoria e a prática de vários elementos envolvidos no processo (PEDUZZI & PALMA, 2000). Assim, priorizar agenda e disponibilidade para os encontros da equipe torna-se indispensável para o crescimento do grupo e o melhor funcionamento do trabalho. De acordo com a fala abaixo, nem sempre as reuniões de equipe são proveitosas nesse sentido:

Resolução de conflitos é o básico na reunião dos ACSs: entre eles mesmos, ou entre as equipes [...] essas questões são quase que unânimes. Toda reunião, mesmo que a gente leve uma outra pauta, a gente precisa abrir um espaço para falar sobre isso [...]. (G3)

A necessidade de um agir intersetorial e multidisciplinar é indispensável para dar conta dos conhecimentos psicossocial-cultural e político relacionados à adolescência. Para que isso ocorra, é esperado que a produção de cuidado ocorra com interação e troca no campo da competência técnica para produção de algo novo e criativo voltado para os adolescentes (FERRARI *et al.*, 2006).

As ações voltadas para o público adolescente não estão estruturadas por Linha de Cuidado¹ específica, na avaliação dos entrevistados. Além deste aspecto, não há indicador específico relacionado às ações de saúde voltadas para esse grupo etário. Esta problemática confirma o quanto os serviços de saúde encontram dificuldades em atender adolescentes e jovens que passam pelo SUS *invisibilizados* por não serem reconhecidos em sua especificidade etária (BRASIL, 2010). As falas abaixo confirmam esta importante questão:

Por exemplo: se eu tenho 5.000 mulheres que eu tenho que fazer coleta de preventivo, [...], 3.000 hipertensos, mais 2.000 diabéticos e mais não sei o que e eu tenho um adolescente que não chega, a demanda prioritária para eu estudar, para me dedicar e para eu entender não é o adolescente. É por isso que eu acho fundamental o trabalho de trazer adolescente, porque no momento em que isso virar demanda eu preciso (sic) olhar de uma forma diferente. (G3)

Eu não consegui um contato na época, num primeiro momento não consegui falar com a Direção (de escola localizada em outro bairro, mas com muitos alunos adolescentes moradores da Rocinha), mas também não consegui dar continuidade a essas tentativas. Na correria do dia a dia, é hipertenso, é diabético, é gestante [...] então eu não consegui voltar a tentar esse contato pra (sic) trazer esse adolescente pra (sic) cá. (E2)

¹ Linha de Cuidado é a imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde. É como se ela desenhasse o itinerário que o usuário faz por dentro de uma rede de saúde incluindo segmentos não necessariamente inseridos no sistema de saúde, mas que participam de alguma forma da rede, tal como entidades comunitárias e de assistência social. (FRANCO, C. M. & FRANCO, T. B. [200?])

Propõe-se que o vínculo, enquanto outra diretriz do modelo tecnoassistencial, seja implantado associado do acolhimento, complementando o reordenamento do processo de trabalho na unidade de saúde, “atacando” a divisão do trabalho compartimentada e saindo da lógica “agendamento/consulta” para uma outra da responsabilização de uma equipe multiprofissional (CAMPOS, 1992). Tal situação foi identificada no relato a seguir:

Então muitas vezes o adolescente não tem vínculo comigo, mas tem vínculo com a Priscila que é a enfermeira da Fundação (equipe de saúde da família). Aí ela me pede ajuda e aí a gente troca (sic) depois conversa. (M2)

A presença dos adolescentes na unidade de saúde, buscando atendimento para questões sintomáticas e por demanda espontânea, ocorre em harmonia com a reduzida disponibilidade dos profissionais para tratar de aspectos e conflitos relacionados ao cotidiano destes usuários que tem fundamental importância no seu atendimento. A fala abaixo confirma essa questão:

Eu acho que a gente não tem olhado para isso, conforme diz lá nos manuaizinhos. Eu acho que a gente não tem dado importância ao adolescente. Ao adolescente que eu digo no seu lado saudável, né? Por isso que o nome é “saúde da família” não é “doença da família”. Então, assim, eu acho que a gente não tem dado a prioridade que nos é orientado a dar. (G3)

De acordo com os profissionais entrevistados, nem sempre os ACS têm conhecimento específico e instrumentos para lidar com determinadas situações, chegando a faltar-lhes, muitas vezes, suporte facilitado junto aos profissionais especializados. Diante deste aspecto, Braga da Silva (2004) questiona o papel da formação dos ACS, pois considera que a quantidade e a qualidade de habilidades requeridas para o exercício desta função é intensa e diversa. Enfatizam que as demandas complexas do cotidiano necessitam de formação contínua com saberes que ultrapassam o saber biomédico.

Nas falas dos profissionais foi bastante valorizado o trabalho dos ACS nas equipes e considerado peça-chave no trabalho com adolescentes. No entanto, apesar dessas colocações, avaliam que não estão capacitados devidamente:

Se a gente entender que o diferencial da ESF são justamente os ACSs, eles não estão funcionando, qual o sentido de a gente estar aqui? Isso impacta muito. (G3)

Para te falar a verdade, eu não vejo muita capacitação de ACS para assuntos determinados. (G2)

Porque o ACS é quem está na rua, é quem está na casa, é quem enxerga os problemas, é quem nos traz o problema de certos adolescentes [...]; o ACS é o ponto de acesso mais fácil que a gente tem para o adolescente. (E2)

Se tem o agente comunitário que faz visitas domiciliares, [isso acaba] ampliando mais a possibilidade do acesso. Tem o profissional que trabalha numa área delimitada, num território mais definido. Essas coisas aumentam a chance não só para o adolescente, mas para qualquer cidadão. Você sai daquele aspecto engessado, do consultório com consulta marcada. Traz o profissional mais para atividades de promoção de saúde, de conversas com a comunidade... o que eu acho que pode ampliar também um pouco essa oportunidade do adolescente. (G1)

Os ACS atuam na Recepção/Acolhimento das Clínicas das Famílias. Segundo os profissionais entrevistados, não receberam capacitação específica para atuar junto aos usuários neste setor. Em relação ao público adolescente, por não estarem muitas vezes sensibilizados para as questões específicas deste grupo etário, atuam de maneira despreparada oferecendo entraves para o acesso ao atendimento. Vejamos o depoimento abaixo:

[...] os agentes de saúde não foram treinados para serem agentes de saúde. Eles simplesmente são agentes de saúde. Eles não tiveram (sic), o único curso que eles tiveram foi o mesmo que eu tive: introdutório, né – que é um curso rápido de uma semana, que você tem uma visão geral das coisas. Mas a gente tá (sic) tendo que ensinar, [...] tá (sic) fazendo um trabalho de ensinar pra eles agora como que eles vão atender o paciente no guichê. (M3).

Fato importante, descrito no relato acima, é que o espaço de treinamento ocorre com a participação de outros profissionais, interferindo positivamente na integração intraequipe e qualificando a capacitação para que todas as categorias de profissionais possam envolver-se com as etapas do cuidado. Grossman *et al* (2004) confirmam tal importância quando enfatizam que todos os profissionais precisam estar sensibilizados para determinada questão, caso contrário, todo o andamento do trabalho se perde.

Diante do exposto acima, fica evidente a necessidade de se capacitar os ACS, de modo a proporcioná-los uma atuação mais autônoma (menos direcionados pelas demandas definidas pelas equipes) e menos centrada na detecção de problemas de adolescentes. Nas falas dos entrevistados, a figura do ACS parece não estar se efetivando de maneira estruturante no que concerne a possíveis mudanças no processo de trabalho das equipes. Dentre os motivos apresentados, destaca-se a falta de clareza do seu papel:

[...] um trabalho importante e difícil [...]. Eles mesmos dizem que não são reconhecidos pelos profissionais, por pacientes [...], mas eles não estão sensibilizados para este entendimento de trabalho de saúde, de forma a articular com os equipamentos sociais. Não estão... têm uma dificuldade imensa. (E3)

Eu acho que precisa melhorar (integração intraequipe). O ACS precisa ter mais consciência de que o adolescente [...] ele [o ACS] também precisa ir atrás do adolescente. É [...] tem pouco essa cultura de trazer o jovem pra (sic) dentro da clínica pra (sic) um trabalho de prevenção, porque a gente acaba fazendo mais um trabalho de tratamento de uma doença já existente, de um controle [...] porque eu acho também que boa parte da culpa do ACS é nossa. Eu acho que ele chega na clínica e ele cai de paraquedas, ele demora a ter um curso introdutório, ele demora a saber qual é o papel dele, ele demora a interagir, a entender o que ele está fazendo aqui. (E2)

Na versão de Branco *et al* (2011) o trabalho dos ACS pode se beneficiar da utilização de protocolos de simples aplicação que possam trazer respostas às necessidades e não só identificação de problema. Braga da Silva *et al* (2004), também, enfatizam que esse profissional pode atuar de forma estratégica indo além de suas atribuições básicas, inserindo novas ações, evidenciando uma flexibilização das tarefas designadas pelo Ministério da Saúde como, por exemplo, atuar em atividades de grupo voltadas para educação em saúde.

Leão (2005) citou o projeto AESA (Adolescentes Educadores em Saúde) que teve como objetivo discutir, problematizar e atender os adolescentes moradores do Distrito Sanitário III da cidade do Recife. A autora descreveu que os profissionais envolvidos no referido projeto buscaram “empoderar” os agentes comunitários de saúde, possibilitando-lhes desenvolver atividades educativas junto aos adolescentes, como também estimulá-los a participar das decisões políticas da comunidade. Foram, ainda, identificados agentes comunitários que demonstraram vontade de trabalhar com adolescentes que participaram de um curso com duração de três meses. Os seguintes temas foram abordados sobre a população adolescente contando com a participação de especialistas de diferentes áreas: sensibilização e formação de grupo; educação em saúde e práticas preventivas; adolescência; meio ambiente; drogas lícitas e ilícitas; conhecimento do corpo; gênero; sexualidade e gravidez na adolescência; higiene; cidadania e direitos e deveres; DST/AIDS; violência e planejamento e ações educativas. Concluído o curso, os ACS convidam adolescentes a participarem do grupo e, a partir da discussão com os mesmos, passaram a seguir a sequência dos módulos temáticos vistos na capacitação. Quando se deu o encerramento dessa etapa, os Adolescentes Educadores em Saúde receberam o certificado de conclusão do curso e passaram, então, a atuar na comunidade.

Quanto à participação da equipe de retaguarda (NASF), que poderia garantir um “olhar” mais específico para o usuário adolescente, não foi possível identificar nos relatos dos entrevistados uma atuação destes profissionais nesta perspectiva mais abrangente, menos voltada para os “problemas”. Sendo assim, Grossman *et al* (2004) ressaltam que a interação entre profissionais deve facilitar para que a discussão de casos aconteça sob diferentes perspectivas, caso contrário corre-se grande risco de o sujeito ser visto de maneira fragmentada, mesmo dentro da equipe multidisciplinar.

Estudo de Bursztyn & Ribeiro (2005) descreve modelo de avaliação participativa desenvolvido para ser aplicado ao PROSAD da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Os autores apontam que trata-se de “ferramenta” que tem como objetivo “apoiar as equipes locais na compreensão e desenvolvimento da proposta programática, ampliando sua capacidade de superar problemas e direcionar esforços a partir da maior integração da equipe interdisciplinar” (BURSZTYN & RIBEIRO, 2005, p.405). Além disso, afirmam que as grandes transformações na saúde, ocorridas desde as últimas décadas do século XX, impulsionaram o estabelecimento de novos paradigmas (promoção da saúde, humanização, foco no paciente e cidadania) levando à necessidade de reformulação das práticas cotidianas. Posto isso, dizem, ainda, que vários autores, de diferentes países, destacam atividade de planejamento, gestão e avaliação caminhando lado a lado com a atividade assistencial. Avaliação participativa proposta pelo trabalho define uma *postura colaborativa*, que se contrapõe à tradicional *postura de especialistas externos*. No primeiro caso, o projeto de trabalho conta com a participação dos envolvidos nas decisões e controle do mesmo. Já no segundo, os interessados são valorizados fornecendo informações, mas o corpo técnico acaba com o controle e decisão. Diante do exposto, considerar a avaliação participativa como *ferramenta* nos serviços pode garantir maior envolvimento da equipe, na medida em que possibilita a ampliação do poder do nível local do sistema.

7.1.2 A falta de lugar do adolescente no serviço

Como visto anteriormente, é consenso admitir que a Atenção à Saúde do Adolescente cumpre considerar as especificidades e singularidades inerentes a essa etapa do desenvolvimento. Grossman *et al* (2004) afirmam que, nas últimas décadas, houve mudanças

significativas no perfil de morbimortalidade nesse grupo populacional, registrando-se o aumento de problemas que poderiam ser sanados com ações de promoção da saúde e promoção de agravos. Diante desse quadro, na opinião desses autores, os profissionais de saúde devem incluir medidas preventivas como componente fundamental na sua prática assistencial, em vez de priorizarem a atenção biológica e curativa. Nossos interlocutores percebem essas questões, porém, alegaram não conhecer “o que é ideal” no atendimento a este grupo etário. Afirmaram, ainda, que por vezes se flagram valorizando as queixas físicas por não estarem suficientemente capacitados/sensibilizados para lidar com essa etapa do desenvolvimento. Além disso, outros fatores também impedem de fazê-lo, como é o caso do próprio processo de trabalho ser acelerado e com sobrecarga de demandas:

Então, quando vejo um adolescente que está acima do peso [...], é uma coisa que eu converso [sobre]. Agora não é uma coisa que faço com todos os adolescentes. A gente faz uma consulta como se fosse uma consulta de adulto, mas focando nas coisas do crescimento, porque ele é baixinho, então vamos ver [...]. (M1)

Eu não considero, hoje, que os profissionais estejam instrumentalizados para trabalhar com esse grupo [...]. Eu vejo adolescente, hoje, como homem da saúde. Como o homem só vai procurar a unidade ou só vai ser inserido se estiver com hipertensão, diabetes, né? Enfim, eu vejo adolescente vivendo essa mesma situação. (G1)

Não tem um olhar específico pra (sic) isso, pra (sic) saúde do adolescente. (E3)

Como já foi visto, equipe multi e interdisciplinar voltada para saúde do adolescente tem como princípio além da integralidade, a universalidade das ações. Sendo assim, é importante se levar em consideração, que por mais paradoxal que seja, é considerando as particularidades de um determinado grupo ou segmento da população que se consegue ser integral, ou seja, contemplando as especificidades que podemos dar respostas mais satisfatórias e resolutivas também. Do contrário, pode-se achar que os preceitos do SUS estão sendo atendidos, quando na realidade, sabemos que não é bem isso que está ocorrendo (LEÃO, 2005).

Ayres (1990) enfatiza a necessidade da organização de ações de saúde voltadas para os adolescentes alegando que nessa etapa da vida ocorrem algumas particularidades, a saber: o coeficiente de mortalidade por causas externas são diferentes nesta faixa etária em relação aos outros grupamentos etários; a grande quantidade de queixas trazidas pelos adolescentes sem apresentarem o motivo claro revelando, assim, a dimensão das questões psicoemocionais entre eles e, por fim, o componente da fecundidade na adolescência, que assume elementos

que transcendem à falta de informação sobre métodos contraceptivos ou o início precoce da vida sexual.

As questões ressaltadas acima foram abordadas pelos diferentes participantes deste estudo, o que reforça atenção do olhar sobre tais questões. Eis alguns trechos que reafirmam sua importância:

Eu tenho o grupo de hipertensos, eu tenho o grupo de diabéticos, eu tenho o grupo de gestantes [...] Cadê o adolescente? Isso falta [...] Quando eu pego (sic) um adolescente com uma DST ou quando eu pego (sic) uma adolescente grávida por acidente, ela tem informação, ela sabe como evitar, mas a gente não sabe por que ela não [o] faz. Assim, eu acho que é uma questão cultural. (E2)

Eu acho o grupo de adolescentes um grupo que precisa de instrumentos que vão muito além daquilo que se aprende na academia. Não é um grupo que se consegue trabalhar saúde com ele, partindo da fisiologia, patologia. (G1)

Nós vimos isso quando a gente fez a campanha do HPV, porque a gente tinha uma planilha nominal. Foi a 1ª campanha de vacina com planilha nominal. Aí a gente extraiu do nosso prontuário eletrônico todas as nossas adolescentes e fomos checando quem já tinha feito a vacina [...] Aconteceu algo que a gente ainda não entendeu que foram muitas adolescentes que não apareceram em lugar nenhum: nem nas escolas [...] e nem na unidade para vacinar. A gente vai ao território e também não consegue localizar. Então assim, desde a campanha de HPV em março, isso nos deu um aspecto de que: aonde (sic) estão essas pessoas? O que eles (sic) estão fazendo? Onde estão estudando? Porque eles (sic) não foram vacinados na escola e não foram vacinados na unidade. A gente precisa saber onde eles (sic) estão porque não foram vacinados. O índice de cobertura foi muito baixo na Rocinha. (G3).

Nos discursos dos entrevistados, houve ênfase na dificuldade em captar os adolescentes para as atividades oferecidas pela unidade de saúde. No entanto, segundo Souza *et al* (2015), a lógica do modelo de trabalho dos serviços de saúde que adotam predominantemente um modelo hospitalocêntrico, e, portanto, ainda muito distante de um trabalho de promoção da saúde, apresenta muita dificuldade em atuar diante das demandas dos adolescentes. Esses autores, realizaram estudo sobre a implantação da Caderneta de Saúde do Adolescente no município de Manaus e identificaram a ausência desses usuários nos sistemas de monitoramento e coleta de dados preconizados pelo SUS, gerando dificuldades para avaliação do mesmo. Fato semelhante também foi identificado no presente trabalho, conferindo “invisibilidade” aos adolescentes. Segundo os depoimentos dos profissionais, não há indicadores específicos da assistência à saúde do adolescente. Tal afirmação reforça o quanto a prática condiz com os registros formais do trabalho:

Eu acho que eles (indicadores) ajudam a programar ações, nortear ações. Mas eles podem ser uma “faca de dois gumes”. No sentido de que podem também te podar. Sabe aquela história de que dentro do caos você trabalha com a prioridade? Os indicadores seriam as prioridades que você tem, minimamente, garantidas. (G1)

A outra coisa são os indicadores. Eu não achei nenhum indicador de adolescente. Apesar de a gente ter linha de cuidado de saúde da criança e adolescente ser uma prioridade, a gente não tem o indicador oficial. (G2)

[...] posso puxar, aqui, agora, sabe quantos usuários dentro da faixa etária que quero e trabalhar em cima disso [...] eu posso procurar por CID, eu posso até tentar ver quais CIDs, quais doenças eu usei nesta consulta. (M2)

Trabalhar não só com adolescente, com o idoso. Não tem um olhar para violência, não tem um olhar para esses grupos, entende? Tem o que é cobrado, o que está no indicador. (E3).

O tema da violência citado acima, e de impacto nessa faixa etária, surgiu nas falas dos entrevistados abaixo, sendo trabalhado de diferentes maneiras:

Tem presença de pessoas que trabalham na UPP social [...]; têm pessoas que vêm trabalhar exatamente com adolescente. A gente que tenta traçar um perfil epidemiológico para tentar trabalhar a Rocinha. O (sic) antepenúltimo encontro, a gente falou muito sobre violência. Trouxemos relatos de pessoas que sofreram violência. Trouxemos vídeo que foi elaborado na Rocinha e Vidigal. Tem ONG que participa também. Tem diretoras de creche e diretoras de centro comunitário. (G2)

E aí veio a suspensão das VDs, por causa da violência a gente não tá (sic) conseguindo fazer VDs, a gente não tá conseguindo fazer busca ativa. Então tá (sic) limitado, assim, nesse sentido. (E2)

Diante das urgências, prioridades, etc., o caráter das relações acaba muitas vezes sendo colocado de lado no curso da assistência. O contato do profissional com o adolescente deve considerar seus “saberes” e sua compreensão como especialista de si mesmo. Miller (2012) chama a atenção para a necessidade de se deslocar do lugar de quem sabe para o de quem não sabe e deseja saber. Concordando com essas colocações, Cunha (2014, p. 15) cita Winnicott (1993), que enfatiza o seguinte:

Aqueles que tiveram formação em medicina orgânica possuem suas habilidades próprias. O problema é: devem dar um passo além de suas habilidades especiais e ingressar no campo da psicologia, isto é, da vida e do viver? Eis minha resposta: sim, se eles forem capazes de guardar e conter em si mesmos os problemas pessoais, familiares e sociais com que são colocados em contato, deixando que a solução apareça por si só. Isso implica um sofrimento. É uma questão de suportar as preocupações e agonias de uma história de caso, de conflito individual, inibições e frustrações, discórdia familiar ou dificuldades econômicas. Não é necessário ser estudante de psicologia para ser útil. Basta devolver à pessoa o caso que ela contou, após tê-lo devidamente contido temporariamente em si mesmo.

Apesar dos entraves já descritos no processo de trabalho, a fala abaixo sinaliza a valorização das trocas humanas e intervenções acolhedoras de cunho educativo:

Eu gosto de sentar com a pessoa, e esgotar todas as possibilidades que eu tenho de saber quem é ela, como é a situação de vida, de trabalho. Explicar o que eu tenho que explicar, fazer um processo mesmo de educação, porque a gente tem essa possibilidade de rever a pessoa, e digo processo, por isso. E sento e explico tudo, né?, e a gente conversa e conversa bastante [...] mas é que, por exemplo, vai fazer um preventivo, poderia ser muito rápido, mas eu consigo fazer com que a pessoa sente (sic), e se sintam tão à vontade, que elas vêm e me relatam casos de violência, casos, assim, bem profundos. (E3).

Ferrari *et al* (2006) mencionaram que a maneira como os profissionais percebem os adolescentes pode criar barreiras na interação com esta clientela e, geralmente, são advindos do pouco e até nenhum conhecimento sobre a fase da adolescência. Esses autores ainda afirmam que as dificuldades no trato diário para com esse usuário, que não comparece no serviço, geram desmotivação e frustração na equipe, que por sua vez, nem sempre tem sucesso em identificar profissional para as ações com este grupo etário. Tais evidências puderam ser constatadas nos relatos:

Quando você trabalha o hipertenso e diabético você tem quórum, você tem quórum nesses grupos. Agora, quando vai fazer trabalho com adolescente, é muito difícil essa captação. [...] A minha maior preocupação é que a gente tem muito a ofertar para o adolescente. O que a gente tem é esse adolescente que não vem à unidade. (G2)

Eu ia fazer VD (visita domiciliar), então passava por um grupo jovem e parava, falava, entregava o convite, os meus ACSs iam na (sic) casa dos pacientes adolescentes deles. Então a gente conseguiu. A primeira turma ficou uma turma que tinha sete, oito, às vezes 10 pessoas, assim, é considerado do bastante, né? [...]. Aí no segundo grupo, vieram assim, nos primeiros dias, três, dois [...]. Depois não vieram mais. E a gente acabou se desestimulando [...]. Difícil essa pergunta, porque se eu soubesse exatamente porque eles não vêm, eu ia direto nesse problema e fazia eles virem. (E2)

Apesar das dificuldades mencionadas nos relatos dos profissionais em lidar com adolescentes - seja porque não comparecem ao serviço ou por que são “esquecidos” por eles -, foi possível, ainda assim, identificar disponibilidade dos mesmos em facilitar uma aproximação com este grupo etário:

Então eu geralmente peço, olha vem [...] quer conversar comigo? Eu tento pelo menos eu mesmo fazer o acolhimento [...] eu mesmo [...] sabe? O que é? O que houve? E no meio da consulta eu coloco, eu ofereço, pergunto se tem dúvidas, se quer perguntar alguma coisa [...]. Outro dia a gente recebeu um garoto homossexual que veio ser atendido [e que] estava com dúvidas e a gente acabou atendendo os

quatro (outros adolescentes que acompanhavam esse usuário) na mesma hora, fazendo teste rápido para HIV e sífilis. (M2)
 [...] deixo bem claro pra (sic) ela que ela pode vir, que às vezes não precisa ser uma consulta, às vezes eu consigo dar uma orientação pra (sic) elas. ‘Ai, [...], eu posso falar com você?’ ‘Isso acontece muito aqui. De adolescentes. [...] eles me têm muito como referência por conta do grupo. Eu falo: “Claro, o que foi?”’. “Não, é.[...]”, aí eu vejo que ela fica meio acanhada, que geralmente é um assunto mais íntimo, trago ela pra (sic) sala. (E2)

Outra importante questão identificada nos relatos foi a frequência reduzida dos encaminhamentos para outros setores, como também a não sensibilização necessária dos profissionais para agendamento da próxima consulta interferindo na continuidade do cuidado aos adolescentes:

Mas ainda assim, ainda fornecendo atestado de imediato para tentar vincular, verificar outras questões, vacinas, etc., a gente não consegue manter o acompanhamento. [...] O que eles trazem de demanda (solicitação para atestados médicos), a gente atende e aí a gente finge que não tem mais nada a fazer. (G3)

Os profissionais entrevistados manifestaram-se em relação à qualidade do registro no sistema de referência e contra-referência na rede de serviços de saúde:

Isso acaba acontecendo de forma bem geral e o adolescente se enquadra nisso. Poucos colegas ainda mandam de volta com coisa por escrito. O *feedback* é muito pobre, pobre de qualidade. Então, eles acham que ninguém vai ler e a gente lê. Tanto que informa isso no prontuário quando o paciente volta. Um adolescente que eu mandei pra (sic) algum serviço, ele volta sem nada escrito. [...] O paciente retorna sem nada escrito, sem nenhum relatório. Um adolescente que foi internado. E aqui, por exemplo, é (sic) comum, são traumas externos por acidente de moto. É violência externa, por exemplo, então paciente meu [...]. Tô (sic) atendendo uma adolescente de 14 anos que teve uma fratura cirúrgica e ela voltou, não estou lembrando agora o hospital, mas ela recebeu alta sem nenhum relatório. Eu não sei o que foi feito. Não há uma orientação para mim, de como proceder, se ela tem que voltar, se eu devo ter algum cuidado específico com a ferida operatória. [...] O *feedback* ainda é muito ruim. (M2)

Diante das questões já apontadas, alguns desafios no universo do cuidado na adolescência podem pensados da seguinte maneira:

A saúde do adolescente emerge do embate entre o modelo assistencial, baseado na apresentação de sintomas, e o modelo que contempla aspectos da Promoção da Saúde, ligado aos determinantes sociais da saúde. Os adolescentes, fisicamente

saudáveis, apresentam questões que não fazem parte do repertório das queixas, sinais e sintomas que levam ao diagnóstico e a prescrição, mas, pelo contrário, trazem questões da vida: sexualidade, gravidez, e morte precoce por conta da violência (MEDEIROS, 2010, p. 28)

Os relatos abaixo confirmam essas evidências:

[...] quando eu vi muito adolescente doente? Quando eu saí de lá eu não encontrava esses adolescentes doentes, eu esperava eles chegarem, e eles não chegavam, o que não é normal. Eu tinha um viés muito ruim. Então o adolescente não fica doente, é raro, não é comum. Eu fiquei esperando essa demanda aparecer e ela nunca veio. Aí eu vi que eles entravam no grupo de promoção da saúde. (M2)

Eu acho que de alguma forma o profissional que trabalha na Saúde da Família, que trabalha no hospital, em qualquer lugar que seja, acho que ele tem um pouco de medo realmente de lidar com adolescentes. Acho que por não saber como lidar com adolescente. Sempre tem aquela cultura, aquela coisa da cabeça da maioria das pessoas, de “ah, adolescente é difícil”, “ah, você vai falar com ele e ele não vai [te] escutar”, esse tipo de coisa. (E1).

Assim, alguns requisitos básicos para o atendimento de adolescentes podem ser elencados da seguinte forma:

- Gostar de adolescentes;
- Estar à vontade com eles;
- Saber ouvi-los;
- Ter conhecimento sobre eles;
- Saber percebê-los como um todo;
- Estar isento de preconceitos e estereótipos;
- Não se transformar em adolescente;
- Usar autoridade como sinônimo de competência e não de autoritarismo (SAITO, 2001, p. 205).

Ainda que não haja, necessariamente, um perfil específico para atendimento desse grupo etário, podemos assinalar como de grande importância:

- Ter disponibilidade em atender sem autoritarismos o adolescente e sua família;
- Buscar compreender a perspectiva do adolescente demonstrando atenção e formulando perguntas que facilitem a conversação;
- Evitar fazer julgamentos, não sendo preconceituoso, principalmente na abordagem de temáticas como sexualidade e uso de drogas;
- Buscar atualização técnica na área de atuação profissional de maneira continuada (GROSSMAN *et al*, 2004, p. 11).

Os profissionais abordados mencionaram realizar atividade educativa durante as consultas, o que reforça a sua crucial relevância no que diz respeito à promoção da saúde junto ao público adolescente:

Às vezes uma informação repassada numa conversa pode gerar reflexão e a adoção de práticas mais cuidadosas e seguras: a forma adequada de usar a pílula anticoncepcional; distribuição de preservativos; de material educativo - são inúmeras as possibilidades de promover saúde para o público adolescente. (LEÃO, 2005, p. 86).

Ainda em relação às ações educativas, Fonseca *et al* (2013) enfatizam que cabe aos profissionais lançarem mão dessa fundamental estratégia para formação e o desenvolvimento de novos comportamentos bem como o empoderamento dos grupos de adolescentes em estado de vulnerabilidade, para que se tornem sujeitos mais críticos e conscientes de seus direitos. Esses autores citam Gontijo e Medeiros (2009), que afirmam como crianças, adolescentes e suas famílias sofrem com violência cotidiana no contexto familiar e escolar. A falta de oferta de uma educação de qualidade, os baixos salários e o desemprego afetam a trajetória de vida desses grupos que acaba obrigando-os a se inserirem, precocemente, no mercado de trabalho e/ou tráfico de drogas. As condições de vulnerabilidade social, individual ou coletiva da clientela são percebidas pelos profissionais do seguinte modo:

Os determinantes sociais que condicionam esse perfil epidemiológico da população, a gente não vai dar conta. Então a gente vai ficar sempre enxugando gelo [...]. Não é só a cultura institucional. (E3)

Uma demanda psicossocial. Essas mães, às vezes, não enxergam; essa família às vezes não enxerga. Principalmente, numa região que tem uma população um pouco mais humilde, se enxerga muito como frescura. “Ah, é frescura! Eu era chamada de gorda na escola e não morri, por que você tá (sic) assim, porque tão (sic) te chamando de gorda? Ignora, deixa isso pra (sic) lá”. E aquilo tá (sic) incomodando aquele adolescente de maneira importante. (M1)

[...] eu acho que porque a gente tá (sic) dentro de uma comunidade carente como é a Rocinha e com uma alta rotatividade igual a gente tem aqui dentro, a gente tinha que ter um número menor do que já é preconizado, pelo fato de serem pacientes mais carentes, de serem pacientes com uma dificuldade maior na cognição. (E2)

Sobre as vulnerabilidades deste grupo etário, um estudo epidemiológico sobre o uso de substâncias psicoativas constatou que a maioria dos adolescentes entre 13 e 19 anos envolvidos no estudo experimentou substâncias psicoativas entre os 14 e 16 anos de idade (MUZA *et al*, 1997). Mais uma vez, segundo esses autores, foi possível identificar o caráter imprescindível de ações educativas para essa faixa etária no que diz respeito ao uso abusivo de substâncias psicoativas. Na opinião de Brêtas & Silva (2005), os profissionais precisam desenvolver a habilidade de escuta e valorizar as histórias e vivências que o próprio adolescente traz. Sendo assim, e de acordo com Corradi-Webster (2009), é fundamental aceitar o desafio de trabalhar não apenas os aspectos negativos do uso de substâncias, mas

também os positivos. Nas oficinas realizadas com os adolescentes do estudo citado acima, buscou-se a reflexão sobre os motivos que levam os jovens a usarem drogas e aproveitou-se a oportunidade para reforçar o desenvolvimento de outros padrões de comportamento, aumentando o repertório desses jovens frente a situações em que o uso de droga parece uma boa opção. No presente estudo, a questão do uso abusivo de drogas foi identificada nas falas dos profissionais através de várias abordagens, a saber:

Checar, tentar descobrir se esse adolescente de 15 anos tá (sic) usando já bebida alcoólica, tá (sic) usando já algum tipo de droga. Isso seria muito importante de a gente conseguir fazer. (M1)

Tem também a discussão de violência (na questão da redução de danos), o tema da questão de álcool, drogas, tabagismo, a saúde reprodutiva. [...] Ela agenda reuniões nas escolas para discutir isso com os adolescentes. (G1)

Nós tínhamos uma enfermeira excelente que provocou a unidade, chamou a responsabilidade de tratar de usuários que têm (sic) comprometimento em (sic) saúde mental, usuários de drogas etc. E, hoje, nós somos reconhecidos na CAP como a única unidade que consegue fazer um tipo de trabalho desses. Por exemplo, nós somos inéditos em grupos de redução de danos e tudo saiu de um profissional que mobilizou [...] (G3).

Eu até não tenho, eu tenho assim, mães que me procuram que me falam que os filhos estão usando drogas, mas eu não tenho adolescentes que me procuram querendo uma ajuda nesse sentindo. (M3).

As atividades educativas, em grupo, com caráter preventivo e de promoção à saúde foram mencionadas, conforme relato a seguir:

Então a gente implantou o Cine Rocinha, que é um cinema que a gente faz aqui uma vez por semana e que a gente faz alguns acordos com algumas escolas conseguindo trazer o adolescente para dentro da unidade. O Cine Rocinha funciona da seguinte forma: a escola manda para gente esse adolescente e aqui nós vamos passar um filme que seja agradável para a faixa etária que vem. O filme, na realidade, para gente, é o que menos conta. O que conta para gente é a ação da saúde que a gente faz antes e a ação de saúde que a gente faz depois do filme. É aonde (sic) conseguimos nos aproximar do adolescente [...]. É abordado: uso de drogas, assuntos sobre sexualidade, sobre os assuntos atuais, sobre o comportamento, sobre agravos. (G2)

A atividade descrita acima não teve continuidade, mas foi possível perceber os profissionais reconhecendo a importância do trabalho em grupo com adolescentes. Tal constatação é endossada por Ayres & França Júnior (2000) ao sugerirem que o espaço de organização grupal representa importante elemento para emancipação e autonomia dos adolescentes por estes estarem interessados em informação, espaços e temas para discussão e reflexão, em oportunidade de experimentar-se etc. Mesmo com tantos aspectos positivos, dificuldades foram apontadas para os grupos não terem prosseguido:

Hoje a gente não tem nenhuma atividade específica para adolescentes. A gente tem grupos que a gente inclui adolescentes. A gente tinha o grupo que era o grupo de adolescentes que infelizmente acabou. Esse é um grande problema que eu vejo [e] que são de treinamentos ou cursos ou grupos que são financiados por um tipo de indicador que a gente tem que é. [Assim,] alcançou o indicador tem a manutenção do grupo, não alcançou o indicador não tem a manutenção do grupo. Então a gente perde continuidade. (G3)

Aqui desenvolveram esse grupo para adolescentes e aí, obviamente, que a gente poderia ter colocado um novo profissional, que era uma enfermeira que fazia o acompanhamento. Nesse momento, nós perdemos três enfermeiros, que eram os mais ativos da unidade, e eu precisei que ela ficasse na nebulização porque não tinha ninguém na sala de nebulização como profissional responsável. Aí ela não deu continuidade ao grupo. (G3)

Leão (2005) ressalta que todos os profissionais devem estar sensibilizados em relação à importância da divulgação das atividades em andamento na unidade de saúde. Esta autora, também, reforça a importância crucial do encaminhamento rotineiro deste usuário para esportes, música, artes etc. Estudos sobre a saúde do adolescente, também, costumam enfatizar a importância de se aproveitar a presença dos adolescentes nos serviços de saúde para reforçar mensagens de promoção da saúde; promover imunização adequada e desenvolver vínculos que favoreçam o diálogo (GROSSMAN *et al*, 2004; BRASIL, 2007). Iniciativas isoladas com adolescentes são importantes, na visão de Ferrari *et al* (2006), pois ampliam o campo da atenção e cuidado, além de favorecer o aumento da procura e, conseqüentemente, o aumento da oferta de serviços nas unidades básicas de saúde. No entanto, segundo a avaliação dos profissionais entrevistados, tais oportunidades não são frequentes, pois não contam com a presença regular do adolescente. Alguns dos motivos que levam a essa situação são descritos abaixo:

Eu tento evitar marcação de consulta, porque o adolescente quando você marca ele desiste. Ele não tem paciência. (M2)

E foi muito gratificante porque a gente tenta às vezes participar de alguma coisa com o adolescente e o adolescente não vem na (sic) unidade. Ele é muito dono da razão, acha que sabe de tudo. (G2)

A gente tem muita dificuldade de manter o adolescente aqui se ele não estiver realmente ligado a uma necessidade que está vivendo naquele momento. (G1).

Fonseca *et al* (2013) realizaram estudo sobre políticas públicas brasileiras relacionadas às vulnerabilidades na infância e concluíram que, apesar dos avanços conquistados no que diz respeito às intervenções direcionadas aos problemas de riscos nesse grupo etário, ainda há um longo caminho a ser percorrido para que se garanta o direito integral à saúde, conforme

assumido nas leis brasileiras. Nos depoimentos abaixo, os profissionais explicitaram sobre os direitos dos adolescentes:

Eu acho que tem potencial, mas a realidade que eu vejo é [...] não! (Direitos dos Adolescentes na ESF). Eu acredito que é um grupo muito específico, um agir diferenciado [...]. Pelas características de desenvolvimento [...]. Eu tenho muita dificuldade assim de lidar. (E3)

Ela prevê isso (Direitos dos Adolescentes na ESF). Hoje eu vejo o adolescente tendo liberdade de entrar aqui sem estar atrelado ao pai e à mãe. Ele vem sozinho, vai ser atendido sozinho e isso é previsto. Isso eu vejo aqui. (G1)

Eu não considero hoje que os profissionais estejam instrumentalizados para trabalhar com esse grupo [...] Eu vejo adolescente hoje como homem da saúde. Como o homem só vai procurar a unidade ou só vai ser inserido se estiver com hipertensão, diabetes, né? Enfim, eu vejo adolescente vivendo essa mesma situação. (G1)

Ah, não sei, não sei. Realmente não sei por que nem sempre isso é respeitado. Acho que nem é só com o adolescente, acho que isso é pra (sic) todo mundo. De maneira geral, entendeu? [...] Mas, assim, eu não sei, especificamente, por que isso não é respeitado. Mas, assim, a gente tenta. A gente tenta dizer pra (sic) eles quais são os direitos, quais são os deveres. (E1)

Eu já ouvi casos de “descobri que eu estou grávida” e aí vim aqui e fiz, e não era pra (sic) ninguém saber, e minha mãe ficou sabendo. E a pessoa vir aqui e achar que foi a gente que contou. Mas, assim, eu acredito que não tenha sido ninguém daqui, porque eu não acho que ninguém iria ter esse tipo de atitude. Nem a equipe técnica, nem os ACSs. (E1)

Também em estudo de revisão sobre políticas públicas voltadas para adolescência e juventude, Horta & Sena (2010) identificaram que, na área da saúde, as publicações analisadas evidenciam a compreensão do processo saúde-doença de forma fragmentada, com pouca repercussão para uma atenção integral à saúde dos jovens. Essas autoras enfatizam, ainda, que a abordagem do setor saúde centra-se no conceito de adolescência, valorizando o risco, com pouco enfoque para juventude, o que tem repercussão nas políticas públicas estruturadas. Diante dessas evidências, apontam para a necessidade da saúde se integrar com outras políticas voltadas para os jovens menos ancoradas no campo de riscos e vulnerabilidades deste grupo etário.

Sendo assim, a Estratégia de Saúde da Família pode representar um caminho para a aproximação com o cotidiano de vida dos adolescentes e jovens no sentido de desenvolver ações que rompam com círculo vicioso das ações de saúde que se encontrem voltadas para as vulnerabilidades e doenças. Para tal, além da necessária qualificação dos profissionais de saúde para estarem mais sensibilizados para olhar para os jovens, a intersetorialidade também representa um desafio. Foi possível identificar nas falas de alguns profissionais um olhar mais voltado para essa direção:

Primeiro porque eu preciso de sensibilidade e segundo porque eu preciso de teoria. A gente precisa de teoria para atendimentos. Não basta só ser sensível, precisa de teoria. (G3)

Primeiro você tem que o [o adolescente] seduzir, tem que chamar a atenção dele, não tem que ser mais um chato. E eu não sei se o nosso agente comunitário não tiver essa coisa natural nele, esse dom natural, se ele vai conseguir acessar o adolescente. Como instrumentalizar? Como sair do mundo do dom natural? (G1)

Eu acho que o adolescente estaria relacionado mais à essa parte da atividade física, da atividade de alimentação saudável, na questão da saúde reprodutiva – quando o adolescente entra nesse grupo ele enriquece muito e se sente no espaço – na discussão de DST – ele tem interesse. O adolescente hoje na ESF estaria nesses ambientes. (G1)

Horta *et al* (2009) reforçam o que já foi mencionado sobre a necessidade de superar as ações propostas atualmente, que têm o foco maior na redução dos riscos e buscam pouco o fortalecimento dos fatores protetores em relação aos jovens. Para reverter esse quadro, os autores indicam a incorporação dos referenciais dos determinantes do processo saúde-doença na explicação dos condicionantes de morbimortalidade nesse grupo etário, uma vez que a explicação linear do adoecimento não abrange toda a complexidade que estrutura a saúde dos jovens. Ademais, esses autores citam Chaise *et al* (2008), que apontam como a análise da realidade em que os jovens vivem e a construção de práticas educativas e de promoção à saúde podem protagonizar suas habilidades e atitudes em relação à vida, de modo a valorizá-los como sujeitos e norteando, assim, a prática dos profissionais de saúde. Na opinião de Saito (2001), o enfoque principal em qualquer circunstância no atendimento aos adolescentes ainda é a prevenção de agravos e promoção da saúde, pois a adolescência é o momento crucial para formação de hábitos e comportamentos que se conservarão por toda vida.

Desta maneira, na Atenção Integral à Saúde do Adolescente, o protagonismo juvenil coloca-se como tema estruturante. Branco *et al* (2015) reafirmam o papel do protagonismo como “estratégia potente para promover a saúde dos próprios jovens e suas comunidades”. Estes autores citam duas iniciativas implementadas pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ) que obtiveram êxito na medida em que ampliaram as ações de promoção da saúde através da intersetorialidade e do protagonismo juvenil, a saber: o Adolescentro Paulo Freire (APF), espaço de formação, acolhimento, aconselhamento, matriciamento e promoção da saúde vinculado à Clínica da Família Doutor Rinaldo De Lamare e a Rede de Adolescentes Promotores da Saúde (RAP da Saúde). Em relação ao APF, situado no prédio do CCRDL, foi a primeira unidade de saúde da SMS/RJ criada em 2004 para atendimento exclusivo a adolescentes e jovens até 24 anos. Além do atendimento clínico, ginecológico, odontológico e psicológico, ações educativas e outras iniciativas eram

desenvolvidas na dependência das parcerias estabelecidas (Teatro, biodança, arteterapia, street dance entre outras). A partir de 2011, com ampliação da cobertura da Estratégia de Saúde da Família para 100% na Rocinha, o APF teve redução considerável de seu espaço físico e equipe. Atualmente, esta unidade de saúde se mantém como uma importante referência para o acolhimento e aconselhamento de jovens, apoio às Clínicas da Família da Rocinha e formação de profissionais e jovens promotores da saúde.

Apesar desses importantes projetos parceiros de suporte às ações junto ao público adolescente, os mesmos ainda não são amplamente conhecidos e incorporados nas ações desenvolvidas pelas equipes:

[...] eu conheci o Adolescentro quando eu tive uma paciente que sofreu uma violência sexual. (M1)

[...] aqui dentro é complicado a gente fazer as coisas, porque a gente atende pra (sic) caramba e tem muita demanda (sobre articulação intersetorial). (E1)

Olha eu acho importante, mas eu, pelo menos, não tenho articulação com outras áreas não. No máximo um encaminhamento para algum lugar (sobre articulação intersetorial). (M1)

Acho que o nosso maior parceiro aqui é o espaço do Adolescentro no sentido de nos orientar [...] Acho que as equipes que trabalham aqui no mesmo andar do Adolescentro têm um vínculo maior. Pedem mais, acessam mais. (G3)

A situação descrita acima serve de alerta para o que Branco da Mota *et al* (2011, p. 78) salientam: “A desarticulação da rede e a inexistência ou desconhecimento dos serviços de retaguarda disponíveis, além de comprometer a resolutividade da atenção básica, desgastam os profissionais ao acrescentar às suas múltiplas incumbências a de contornar os problemas do sistema”. Schuler *et al* (2015) descrevem experiência na cidade de Novo Hamburgo-RS, em que ações realizadas pelos adolescentes ajudaram nesse sentido. As temáticas enfocadas no Programa Saúde na Escola (PSE), foram trabalhadas com adolescentes multiplicadores e garantiram a abertura para o diálogo e acesso aos serviços da rede no cuidado integral a esse grupo etário. Esses autores supracitados descrevem o PSE como uma política intersetorial da Saúde e Educação, instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286 de 5 de dezembro de 2008, com a finalidade de promover saúde educação integral às crianças, jovens e adultos, evidenciando, assim, a necessidade de articulação entre a escola e a rede básica de saúde. Fica evidente, mais uma vez, o papel crucial da intersetorialidade nas ações voltadas para adolescentes, sendo valorizado, inclusive, pelos profissionais como podemos ler nos depoimentos a seguir:

Acho que o ideal seria a gente começar atacando, entre aspas, pela escola, mesmo. Fazendo palestras na escola, e aí mostrando aos adolescentes que a gente tá (sic)

acessível. Que a gente pode, que a gente tá (sic) ali pra (sic) eles, que qualquer coisa eles podem procurar a gente. Começar a criar esse vínculo, e no momento que eles têm esse vínculo, que eles sabem que nós somos confiáveis, que nós vamos dar assistência ou tirar as dúvidas ou fazer tudo que eles precisam, eles vão passar a vir mais à unidade de saúde. (M1)

Eles não vinham, foi quando eu saí da unidade para saber onde eles estavam. E eu encontrei uma abertura muito grande nos colégios. Então eu comecei a falar sobre [...](M2).

No que concerne ao espaço institucional, vale descrever a experiência do projeto “Arte na Espera” do Núcleo de Saúde do Adolescente (NSA) do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFGM). Segundo Cunha *et al* (2015), esse projeto ressalta o quanto a arte é fundamental para que possamos exercitar nossa habilidade de estabelecer significados não verbalizados. Apesar da estratégia ser oferecida em ambiente hospitalar, mostra-se, ainda assim, inovadora por sugerir a interlocução entre saúde, subjetividade e cultura no espaço da saúde e, por conseguinte, na cidade. Em média, vinte adolescentes e familiares participam das atividades de produção de arte, tais como desenho, a pintura, a modelagem, enquanto aguardam atendimento médico na sala de espera. Dessa maneira, há um acolhimento *vivo* que promove a articulação entre a rede de saúde, a assistência social e a educação. Mais uma vez, pode-se destacar o papel da intersectorialidade no exercício da integração dos serviços de saúde com a família e a comunidade.

Serrano (1995) valoriza a estratégia de buscar os adolescentes nos ambientes em que vivem, em vez de aguardar sua presença nos serviços de saúde. Os profissionais do presente estudo, também, enfatizaram essa estratégia em suas falas:

[...] A gente criou umas linhas de programas para tentar puxar esse adolescente para dentro da unidade ou a gente mesmo trabalhar com eles, mesmo fora da unidade.

[...] A gente marcou uma reunião com os adolescentes no centro comunitário onde eles já faziam reunião lá (sic). A gente não conseguiu captar adolescentes. A gente conseguiu pegar um, dois. A gente não conseguiu fazer um grupo. (G2)

Pelo menos essa é a nossa realidade, né? É difícil, inclusive, fazer com que ela venha à consulta de pré-natal. Então, às vezes, tem que ir lá bater na porta com sonar de baixo do braço, fita métrica e balança para poder fazer em casa [...] (G3)

Como é um grupo muito próximo da gente, a gente acaba fazendo algumas atividades educativas com o grupo do futebol. Ano passado nós tivemos três atividades educativas aqui onde discutimos DSTs. ” (G1)

No campo da saúde sexual e reprodutiva, temática crucial na adolescência, o Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA) da UERJ desenvolve dois projetos de atenção primária: Espaço Livre de Orientação em Saúde e Sexualidade (ELOSS) e o Programa de Orientação em Sexualidade, Prevenção de DST/AIDS e distribuição de preservativos (PROSS) (CASTRO & KATZ, 2015). Essas autoras ressaltam a importância da formação

permanente de profissionais e jovens promotores, tendo como objetivo a mudança do modelo tradicional de saúde dando ênfase à horizontalidade nas relações; das parcerias intersetoriais, em especial as escolas; de pesquisas com os jovens para conhecimento, comunicação e reorientação das ações e intervenções educativas. Nos depoimentos dos entrevistados, foi possível confirmar toda importância dada às ações voltadas para saúde sexual e reprodutiva na adolescência:

[...] Eu fico pensando porque sempre quando eu encontro com adolescentes eu falo sobre sexo. Sexo sempre ou eu falo ou aparece, são as dúvidas que eles trazem, são as preocupações que eles têm, porque são coisas que eles estão vivendo naquela época, naquele momento, a iniciação sexual, a vontade, o desejo, o medo, o desconhecimento. (M2)

Então, a gente sentava em roda e discutia sobre a questão de prazer, sobre a questão de pontos de prazer, até pra (sic) atrair esse jovem e eu, obviamente, puxava pro (sic) principal da conversa que era as DSTs e a gravidez precoce, né? No começo, a gente conseguiu um número bacana de pessoas, mas isso foi [...] foram sumindo, eles não vinham, eles não dão continuidade. (E2)

Ainda em relação à temática abordada acima, Graciano *et al* (2014) realizaram estudo transversal com 361 adolescentes do sexo feminino, entre 10 e 14 anos matriculadas na rede de ensino público no município de Alfenas em Minas Gerais. A partir desse estudo, foi possível observar que ações de saúde que visam o fortalecimento das bases e da estrutura familiar são indispensáveis à correlação entre ambiente familiar e comportamento sexual/reprodutivo de adolescentes. Esses autores enfatizam, então, que os profissionais envolvidos com atenção integral na estratégia de saúde da família devem, pois, observar e valorizar a estrutura relacional da família, já que esta pode propiciar, ou não, ambiente favorável para discussões sobre saúde sexual. Os profissionais descreveram situações que ilustram tais aspectos:

A gente tem carteirinha do adolescente. É difícil, às vezes, você conseguir passar a carteirinha para o adolescente. Tem carteirinha que a mãe pega em casa e fala: “Ai meu Deus, o que é isso que deram para minha filha/filho?”. Nada, aquilo é a carteira do adolescente. Faz parte, é como se fosse a nossa carteira. (G2)

7.1.3 Propostas para reorientação das ações

Existe uma manifestação clara dos profissionais no sentido de se qualificarem para interferir de maneira mais eficaz diante das demandas de saúde do público adolescente. Esses profissionais identificam a ética do cuidar, mas, muitas vezes por não saber como fazer

sentem-se impotentes e frustrados. Na visão de Ferrari *et al* (2006), as instituições de ensino são apontadas como estruturantes de um novo olhar acerca da saúde dos jovens. Tais autores afirmam que alguns estudos concluíram que uma das dificuldades dos profissionais de saúde no trabalho com adolescentes era proveniente do ensino de graduação, por não contemplar o tema adolescência e sexualidade humana em sua grade curricular.

Pinto de Abreu *et al* (2007, p. 2) apontam que, não obstante à tendência individualista da formação médica, “verifica-se um esforço das instituições oficiais de ensino no sentido de formar profissionais com perfil crítico, reflexivo e humano, capazes de atender todas as etapas do ciclo vital”. Este autor enfatiza ainda que, de um modo geral, o professor deverá revisitar o seu modo de trabalhar com o ensino, buscando o indispensável preparo pedagógico para a docência em medicina e, mesmo aqueles já com alguma habilitação para docência, não deverão se furtar a se capacitarem ainda mais. Em relação à capacitação dos profissionais, Deluiz (2001) considera educação permanente, com ênfase na problematização, como fundamental para os trabalhadores intervirem na gestão do trabalho e nas decisões que afetam os processos produtivos. Esse autor ressalta que nesses espaços é possível se discutir as concepções, métodos e procedimentos de trabalho, estimulando o aumento da autonomia e poder de decisão. A experiência descrita pela fala da profissional abaixo confirma esses aspectos:

Olha, eu vou falar o que eu estou tentando fazer. Eu estou tentando fazer educação permanente. Toda reunião de equipe, eu preparo com bastante cuidado, [com] bastante carinho, o material e [o] estou discutindo com a equipe. Comecei assim, desde que, “o que é saúde?” [...]. Porque a gente tem essa possibilidade de rever a pessoa, e digo, processo, por isso. (E3)

Como já foi descrito, a participação dos ACS nas ações voltadas para o público adolescente foi bastante valorizada pelos profissionais. Estes enfatizaram, também, a necessidade de se investir na capacitação técnica desse grupo:

No geral eles [os ACSs] têm se esforçado bastante, mas é difícil [...] o preparo deles é muito rápido, [...], porque não tem tido o resultado que a gente gostaria que tivesse. Tem que melhorar muito [...]. É eu acho que falta preparo, formação. (M2)

Segundo Leão (2005), a iniciativa de realizar encontros periódicos com os ACS que desenvolvem ações com os adolescentes funciona, na realidade, como resposta à dificuldade

dessa categoria profissional em lidar com as demandas dos adolescentes. Dessa maneira, planejar e incentivar atividades de formação para ACS são o caminho que possibilitará mais respostas às necessidades de saúde desses usuários, consolidando, assim, a atenção integral.

Medeiros (2010) menciona a existência de ambiguidade na formulação de políticas para atenção à saúde de adolescentes e jovens. Cita, como exemplo, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que prioriza em sua organização a Estratégia de Saúde da Família (ESF), e na sua operacionalização omite a atenção à população adolescente (BRASIL, 2006). Foi possível identificar no discurso dos interlocutores essa questão, quando, propõem a definição de indicador específico da assistência à saúde desse grupo etário:

Eu acho que a primeira coisa para incentivar, seria ter um indicador pra (sic) isso, né? Que a partir do momento que tiver um indicador pra (sic) você trabalhar, você vai ter que se virar pra (sic) atender essa faixa etária. Então eu acho que, infelizmente, a gente parte desse princípio que faz o que é obrigado a fazer, né?! Não é, não é assim? Vamos ser francas! [...] Eu acho que é tudo que eu te falei, se não tiver um indicador para cuidar do adolescente, acho que a coisa não vai aparecer, entendeu?! (M3)

As atividades educativas em grupo foram mencionadas com muita ênfase pelos profissionais. Saito (2001) confirma esse aspecto afirmando que o enfoque principal em qualquer circunstância no atendimento aos adolescentes ainda é a prevenção de agravos e promoção da saúde, visto que a adolescência é o momento crucial para formação de hábitos e comportamentos que se conservarão por toda vida. O relato abaixo sinaliza necessidade de mais apoio para tais atividades:

A proposta do grupo era que houvesse dois grupos: um que fosse para adolescentes (sobre assuntos diversos) e um para adolescentes grávidas. No decorrer do processo não conseguiam fazer dois grupos por conta da baixa demanda de adolescentes. Aí juntaram as duas coisas (os dois grupos) [...]. As questões não são só fisiológicas, nem biológicas. Era um grupo que dava muito certo mas [que], infelizmente, acabou por causa disso (os grupos são financiados por um tipo de indicador que garante ou não a manutenção dos mesmos). (G3)

7.2 Percepção dos adolescentes

Em relação aos adolescentes que participaram deste estudo, 16 moravam com os pais, dois com os avós, 4 com companheiros e um não informou. Quanto ao vínculo empregatício, 8 trabalhavam, sendo que destes somente três também estudavam. O nível de

escolaridade foi identificado da seguinte maneira: cinco com ensino fundamental incompleto, 12 cursando o ensino médio e dois com o ensino médio concluído. Foram identificados 12 adolescentes com atraso escolar. Quatro entrevistados não estudavam e nem trabalhavam. Em relação às adolescentes, sete aguardavam suas consultas de pré-natal, três aguardavam consultas para tratamento contra tuberculose e as demais apresentavam queixas clínicas. Três adolescentes do sexo masculino buscavam atendimento individual por terem sofrido acidentes, três buscavam tratamento contra tuberculose e os outros quatro apresentavam queixas clínicas. Somente seis interlocutores relataram praticar atividades físicas. Outras atividades como curso de inglês, aula de desenho e aula de violão foram mencionados por apenas três entrevistados.

Com base nas entrevistas, emergiram as seguintes categorias: o ambiente de cuidado para o adolescente na ESF; o cuidado enquanto sujeito; os profissionais que acolhem e as sugestões para reorientação dos serviços. Vale ressaltar, que de maneira significativa as falas dos adolescentes confirmaram aspectos descritos nos discursos dos profissionais.

7.2.1 Ambiente de cuidado

Independente do motivo que leva o adolescente a buscar o serviço de saúde, Grossman *et al* (2004, p. 9) salientam que cada visita representa oportunidade para se “detectar, refletir e auxiliar na resolução de outras questões distintas do motivo principal da consulta”. Sendo assim, esses autores afirmam que a acolhida na Recepção/Acolhimento nas unidades de saúde deve fazer com que o adolescente se sinta compreendido e valorizado. Os mesmos autores salientam, ainda, que exigências desnecessárias e o comportamento hostil, por parte dos profissionais, podem afastá-los e interferir em sua adesão ao serviço. Diante desses aspectos, foi possível identificar nos relatos dos adolescentes deste estudo aspectos positivos relacionados à organização da assistência, ao acesso à unidade e à receptividade dos profissionais:

Vamos supor, é separado por classes, Morro da Alegria, Raiz. Se for um outro lugar, não vai ter isso não, vai ser atendido quem vier. Já tem uma organização (A20).
Primeiro que é mais próximo da minha casa. E, por ser próximo e aparentemente fácil, aí eu preferi vir para cá (A13).
Eles me tratam muito bem. Eles costumam conversar e explicar as coisas direito (A16).

Foreit *et al* (1978) *apud* Miranda (2014) sistematizaram quatro dimensões do acesso da população aos serviços de saúde: geográfico, econômico, administrativo, psicossocial e acesso à informação. Pelos relatos dos adolescentes, inferiu-se que o acesso dos mesmos aos serviços tem sido contemplado, principalmente, nos aspectos geográfico e econômico. Em relação às dimensões psicossocial, administrativa e de acesso à informação demonstraram insatisfação quanto à organização do serviço. Mencionaram que espera prolongada, a falta de profissionais médicos, o número excessivo de usuários, a desinformação sobre o funcionamento e sobre as ações desenvolvidas no serviço são fatores que desmotivam a busca pelo atendimento:

Olha não é dos melhores não, porque fica muito tempo na fila, burocracia, tem gente que às vezes chega depois de você e é atendido primeiro, eu sei que é pelos mais graves, mas mesmo assim. As médicas demoram a chegar eu tô aqui esperando” (A3).

Eu fiquei desorientada. Porque eu não sabia, minha vó como tinha vindo aqui primeiro falou: Ó, vai marcar” (A8).

[...]tem muitos adolescentes que falam: Ah! Chegar na clínica e esperar aquela multidão [...]não vou (A1).

Você fica estressado aqui por causa da demora. Eu acho muito ruim [...]. Acho que se tivesse até mais um médico [...] (A21).

Tais relatos demonstram o quanto a permanência na unidade de saúde pode não se mostrar atrativa. Leão (2005) constata, em estudo sobre integralidade na atenção à saúde de adolescentes, que oportunidades para convidar os mesmos a participar de atividade de educação em saúde, recreativas, ou simplesmente deixá-los à vontade, se perdem na burocracia e desumanização de alguns serviços de saúde que não consideram a necessidade de cursos e capacitação do seu pessoal. O processo de formação de vínculos e compromissos é crucial na atenção à saúde desse grupo etário e o envolvimento de profissionais capacitados torna-se fundamental para tal (BRASIL, 2007). Rocha *et al* (2012) salientam, ainda, que a estruturação de vínculos também representa fator determinante para o reconhecimento da Unidade de Saúde da Família como porta de entrada. O sigilo e o respeito também são necessários desde a chegada desse usuário no serviço, pois muitas vezes só manifesta seu verdadeiro motivo e preocupação após ter confiança no profissional (ZAVAREZA *et al*, 2010).

Como já foi mencionado, é recomendado na organização da atenção à saúde de adolescentes que se leve em consideração a adequação dos serviços às necessidades específicas deste grupo, considerando as características da atenção local em questão e os

recursos humanos e materiais disponíveis (BRASIL, 2005). Apesar dessas recomendações, segundo estudo de Ferrari *et al* (2006), os adolescentes recebem atendimento, não de forma sistematizada, mas de acordo com a demanda da unidade, pois existem outras prioridades que adiam a organização das atividades voltadas para este grupo etário.

Em relação ao que foi dito acima, Grossman *et al* (2004) ressaltam, ainda, que fatores como espaço físico inadequado em que não há sala de espera reservada para adolescentes nos horários atendimento e, quando na consulta, a prevalência da assistência com enfoque biológico e curativo - incluindo-se eventualmente as medidas preventivas e de promoção da saúde -, interferem negativamente na adesão desse grupo aos serviços. A seguir, a opinião dos entrevistados:

Não, é sempre gente mais velha. Aí, parece que você fica mais sem graça. Porque se tivesse algum jovem ia pensar: “tudo bem, ela está e eu também estou”. Agora, quando tem gente mais velha, assim, tu fica (sic) olhando e todo mundo também fica te olhando. (A8)

O do adulto eu acho que é mais demorado que o da gente (atendimento individual). Por isso que eu achava que podia ter um atendimento só pro (sic) jovem. Eu acho. Cada negócio assim, um posto de saúde, UPA, podia ter só um atendimento só pra (sic) jovem. E além de ser mais rápido, podia até ajudar as prioridades, porque jovem não passa [...] por mais problema que a gente tiver, não é tão demorado como o do adulto. É bem mais rápido. (A15)

7.2.2 Cuidado enquanto sujeito

Constatou-se que parte dos entrevistados desconheciam os objetivos mais abrangentes da ESF. A percepção do serviço, ainda, é bastante enraizada na prática biomédica com atendimento de demanda espontânea, e em situação de doença, conforme ilustram os relatos abaixo:

Só assim, só no risco mesmo. Só dor de garganta, dor de cabeça às vezes. Só esses típicos que tenho mais [...] (A17).

[...] só venho em último caso (A12).

Considerando os aspectos descritos acima, Silva *et al* (2008) destacam que há pontos de tensão a serem resolvidos entre o processo de formação dos profissionais de saúde e os pressupostos do SUS. Afirmam que há significativa parcela de profissionais formados por metodologias e estratégias de ensino e aprendizagem com uma visão reducionista, que

valorizam, pois, o modelo biológico e a linearidade na avaliação do estado de saúde do ser humano em detrimento da visão holística.

Ferrari *et al* (2006), também, apontam que são imprescindíveis maiores investimentos em educação permanente dos profissionais para viabilizar assistência integral à saúde dos adolescentes. É importante considerar que a educação permanente deve visar, mais do que um simples domínio de conhecimento e habilidades técnicas, uma transformação da prática profissional e da qualidade do serviço (BRASIL, 2005).

Os serviços de saúde encontram dificuldades em atender adolescentes e jovens que passam pelo SUS, *invisibilizados* por não serem reconhecidos em sua especificidade etária (BRASIL, 2010). Nesse sentido, a participação dos familiares parece interferir positivamente na aproximação com a unidade de saúde, de acordo com seguintes relatos:

[...] mas na maioria venho com minha mãe porque ela me empurra pra (sic) eu vim (sic) (A14).

Eu vim com a minha mãe. Se eu não me engano, na minha primeira vez eu vim com a Andréa, minha tia. E, na segunda vez, foi com a minha mãe. (A13).

Apesar de os adolescentes valorizarem a participação dos pais, no que diz respeito à busca pelo serviço, a presença deles, dos pais, durante o atendimento nem sempre é bem aceita, conforme a opinião de alguns interlocutores:

Prefiro ficar à vontade lá, o médico, conversar com ele, perguntar tudo (A15).

Ah! Eu me sentiria à vontade de perguntar se minha mãe não tivesse (sic) ao meu lado (A13).

Que houvesse muita comunicação. Porque eu acho assim, pra (sic) médica poder ter liberdade você tem que se abrir. Pra (sic) você poder ter confiança na pessoa. Primeiro a confiança vem de você. Porque até então eles perguntam, na minha primeira consulta, ela perguntou: “você quer que sua avó entre?”. Porque se você quiser que não fale, que não conte, eles mantêm sigilo. Não falam. Então acho que daí tem uma segurança. (A8)

Em termos ideais, devem existir dois momentos de coleta de dados durante a consulta do adolescente: sozinho e acompanhado dos familiares. Entrevistar o adolescente, isoladamente, permite que ele exponha a sua percepção sobre o que está acontecendo com ele, tornando-se progressivamente responsável pelo seu cuidado. A entrevista com a família, por sua vez, é considerada fundamental para a compreensão de sua dinâmica e estrutura, assim como necessária para obtenção de informações importantes sobre os problemas apresentados (GROSSMAN, 2012). Em relação ao papel da família no processo terapêutico, podemos destacar que:

A família é um sistema dinâmico e auto organizador. Define fronteiras, norma de funcionamento e estabelecimento de papéis. A cada modificação individual ou das condições externas ou internas corresponde um reajuste de papéis. Se há uma patologia ou conflito que demande o atendimento do membro adolescente por parte do serviço, a família tem de desenvolver mecanismos de defesa que podem ir desde um sentimento de culpa, punição e incapacidade até a mudança nos papéis familiares, sentimento de perda do controle, ameaça, isolamento ou desinteresse reativo. Esses mecanismos estão frequentemente associados ao incremento da ansiedade e à dificuldade de compreensão e elaboração com processo o terapêutico. (BARROS, 2002, p. 39).

Durante a permanência na unidade de saúde, os adolescentes entrevistados relataram sentir-se constrangidos, envergonhados e inseguros. Além disso, manifestaram que a questão do sigilo e da privacidade, crucial no atendimento desse grupo etário, como já foi destacado, fica comprometida em algumas ações desenvolvidas:

É porque ele fazia muita pergunta, uma atrás da outra e eu ficava meio constrangido. (A14)
 Eu pensei que ele ia agredir, levanta camisa, porque eles pedem para avaliar o pulmão. (A1)
 Porque algumas pessoas não estão qualificadas para trabalhar ali dentro. Tratam o paciente mal, expõe a doença do paciente na rua, que isso não pode acontecer, entendeu? (A9)
 Aí eu fiquei toda envergonhada para marcar médico, com medo do médico ser homem. Aí eu fiquei já meio assim [...] É... com vergonha. (A8)

Princípios éticos relacionados à privacidade, à confidencialidade, ao sigilo, ao respeito à autonomia, à maturidade e à capacidade de julgamento são apontados no ECA (1989) como essenciais em todas as etapas da assistência. Taquette (2010) enfatiza que o atendimento de adolescentes encontra-se, muitas vezes, em meio a questões burocráticas, éticas e legais, relacionadas às grandes e rápidas transformações dessa etapa evolutiva.

Destacando mais uma vez a questão do sigilo, Medeiros (2010) assinala que muitas vezes não é garantida, pois os ACS são moradores da comunidade e, muitas vezes, têm parentesco com os adolescentes. Leão (2005) também confirma essa situação, destacando que a proximidade do serviço de saúde - enaltecida como grande diferencial da ESF -, pode, nesse caso, representar um empecilho para a chegada dos adolescentes à unidade. Essa autora destaca, ainda, que o fato dos profissionais manterem uma relação quase familiar com os *pacientes* acaba os afastando com receio de que seus problemas ou questões de saúde sejam do conhecimento de muitos.

Ademais, é preciso chamar a atenção para outros fatores que interferem no acolhimento deste grupo etário nos serviços:

A linguagem a ser utilizada para a obtenção das informações deve ser simples, clara (esclarecer termos incomuns), deve-se permitir a expressão dos sentimentos do adolescente e ficar atento à comunicação verbal e não verbal; respeitar suas crenças e valores, ouvir reflexivamente e conscientemente, perceber a expressão do que tem significado para o adolescente (ZAVAREZA & BRANCHINI, 2010, p. 187).

Esses aspectos citados acima também foram abordados pelos adolescentes entrevistados:

Eu acho que tem que haver muita comunicação principalmente da gente com quem é profissional, pra (sic) que vocês entendam a gente, que vocês se mantenham informados, pra (sic) vocês saberem mais ou menos o que tá (sic) acontecendo, pra (sic) saberem o que a gente pensa, o que a gente acha. Pra (sic) vocês terem uma noção. Porque imagina, você tá (sic) aqui me fazendo as perguntas e eu to (sic) aqui respondendo pra (sic) você: “é, mais ou menos!”. Qual vai ser a média [...] como você vai fazer um gráfico das coisas se eu falar assim? Você não tem noção [...] você não vai fazer um gráfico escrito “mais ou menos”, você quer mais ou menos uma resposta concreta. Você quer isso, não quer uma coisa pela metade. (A8)
Se o profissional não falar firme nem o paciente vai ter firmeza de falar o que tem. Ele não vai ter confiança. (A20)

Em estudo de Araújo *et al* (2010), os adolescentes demonstraram reconhecer o não envolvimento com drogas, bebidas e fumo como algo fundamental à garantias de sua saúde. Tal constatação foi também evidenciada no presente estudo através das seguintes falas:

Atrapalhando ele (sic) a ter saúde [...] cigarro, bebida. (A19)
[...] o povo que tem mais esse problema de beber álcool, fumar maconha, cigarro, é o que tem mais problema; do 7º ano ao 3º ano é o que tem mais esses problemas [...] (A20)
Não se alimentar bem, bebida, cigarro, não dormir direito. (sobre hábitos que podem interferir na saúde do adolescente) (A22)

O processo de adolecer saudável conta com a necessidade de conhecer situações adversas que se apresentam ao adolescente no que concerne à sua interação com os ambientes escolares, familiares e outros. Sendo assim, Araújo *et al* (2010) salientam a importância e necessidade de estudos que compreendam os relacionamentos e interações dos adolescentes no meio social para, subsidiar o conhecimento dos profissionais de saúde para que eles possam, então, efetivamente assistir e elaborar ações voltadas ao bem-estar e desenvolvimento de um processo de adolecer saudável dessa população. Esses autores citam como exemplo a questão da violência nas escolas como temática que necessita mais atenção por parte da área da saúde. Os depoimentos abaixo ilustram esses pontos:

Era pra (sic) ter sim, eu creio que era pra (sic) ter uma unidade de emergência em cada escola, porque é na escola onde tem mais briga. Tem briga assim na porta da escola, briga dentro da escola. Um palavrão que você dá assim dentro da sala de aula você leva um soco ou apanha de alguém [...] acontece, eu já vi pessoa apanhar e ficar sangrando. (A20)

Se você ficar perto de pessoas que fazem bem pra (sic) você sua saúde mental fica boa. (A5)

Isso, de psicólogo, de aula de dança. Seria um estímulo também, pro (sic) adolescente. Se envolver mais próximo à saúde. (A10)

7.2.3 Os profissionais que acolhem

Os profissionais de diversas disciplinas devem interagir através de um enfoque interdisciplinar a fim de que possam conferir atenção integral à saúde de adolescentes. O atendimento por equipe concentra-se no problema e, desta maneira, evita-se visões fragmentadas apenas de cada especificidade e/ou disciplina (GROSSMAN *et al*, 2004). Apesar dessas recomendações, os adolescentes, ainda assim, não percebem as ações ocorrendo com um enfoque *de equipe*, mas com a atuação de cada profissional de maneira individualizada:

O enfermeiro pra (sic) mim ele tipo ajuda [...] Se você está com corte ele vai lá e limpa. É [...] bota esparadrapo e tudo, pra (sic) você não ficar sangrando. Já o médico, tipo, ele só vê, só olha. Pra (sic) ver se precisa costurar, pra (sic) ver se precisa de remédio pra (sic) você tomar e não sentir dor [...]. É pra (sic) ir atrás de você e dizer: “Ah! Tem esse exame aqui pra (sic) fazer, tem isso aqui, tem esse outro exame aqui que você marcou e não fez!” (sobre a atuação do ACS). (A14)

O enfermeiro cuida da pessoa e o médico vê mais a parte da tecnologia (A20)

Os adolescentes identificam cansaço, desmotivação e desinteresse nos profissionais em função da excessiva quantidade de atendimentos e de sua carga horária prolongada. A rotatividade frequente dos profissionais e o desconhecimento sobre as funções de cada um dentro de equipe também foram mencionadas, vejamos:

[...] cansado também, né? Carga de trabalho de um médico é puxado (sic), acho que é isso [...]. Teve o Sérgio Cabral que chamou os médicos de vagabundos. Isso não se faz, né? (A17)

Não sei, acho que foi a motivação [...] porque eles [os médicos] chegam, veem [...] Ah! Tá (sic) tudo bem, pode ir, próximo. Parece que ele vê no [...] quanto mais gente atender, tá (sic) bom, não sei [...] (A10).

Não muito porque direto muda. Tinha uma que era a Marília que cuidava dela [da filha] desde pequena, mas saiu, agora é outra. (sobre os profissionais da equipe. (A12).

Até, então, eu confiava mais nela, depois, veio essa médica, sei lá eu nem conheço a médica direito [...] (A19).

Os exemplos acima evidenciam o interesse dos adolescentes de maior contato e escuta cuidadosa por parte dos profissionais. De acordo com Rocha *et al* (2012), o desinteresse e a fixação em padrões técnicos e dificuldades para escutar queixas diversas permitem que o atendimento seja burocrático e sem envolvimento de afeto. Daí podemos afirmar que sem formação de vínculo não há continuidade da atenção. Ayres & França Júnior (2000) ressaltam, ainda, que tanto a atenção voltada para a demanda organizada quanto para espontânea, podem ser pouco produtivas se a ação oferecida não atingir às reais características das preocupações e questões dos principais interessados. Os depoimentos, abaixo, evidenciam o que afirmamos:

Ela conversou com minha mãe, pegou uns documentos, preencheu uma ficha, e só [...]. Comigo não, só com a minha mãe (sobre conversa de ACS durante VD). (A7)
Até pelos ACSs, como eles andam nas casas das pessoas eles podem informar mais como [...] (A18)
Pergunta difícil. Acho que teria, primeiro, que melhorar o atendimento, números. Porque os médicos atuam com números, então quanto mais números, pronto. Não tem qualidade. E no caso do adolescente, só acho que deveria ter mais atenção com eles também, não sei muito bem. (A10)

7.2.4 Sugestões para reorientação do serviço

Foi possível identificar, com clareza, o posicionamento dos adolescentes no sentido de haver um funcionamento do serviço que fosse mais dirigido às suas necessidades. Esse fato demonstra o quanto entendem que seu espaço precisa ser priorizado, possibilitando, pois, maior contato e adesão às ações desenvolvidas:

Tinha que ter um atendimento só pra (sic) jovem, um atendimento só pra (sic) eles, entendeu? [...] porque não gostam de ficar no meio de adultos, ali, esperando [...] a pessoa que já é adulta, ela tem paciência, ela sabe esperar. O jovem não [...], para ele, ser atendido rápido é a melhor coisa, né? (A15).
E no caso do adolescente, só acho que deveria ter mais atenção com eles também [...] acho que tem que ter muita informação e apoio também (A10).
Eu acho que deveria ter um grupo que acolhesse mais o adolescente, explicar mais o que é gravidez, mais, assim, os métodos anticoncepcionais, sobre drogas, essas coisas, entendeu? Acho que seria bom, também, ter tipo um grupo pra (sic) ajudar quem é mãe adolescente, porque eu sou muito sozinha. (A21)

Na opinião de Rocha *et al* (2012), ao buscar ser atendido em suas especificidades, o adolescente demonstra a necessidade que tem de formar vínculos com o serviço. A ideia de vínculo, por sua vez, pressupõe algumas práticas e atitudes fundamentais para a realização do cuidar, a saber: considerar os usuários como verdadeiros sujeitos, e não como objeto de intervenção; dar importância e continuidade às diferentes demandas de indivíduos e comunidades; promover um efetivo envolvimento de profissionais e usuários ou comunidades com os processos de cuidado (AYRES, 2009). Em outras palavras, significa dizer que, “mais uma vez, é fazer mais e melhor do que já sabemos fazer, mas também fazer diferente ou talvez compreender de outra forma esse fazer” (AYRES, 2009, p. 19). Tais aspectos foram abordados pelos adolescentes:

Ah, o enfermeiro eu não sei muito bem. Mas acho que o médico, sei lá, teria que ser mais companheiro. Teria que, realmente, tipo, acompanhar o paciente. (A10)
Ser tratado bem e ter informação. O médico se preocupar. (A22).

Foram mencionadas, conforme podemos ver pelo depoimento dos entrevistados - com destaque às atividades educativas, em grupo, realizadas na própria unidade, em escolas e extramuros - um enfoque de ordem preventiva:

Se fizesse, acho que seria até melhor fazer grupos que falasse (sic) sobre essas coisas de saúde. Conhecer pessoas novas através disso, também seria bom. (A22)
Os grupos deveriam ser feitos abertos para todo mundo, fazer dentro da clínica. Devia fazer na rua, porque chama os outros [...] fazer na Rua 4 que tem espaço, na rua nova e nos prédios do PAC que tem espaço [...]isso, fazer aberto pra (sic) todo mundo ver e vim (sic), porque na rua, quando eu vejo, tem muito adolescente. (A1)

Estudos apontam que as atividades grupais de Educação em Saúde, nessa faixa etária, têm primazia (LEÃO, 2005; AYRES & FRANÇA JÚNIOR, 2010). As razões para ênfase no atendimento grupal podem ser sintetizadas nas seguintes premissas:

[...] o grupo é um espaço privilegiado para promoção da saúde e prevenção de agravos; essa estratégia se coaduna melhor às necessidades dessa faixa etária, tais como fazer parte de um grupo, ser ouvido e respeitado, e o impacto numérico que se pode alcançar é bem maior (BRASIL, 2010, p. 79).

Sandrock (2014) afirma que adolescentes possuem forte necessidade de estarem ligados e serem aceitos pelos amigos e pelo grupo mais amplo dos seus pares, destacando, inclusive, que o aspecto mais importante de suas vidas é justamente como são vistos pelos

mesmos. A experiência descrita por Schuler *et al* (2015), em projeto com Grupo de Multiplicadores Adolescentes do Programa Saúde na Escola (PSE) na cidade de Novo Hamburgo-RS, conforme já mencionamos, descreve como esse grupo atuou em ações educativas voltadas para sexualidade. Através dos relatos, os autores constataram como as ações desses multiplicadores interferem em espaços que vão além da escola com a melhoria no diálogo em casa e entre amigos, disponibilização dos preservativos femininos e masculinos e caderneta de saúde do adolescente, aproximação dos profissionais da rede de atendimento e protagonismo juvenil. Constataram, ainda, que os adolescentes do grupo em questão, “ocupam os espaços, passando seu recado, sensibilizando todos com simplicidade e responsabilidade como lidam com as questões da sexualidade” (SCHULER *et al*, 2015, p. 42).

Vale destacar que no trabalho do grupo de multiplicadores descrito acima, foi criado um grupo de conversa pelo *WhatsApp* e uma página no *Facebook* intitulada “Sou Multiplicador”. Na avaliação desses autores, o grupo do *WhatsApp* tem sido importante ferramenta na escuta e no aconselhamento para os adolescentes. Nesse grupo de conversa, são participantes somente os multiplicadores e profissionais envolvidos no referido trabalho.

Uma outra pesquisa, empreendida por Reis *et al* (2003), também, aponta que as redes sociais digitais, os jogos e a televisão apresentam-se como dispositivos de lazer, comunicação e socialização fortemente utilizados pelos adolescentes. Dessa maneira, esses autores destacam que as ferramentas da *web*, a exemplo das redes sociais, parecem emergir como um veículo de alto potencial nas práticas de educação em saúde voltadas para esse grupo, tanto quanto a televisão. No presente estudo, os adolescentes manifestaram usar com frequência as redes sociais, o que representa importante canal de contato e divulgação para os serviços:

Mais pelas doenças quando eles estiverem, tenho um amigo que quando ele tá (sic) com doença, ele procura pela internet. (A2)
 Na escola, na televisão, na internet [...] (como se informa sobre assuntos relacionados à saúde). (A23)
 Internet, *Facebook*, *Instagram*. Fico conversando na internet. (A14)

Por falar em divulgação, os entrevistados sinalizaram o quanto necessitam de mais informações sobre as ações desenvolvidas pelo serviço e como ele próprio funciona:

Acho que o que dificulta pode ser as informações. Não tem muita informação sobre isso. Sei lá, eu poderia passar lá, perguntar se a gente precisa, as adolescentes, se querem ajuda pra (sic) isso. (Sobre o funcionamento do serviço) (A10)
 Eles poderiam chamar pra (sic) pelo menos conhecer. Tipo, eu chego lá não tenho muita informação, eu tenho que parar pra (sic) perguntar. Não tem uma placa escrito

(sic) [que] para ser atendido, basta ir até o balcão e ir perguntar [por] informações. E quando eles fazem VD, eu não lembro deles falarem pra (sic) você: quando for lá é só ir no balcão pra (sic) ser atendido. (A5)

Apesar de o enfoque assistencial e de prevenção terem tido destaque nos depoimentos dos entrevistados, como já foi descrito, as atividades de promoção da saúde também foram valorizadas:

Eu creio que um jeito que a gente chama o jovem pra (sic) afastar dessas coisas do mundo. Eu creio que botando um futebol, [o que] chama mais jovens é o futebol. Botando aquilo que eles mais gostam. Botar uma piscina pra (sic) brincar, fazer uma palestra. Fazer um campeonato. É o que eu acho que é pra (sic) chamar a atenção deles. (A20)

[...] de aula de dança. Seria um estímulo, também, pro (sic) adolescente. Se envolver mais próximo à saúde. (A10)

Porque aqui tinha o grupo do Adolescento e eu fazia teatro aqui e tinha, mas eu não fiz muito tempo teatro... eu fiz uns quatro ou cinco meses [...] Porque eu era muito tímida, eu não falava com ninguém e o teatro me fez me abrir mais, poder falar mais. (A21)

Na opinião de Branco *et al* (2015), investir em adolescentes e jovens, valorizando suas potencialidades, é o elemento chave para reverter quadro negativo que gera vulnerabilidade frente aos diferentes agravos à saúde desse grupo etário. Esses mesmos autores relatam que desde 1993, a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMSDC/RJ) vem investindo na participação juvenil por meio de diferentes estratégias, tais como: treinamentos, parcerias, criação de Comitê Assessor de Adolescentes e Jovens do PROSAD, entre outras. Tais propostas, além da criação dos Adolescentos Maré e Paulo Freire e do projeto Rede de Adolescentes Promotores da Saúde (RAP da Saúde) são consideradas experiências bem-sucedidas de participação juvenil e intersetorialidade para ampliar as ações de promoção da saúde na cidade do Rio de Janeiro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

A atenção à saúde de adolescentes envolve temática variada, uma vez que não devemos nos limitar tão somente aos seus riscos e vulnerabilidades, mas também considerar as várias necessidades individuais e ambientais que se insurgem neste grupo etário. Para suprir tal demanda, torna-se fundamental a estruturação de uma atenção integral, que privilegie a prevenção de agravos e a promoção da saúde, envolvendo intervenções de caráter não só multiprofissional e interdisciplinar, como, também, de natureza intersetorial.

Apesar das questões consideradas acima, ainda são evidentes os desafios para se consolidar a integralidade no atendimento à saúde dos adolescentes. Por se tratar de segmento populacional que necessita, em sua especificidade, de cuidados que transcendem a esfera dos agravos e demandas biológicas, esses usuários acabam sem visibilidade no dia-a-dia dos serviços.

Ademais, tanto os adolescentes quanto os próprios profissionais identificam “ares de hospital” nas unidades de saúde, o que não parece coadunar com o caráter “saudável” desse grupo etário. Dessa maneira, as ações acabam sendo direcionadas para as “doenças”, para os “problemas” dos adolescentes desconsiderando, pois, suas potencialidades e especificidades. Levantar as lacunas, entraves e dificuldades relacionadas ao cuidado, torna-se, então, tarefa imprescindível para que possamos estruturar ações mais aproximadas do modelo integral almejado.

Atender aos adolescentes, em suas especificidades, requer preparo, dedicação e motivação por parte dos envolvidos no seu cuidado. A sobrecarga de trabalho dos profissionais, a descontinuidade da equipe como a do cuidado, e, ainda, as ações educativas empobrecidas revelaram-se importantes barreiras nesse sentido.

Mesmo diante desses aspectos, foi possível identificar o envolvimento dos profissionais no momento em que demonstraram suas inquietações frente às ações voltadas para esse grupo etário. Os adolescentes entrevistados também manifestaram interesse, através de suas críticas e sugestões, em se aproximar e participar de maneira mais efetiva do serviço. Constatamos, além disso, que as possibilidades de trabalho com esse grupo tiveram como enfoque suas necessidades de saúde e a necessidade de informação sobre as possibilidades de sua participação no serviço.

Cumpra-se considerar que estamos em momento de transição de modelo assistencial o que leva a vários *ajustes* estruturais dentro de um processo gradual. No entanto, sempre é fundamental ter claro qual o propósito a ser atingido e, em relação ao público adolescente, torna-se imprescindível atuar nesse sentido. A participação dos adolescentes multiplicadores na rotina dos serviços, como também a maior atuação dos ACS, no que diz respeito às ações voltadas para esse grupo, são exemplos de iniciativas que podem dar visibilidade às especificidades e potencialidades desse segmento populacional.

Os resultados do presente estudo possibilitaram identificar algumas recomendações descritas a seguir:

- a) Reconsiderar a macro e a micropolítica dos processos de trabalho, em que o planejamento, execução e avaliação das ações estão sendo prejudicados pela sobrecarga de demandas, ritmo acelerado do trabalho dentre outros, interferindo na qualidade do cuidado;
- b) Fortalecer a equipe de profissionais valorizando a sua capacitação teórica/técnica. Merecem destaque os ACS, pois representam diferencial desse modelo assistencial. Entendendo a teoria como “um olhar sobre a prática”, com maior potencial teórico será possível novas discussões, críticas, ressignificações e aperfeiçoamento;
- c) Criar ambiente mais atrativo aos adolescentes nas unidades de saúde. A maneira como os profissionais se comportam diante desse grupo mostrou-se crucial para o vínculo do mesmo com o serviço;
- d) Buscar informar os adolescentes sobre as ações desenvolvidas e outros assuntos de interesse intra e extramuros;
- e) Criar mecanismos para maior aproximação com outros setores, estruturantes na saúde do adolescente, tais como esportes, cultura, etc. A parceria com as escolas deve ser intensificada e ter destaque na ação intersetorial para que a promoção da saúde e o protagonismo juvenil venham a termo;
- f) Realizar registros concernentes à saúde dos adolescentes nos serviços, com enfoque nas necessidades especiais desse grupo etário, para a estruturação de estratégias mais eficientes no atendimento às suas vulnerabilidades. É fundamental considerar indicadores específicos do segmento adolescente no planejamento e na avaliação das atividades na ESF;

- g) Estruturar parcerias com outras instituições da saúde como o Adolescentro Paulo Freire, por exemplo, para maior troca de experiências, buscando atender aos preceitos da atenção integral;
- h) Realizar avaliações participativas periódicas, pois as mesmas têm importância vital na estruturação do processo de trabalho das equipes;
- i) E, por fim, ampliar e apoiar o projeto Rede de Adolescentes Promotores da Saúde – RAP da saúde, que representa uma estratégia fundamental para se interferir positivamente na promoção da saúde, na intersectorialidade e no protagonismo juvenil (SMSDC/RJ, 2015).

REFERÊNCIAS

- ABRAMO, H. W. Considerações sobre a tematização social da juventude. *Revista Brasileira de Educação*. São Paulo, n. especial, p. 25-36, mai. / jun. 1997.
- ALBUQUERQUE, P. C. *A educação popular em saúde no município de Recife-PE: em busca da integralidade*. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Pública) Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.
- ALMEIDA FILHO, A. J.; SILVA, R. C.; SANTOS, T. C.; COMES, M. L. B. O adolescente e as drogas: consequências para a saúde. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 605-610, 2007.
- ARAÚJO, A. C.; LUNARDI, V. L.; SILVEIRA, R. S.; THOFEHRN, M. B.; PORTO, A. R. Relacionamentos e interações no adolescer saudável. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 136-142, 2010.
- ARCHANJO, D. R.; ARCHANJO L. R. e SILVA, L. L. (Org.). *Saúde da Família na Atenção Primária*. Curitiba: Ed IBPEX, 2007.
- ASSUMPCÃO JR, F. B. Desenvolvimento Psicológico. In: SAITO, M. I. e SILVA, L. E. V. *Adolescência: prevenção e risco*. São Paulo: Ed. Atheneu, 2001, p. 91-96.
- AYRES, J. R. C. M. Adolescência e saúde coletiva: Aspectos epistemológicos da abordagem programática. In: SCHRAIBER, L. B. (Org.). *Programação em Saúde Hoje*. São Paulo: Hucitec, 1990, p. 139-182.
- AYRES, J. R. C. M. *O jovem que buscamos e o encontro que queremos ser: a vulnerabilidade como eixo de avaliação de ações preventivas de abuso de drogas, DST e AIDS entre crianças e adolescentes*. *Série Idéias*, n. 29, São Paulo: FDE, 1996, p. 15-24.
- AYRES, J. R. C. M. Organização das Ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas. *Saúde e Sociedade*, v. 18, supl. 2, 2009.
- 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*. São Paulo: Hucitec, 2000. (Saúde em Debate, 96, Série Didática; 3) p. 66-85.
- BARDIN L. *Análise de conteúdo*. Lisboa, Portugal. Edições 70, 1977.
- BARROS, M. N. S. O psicólogo e a ação com o adolescente. In: *Adolescência e Psicologia: concepções, práticas e reflexões críticas*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2012.
- BESERRA, E. P.; ARAÚJO, M. F. M.; BARROSO, M. G. T. Promoção da saúde em doenças transmissíveis – uma investigação entre adolescentes. *Acta. Paul. Enfermagem*, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 402-407.
- BORGES, A. L. V.; FUJIMORI, E. *Condições de vida e saúde da população adolescente no Brasil*. In: _____. (Org.). *Enfermagem e a saúde do adolescente na atenção básica*. Barueri: Manole, v.1, p. 23-41 (2009).

BRANCO, V. M. C. Emoção e razão: os sentidos atribuídos por profissionais de saúde à atenção ao adolescente [dissertação] [Internet]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2002. Disponível em <http://www.posgraduacao.iesc.ufrj.br/media/tese.1373464195.pdf>.

BRANCO, V. M. C.; CROMACK, L. M. F.; EDMUNDO, K. M. B.; BORGES, E. G. S.; SANTOS, L. R. P.; SALES, R. P.; GARCIA, T.; PINHO, M. A. L. Caminhos para a institucionalização do protagonismo juvenil na SMS – Rio: dos adolescentos ao Rap da Saúde. *Adolescência & Saúde*, Rio de Janeiro, v. 12, supl. 1, p. 14-22, mar., 2015.

BRASIL. Área técnica de saúde do adolescente e do jovem. *Manual técnico de saúde do adolescente e do jovem*. Brasília, 2001.

BRASIL. Lei nº 8.069, dia de julho de 1990. *Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente*. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Poder Executivo, Brasília: DF, 1990.

BRASIL. Ministério das Cidades. Programa de Aceleração do crescimento. *Rocinha: Plano de Desenvolvimento Sustentável*. Rio de Janeiro, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa de Saúde do Adolescente - Bases Programáticas* – 2. ed. Brasília, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual para Organização da Atenção Básica*. Brasília, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *O trabalho do agente comunitário de saúde* – 3. ed. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Adolescentes promotores de saúde: uma metodologia para capacitação*. Brasília, 2002.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. *Prevenção do Suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental*. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Integral de Adolescentes e jovens - Orientações para a Organização de Serviços de Saúde*. Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde*. Brasília: 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Orientações Básicas de Atenção Integral à Saúde nas Escolas e Unidades de Saúde*. Brasília: 2010.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos. *Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes: 20 anos do Estatuto*. Brasília, 2010.

- BRASIL. Portaria nº 2.488, de outubro de 2011. *Dispõe sobre Princípios e Diretrizes Gerais da Atenção Básica*. Brasília: DF, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Secretaria de Vigilância à Saúde, Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos*. Brasília: DF, 1996-2010.
- BRÊTAS, J. R. S.; SILVA, C. V. Orientação sexual para adolescentes: relato de experiência. *Acta Paul Enferm.* 2005, v. 18, n. 3, p. 326-333.
- BURSZTYN, I. Estratégias de mudanças na atenção básica: avaliação da implantação piloto do “Projeto Homens Jovens” e Saúde, no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 10, p. 2227-2238, out., 2008.
- 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-abril, 2005.
- BURSZTYN, I.; BRANCO, V. M. C.; TURA, L. F. Avaliação do PROSAD: uma construção a partir dos atores. *Rev. Saúde em Foco*, v. 21, p. 1519-1560, jul., 2001.
- BUSS, P. M.; FERREIRA, J. R. *Promoção da Saúde e a Saúde Pública: contribuições para o debate entre as Escolas de Saúde Pública da América Latina*, p. 2-18, 1998. Eds. Buss e Ferreira, Mimeografado.
- CAMPOS, G. W. S.; BARROS, R. B.; CASTRO, A. M. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. V. 9, n. 3, p. 745-749, 2004.
- CAMPOS, G. W. S. *Reforma da reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1992.
- CANZONIERI, A. M. *Metodologia da Pesquisa Qualitativa na Saúde*. Petrópolis: Ed. Vozes, 2010.
- CASTRO, L. R. (Org.). *Infância e Adolescência na cultura do consumo*. Rio de Janeiro: Ed. Nau, 1998.
- CASTRO, M. F.; KATZ, R. Espaço Livre de Orientação em Saúde e Sexualidade – ELOSS – e Programa de Orientação em Sexualidade, Prevenção de DST/AIDS e Distribuição de Preservativos – PROSS. *Adolescência & Saúde*, Rio de Janeiro, v. 12, supl. 1, p. 23-31, mar., 2015.
- CAVASIN, S.; ARRUDA, S. Educação sexual e comunicação para adolescentes. In: VIEIRA, E. M., et al, (Org): *Seminário Gravidez na Adolescência*, Rio de Janeiro, 1998, Mimeografado.
- CECÍLIO, L. C. O.; MEHRY, E. E. *A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar*, Campinas (SP), 2003, Mimeografado.
- CHAISE, F. O.; SOARES, S. A.; MENEGUEL, S. N. Estão nossos jovens doentes? Percepção de adolescentes em relação à saúde em dois municípios gaúchos. *Physis: revista de saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 817-828, 2008.

CÍCERO, L. B.; SANTANA, C. C.; CARMO, G. C. S.; CARVALHO, R. C. Adolescer com arte: um exemplo de protagonismo juvenil, *Adolescência & Saúde*. Rio de Janeiro, v. 12, supl. 1, p. 65-69, mar., 2015.

CORRADI – WEBSTER, C. M.; ESPER, L. H.; PILLON, S. C. A enfermagem e a prevenção do uso indevido de drogas entre adolescentes. *Acta Paul. Enfermagem*, v. 22, n. 3, p. 331-334, 2009.

CORRÊA, A. C. P.; FERRIANI, M. G. C. A produção científica da enfermagem e as políticas de proteção à adolescência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, jul-ago; 58(4): 449-453, 2005.

CUNHA, C. F.; VIANA, O. L.; GUIMARÃES, P. R.; REIS, R.; IANNARELLI, R.; AMARAL, S. T.; GOMES, T. M.; OLIVEIRA, T. C. P. R. Arte na Espera: tecendo uma rede de acolhimento para o adolescente e para a família. *Adolescência & Saúde*, Rio de Janeiro, v. 12, supl. 1, p. 44-51, mar., 2015.

DELUIZ, N. *Qualificação, competência e certificação: visão do mundo do trabalho*. (Formação) 2001 (2), v. 5, p. 15.

DOMINGUES DE AZEVEDO, M. R.. Educação Sexual: uma questão em aberto. In: SAITO, M. I. e SILVA, L. E. V. *Adolescência: prevenção e risco*. São Paulo: Ed. Atheneu, 2001, p. 129-147.

FERRARI, P. F.; THOMSON, Z.; MELCHIOR, R. Atenção à saúde dos adolescentes: percepção dos médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2491-2495, nov, 2006.

FERREIRA, R. A. Prefácio In: CUNHA, C. F. *A Janela da Escuta: relato de uma experiência clínica*. Belo Horizonte. Ed. Scriptum, 2014.

FONSECA, F. F.; SENA, R. K. R.; SANTOS, R. L. A.; DIAS, O. V.; COSTA, S. M. As vulnerabilidades na infância e adolescência e as políticas públicas brasileiras de intervenção. *Revista Paulista de Pediatria*, v. 31, n. 2, p. 258 – 264, 2013.

FONTANELLA, B. J. B.; LUCHESI, B. M.; SAIDEL, M. G. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R.; MELO, D.G. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad. Saúde Pública*, Fev 2011, vol.27, no.2, p.388-394.

FOREIT, J. R.; GOROSH, M. E.; GILLESPIE, D. G.; MERRITT, C. G. Community-based and comercial contraceptive distribution: an inventory and appraisal. *Poppul Rep*, v. 19, p. 1-29, 1978.

FRANCO, C. M.; FRANCO, T. B. *Linhas de Cuidado Integral: uma proposta de organização da Rede de Saúde*. Rio de Janeiro, [200?], Mimeografado.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JR., H. M. A integralidade e as Linhas de Cuidado. In: MEHRY, E. E. et al (Org.): *O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*, São Paulo: Hucitec, 2003.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JR., H. M. Integralidade na Assistência à Saúde: a organização das Linhas do Cuidado. In: MEHRY, E. E.; MAGALHÃES JR, H. M.; RIMOLI,

J.; FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Ed. Hucitec, 2007, p. 125-134.

FRANCO, T. B. Fluxograma Descritor e Projetos Terapêuticos em apoio ao planejamento. In: MEHRY, E. E. et al (Org.): *O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*, São Paulo: Hucitec, 2003.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2011. *O direito de ser adolescente: Oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades*. Brasília: UNICEF, 2011.

GARBIN, C. A. S.; GARBIN, A. J. I.; MOIMAZ, S. A. S.; GONÇALVES, P. E. A saúde na percepção do adolescente. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 227-238, 2009.

GOMES DA COSTA, A. C. O adolescente como protagonista. *Cadernos Juventude, Saúde e Desenvolvimento*, v. 1, Brasília, p. 75-79, 1999.

GOMES, M. P. C.; RIBEIRO, V. M. B.; MONTEIRO, D. M.; LEHER, E. M. T.; LOUZADA, R. C. R. O uso de metodologias ativas no ensino de graduação nas ciências sociais e da Saúde – avaliação de estudantes. *Ciência & Educação*, v. 16, n. 1, p. 181-198, 2010.

GOMES, R. A análise de dados em Pesquisa Qualitativa. In: MINAYO, M. C. et al (Org.). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 8. ed. Petrópolis: Ed. Vozes, 1994.

GONTIJO, D. T.; MEDEIROS, M. Children and adolescents in street situation: contributions to an understanding of vulnerability and disaffiliation. *Cienc. Saúde Coletiva*, v. 14, p. 467-475, 2009.

GRACIANO, M. M. C.; MARCOS, V. C.; SAMARTINE JÚNIOR, H.; LAGO, V. C. Saúde Reprodutiva na adolescência: comunicação, funcionalidade da família e comportamento preventivo. *Adolescência & Saúde*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 87-95, jul/set., 2014.

GROSSMAN, E. A adolescência através dos tempos. *Adolescência Latino-americana*. Porto Alegre, n.2, p. 68-74, set. 2004.

GROSSMAN, E.; RUZANY, M. H.; TAQUETTE, S. R. A Consulta do adolescente. *Adolescência & Saúde*. Rio de Janeiro: v. 1, n. 1, mar., 2004.

GROSSMAN, E. A Consulta do adolescente. *Adolescência & Saúde*. Rio de Janeiro: v. 9, supl. 1, p. 9-13, ago. 2012.

GUGLIELMI, M. C. *A política pública “Saúde da Família” e a permanência e fixação do profissional em Medicina: um estudo de campo em Pernambuco* [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2006.

GUTTIERREZ, M. L. et al. La Promoción di Salud. In: ARROYO, H. V. & CERQUEIRA, M. T. (Org.). *La Promoción di la Salud en Amèrica Latina*. San Juan: Editora de la Universidad di Puerto Rico, 1997.

HERCULANO – HOUZEL, S. *O cérebro em transformação*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2005.

HORTA, N. C.; SENA, R. R. Abordagem ao adolescente e ao jovem nas políticas de saúde no Brasil: um estudo de revisão. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 475-495, 2010.

HÜNING, S. M.; LUZ, V. C. M. Uma caderneta que produz “saúde” e “adolescentes” *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 63, n. 3, p. 2-15, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo Demográfico*, 2010.

KNOBEL, M. A síndrome da adolescência normal. In: ABERASTURY, A. & KNOBEL, M. *Adolescência normal*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

LEÃO, L. M. S. *Saúde do adolescente: atenção integral no plano da utopia*. 2005. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisa Ageu Magalhães, Recife, 2005.

MAGRO, V. M. M. Adolescentes como autores de si próprios: cotidiano, educação e o hip hop. *Cadernos Cedes*, Campinas, v. 22, n. 57, p. 63-75, ago., 2002.

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.

MEDEIROS, D. C. *Protagonismo Juvenil nas ações da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: relato de projetos que incorporaram a participação de adolescentes multiplicadores entre 1992 e 2008*. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Universidade Estácio de Sá. Rio de Janeiro, 2010.

MILLER, J. A criança e o saber. *Ciência Digital*, n.11, p. 5-9, jan. 2012.

MINAYO, Maria Cecília S. Conceito de Avaliação por triangulação de métodos. In: *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. MINAYO, Maria Cecília de Souza; ASSIS, Simone Gonçalves; SOUZA, Edinilsa Ramos (Org.). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 13 ed. - São Paulo: Hucitec, 2013.

MINAYO, M. C. S. (Org.). *Pesquisa Social – Teoria, método e criatividade*. 8 ed. Petrópolis: Ed. Vozes, 1993.

MIRANDA, F. R. D. *Assistência à gestante adolescente nas unidades de saúde do SUS no Município do Rio de Janeiro*. 2014. 60f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas, Rio de Janeiro, 2014.

MONTEIRO, D. L. M. et al. *Gravidez e Adolescência*. Rio de Janeiro: Ed. Revinter, 2009.

MOREIRA, F. G.; SILVEIRA, D. X.; ANDREOLI, S. B. Situações relacionadas ao uso indevido de drogas nas escolas públicas da cidade de São Paulo. *Rev. Saúde Pública*, v. 40, n. 5, p. 810-817, 2006.

- MOTTA, L. B.; AGUIAR, A. C.; CALDAS, C. P. Estratégia da Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiência em três municípios brasileiros. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 779-786, abr., 2011.
- MOURA, M. L. S.; FERREIRA, M. C. *Projetos de Pesquisa*. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2005.
- MUZA, G. M.; BETTIOL, H.; MUCCILLO, G.; BARBIERI, M. A. Consumo de substâncias psicoativas por adolescentes escolares de Ribeirão Preto, SP (Brasil). I-Prevalência do consumo por sexo, idade e tipo de substância. *Revista Saúde Pública = J Public Health*, 1997; 31 (1): 21-9.
- NICOLAU, S. M.; SCHRAIBER, L. B.; AYRES, J. R. C. M. Mulheres com deficiência e sua dupla vulnerabilidade: contribuições para a construção da integridade em Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 18, n. 3, p. 863-872, 2013.
- NUNES, M.; JUCÁ, V. J.; VALENTIM, C. P. B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátricas e sanitárias. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2375-2384, out., 2007.
- OHARA, E. C. C.; SAITO, R. X. S. (Org.). *Saúde da Família: Considerações Teóricas e Aplicabilidade*. 2 Ed. São Paulo: Martinari, 2010.
- PAIM, J. S. Saúde da Família: espaço de reflexão e contra hegemonia. *Interface Comunicação Saúde Coletiva*, 2001, v. 5, p. 143-146.
- PEDUZZI, M.; PALMA, J. J. L. A Equipe de Saúde. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. (Org.). *Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Hucitec, 2000, p. 234-250 (Saúde em Debate; 96, série Didática; 3).
- PIAGET, J. *A psicologia da criança*. São Paulo, Ed. Difel, 1974.
- PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R. e MATOS, R. A. (Org.). *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ: ABRASCO, 2003, p. 7-34.
- PINTO DE ABREU, J. R. *Contexto atual do ensino médico: metodologias tradicionais e ativas – necessidades pedagógicas dos professores e da estrutura das escolas*. Porto Alegre, 2007. Mimeografado.
- REIS, D. C.; ALMEIDA, T. A. C.; MIRANDA, M. M.; ALVES, R. H.; MADEIRA, A. M. F. Vulnerabilidades à saúde na adolescência: condições socioeconômicas, redes sociais, drogas e violência. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, v. 21, n. 2, 9 telas, 2013.
- ROCHA, F. A. A.; SILVA, M. A. M.; MOREIRA, A. C. A.; FERREIRA, A. G. N.; MARTINS, K. M. C. Programa de Saúde da Família: percepção de adolescentes de um município do Estado do Ceará. *Adolescência & Saúde*, Rio de Janeiro, v.9, n. 2, p. 7-13, abr/jun., 2012.

ROCHA, M. L. Contexto do adolescente. In: *Adolescência e Psicologia: concepções, práticas e reflexões críticas*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2002.

RUZANY, M. H. *Mapa da situação de saúde do adolescente no Município do Rio de Janeiro*. 2000. 145f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública – Rio de Janeiro, 2000.

SAITO, M. I.; SILVA, L. E. V. *Adolescência: Prevenção e Risco*. São Paulo: Ed. Atheneu, 2001.

SAITO, M. I.; RUZANI, M. H.; SERRA, A. S. L. Laboratório de Inovações: experiências exitosas em Saúde de Adolescentes e Jovens. *Adolescência e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 12, supl. 1, p. 8-13, mar., 2015.

SAITO, R. X. S. Políticas de Saúde: princípios, diretrizes e estratégias para a estruturação de um sistema único de saúde. In: OHARA, E. C.; SAITO, R. X. S. (Org.). *Saúde da Família: Considerações Teóricas e Aplicabilidade*. 2 Ed. São Paulo: Martinari, 2010.

SAMPAIO, J.; SANTOS, R. C.; PAIXÃO, L. A.; TORRES, T. S. Promoção da Saúde Sexual: Desafios no Vale do São Francisco. *Psicologia e Sociedade*, v. 22, n. 3, p. 499-506, 2010.

SANDROCK, J. W. *Adolescência*. 14. ed. Porto Alegre: AMGH, 2014.

SCHRAIBER, L. B. Prefácio In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas*. Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, 1997, p. 9-15.

SCHRAIBER, L. B. No encontro da técnica com a Ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano da medicina. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, p. 123-140, ago., 1997.

SCHRAIBER, L. B. *O médico e seu trabalho: limites da liberdade*. São Paulo: Hucitec, 1993, p. 13-19.

SCHULER, C.; WATTE, C. B.; SCHUTZ, M. F. S.; RITTER, M. C. S.; NATH, S.; ERTHAL, V. K.; SILVA, G. P.; SILVA, W. S. Multiplicadores adolescentes do Programa Saúde na Escola: a prevenção entre pares. *Adolescência & Saúde*, Rio de Janeiro, v. 12, supl. 1, p. 38-43, mar., 2015.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE/RJ. Assessoria de Promoção da Saúde. *Projeto Adolescento Paulo Freire*. Rio de Janeiro, 2006.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE/RJ. Assessoria de Promoção da Saúde. *Promoção da Saúde na Secretaria Municipal de Saúde*, 2008.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL/RJ. Coordenação de Gestão de pessoas e Superintendência de Promoção de Saúde. Edital conjunto S/SUBG/CGP e S/SUBPAV/SPS nº01, 2015. *Regulamenta o processo seletivo para a concessão de bolsas para curso de formação de jovens promotores de saúde da Secretaria Municipal de Saúde*. Diário Oficial da Prefeitura do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: RJ, 2015.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL/RJ. Superintendência de Atenção Primária. Guia de Referência Rápida. *Carteira de serviços: Relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde*. Rio de Janeiro: SMSDC, 2011.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL/RJ. Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde. *As 50 primeiras Clínicas da Família da cidade do Rio de Janeiro*, 2012.

SERRANO, C. V. La salud integral de los adolescentes y los jóvenes, su promoción y su cuidado. In: MALDALENO, M.; MERNIST, M. M.; SILBER, T. J.; OJEDA, E. N. S.; YUNES, J. *La salud del adolescente y del joven*. Washington, OPAS/OMS, 1995.

SILVA, L. N.; RANÑA, F. F. Captação e acolhimento do adolescente. In: São Paulo. Secretaria de Saúde. *Manual de atenção à saúde do adolescente*. São Paulo (SP): SMS, 2006, p. 21-6.

SILVA G. T. R.; ESPÓSITO V. H. C.; MACIEL A. F.; SANTOS I. G.; ZANINI C. A.; LANDIM S. A.; BATISTA N. A. Um estudo de caso: a vivência multiprofissional e a integralidade como ações educativas na formação do profissional de saúde In: OHARA, E. C. C. e SAITO, R. X. S. *Saúde da Família: Considerações Teóricas e Aplicabilidade*. 2ª Edição. São Paulo: Martinari, 2010.

SIQUEIRA – BATISTA, R. e SIQUEIRA – BATISTA, R. Os anéis da serpente: a aprendizagem baseada em problemas e as sociedades de controle. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 4, p. 1183-1192, 2009.

SOARES, A. H. R.; MARTINS, A. J.; LOPES, M. C. B.; BRITTO, J. A. A.; OLIVEIRA, C. Q.; MOREIRA, M. C. N. Qualidade de vida de crianças e adolescentes: uma revisão bibliográfica. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 16, n. 7, p. 3197-3206, 2011.

SOUSA, A. B. L.; CRUZ, A. C. D. Implantação da caderneta do Adolescente: relato do município de Manaus. *Adolescência & Saúde*, Rio de Janeiro, v. 12, supl. 1, p. 52-59, mar., 2015.

STREY, M. N. et al (Org.). *Gênero e Ciclos Vitais – Desafios, Problematizações e Perspectivas*. Porto Alegre: Edpucrs, 2012.

TAQUETTE, S. R. (Org.). *Aids e Juventude: gênero, classe e raça*. Rio de Janeiro: Ed UERJ, 2009.

TAQUETTE, S. R. Conduta ética no atendimento à saúde de adolescentes. *Adolescente & Saúde*. Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, janeiro. 2010.

TAQUETTE, S. R. A Importância da Visão do Gênero nas Práticas de Saúde com Adolescentes. In: STREY, M. N.; BOTTON, A.; CADONÁ, E. e PALMA, Y. A. (Org.). *Gênero e Ciclos Vitais – Desafios, Problematizações e Perspectivas*. Porto Alegre: Edipucrs, 2012.

TAQUETTE, S. R.; MEIRELLES, Z. V. Discriminização racial e vulnerabilidade às DST/AIDS: um estudo com adolescentes negras. *Physis Revista de Saúde*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 129-142, 2013.

TAQUETTE, S. R. (Org.). *Mulher adolescente/ jovem em situação de violência*. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed UERJ, 2012.

TAQUETTE, S. R. (Org.). *Violência contra a mulher adolescente/jovem*. Rio de Janeiro: Ed UERJ, 2007.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. 4. ed. Rio de Janeiro: IMS-UERJ / Abrasco, 2007, p. 91-113.

TRAVERSO, M. A.; PINHEIRO, V. S. Adolescência, saúde e contexto social: esclarecendo práticas. *Psicologia e sociedade*. Belo Horizonte, v. 14, n. 2, p. 133-147, jul. / dez. 2002.

VENTURA, M.; CORRÊA, S. Adolescência, sexualidade e reprodução: construções culturais, controvérsias normativas, alternativas interpretativas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, jul., 2006.

VILLELA, W. V.; ARAÚJO, E. C.; RIBEIRO, E. C.; CUGINOTTI, A. P.; HAYANA, E. T.; BRITO, F. C.; RAMOS, L. R. Desafios da Atenção Básica em Saúde: a experiência de Vila Mariana, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1316-1324, jun., 2009.

WHO (World Health Organization). Young People's Health – A Challenge for society. *World Health Organization Technical Report Series 731*. 1986.

WINNICOTT, D. W. *A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

ZAVAREZA, L. G.; BIANCHINI, S. M. Assistência de Enfermagem e o Adolescente. In: OHARA, E. C.; SAITO, R. X. S. (Org.). *Saúde da Família: Considerações Teóricas e Aplicabilidade*. 2 Ed. São Paulo: Martinari, 2010.

APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista (Gerente)**Clínica da Família:****Número de equipes:****Profissionais em cada equipe:** () médico () enfermeiro () dentista

() técnico de enfermagem () outros: _____

Data:**Temas a serem abordados:**

- Descrição física da unidade;
- Estruturação da equipe de profissionais;
- Periodicidade e duração das consultas;
- Insumos de prevenção e tratamento disponibilizados;
- Atividades oferecidas na atenção à saúde dos adolescentes;
- Articulação da unidade com outros setores;
- Participação dos jovens no planejamento e avaliação das atividades desenvolvidas;
- Facilidades e dificuldades no planejamento, execução e avaliação do atendimento;
- Limites e possibilidades no atendimento às demandas do adolescente;
- Processo de trabalho na ESF;
- Atuação dos agentes comunitários de saúde (ACS);
- Cumprimento dos direitos dos adolescentes na ESF.

APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista (Profissional de Saúde)**Clínica da Família:**

Formação: () médico () enfermeiro

Tempo de atuação na ESF (Rocinha): _____

Capacitação em Assistência à Saúde do Adolescente? ____ Sim ____ Não.

Data:**Temas a serem abordados:**

- Atividades oferecidas na atenção à saúde dos adolescentes;
- Articulação da unidade com outros setores;
- Facilidades e dificuldades no planejamento, execução e avaliação do atendimento aos adolescentes;
- Limites e possibilidades no atendimento às demandas dos adolescentes;
- Processo de trabalho na ESF;
- Atuação dos agentes comunitários de saúde (ACS);
- Cumprimento dos direitos dos adolescentes na ESF.

APÊNDICE C – Roteiro de Entrevista (Adolescentes)**Clínica da Família:**

Idade: _____

Sexo: _____

Escolaridade: _____

Motivo da busca por atendimento: _____

Data:**Temas a serem abordados:**

- Motivação para a procura do serviço;
- Impressões a respeito do atendimento das necessidades;
- Relação com os profissionais;
- Percepção sobre o trabalho do médico, enfermeiro e ACS;
- Fatores que interferem na saúde dos adolescentes;
- Sugestões para o atendimento prestado aos adolescentes.

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Adolescente

Pesquisa: “Assistência à saúde de adolescentes na Estratégia Saúde da Família (ESF) no bairro da Rocinha” - Município do Rio de Janeiro”

Pesquisador: Luciana Graça Alfredo Pinto Martins

2287-8881 - luciana.gap.martins@gmail.com

Orientador: Profª Stella Regina Taquette

2868-8349 - taquette@uerj.br

Instituições responsáveis pela pesquisa:

- Centro Biomédico da UERJ (Universidade do Estado do Rio de Janeiro) - End: Rua Professor Manoel de Abreu 444, 2º andar - Vila Isabel – Tel: 2868-8488.
- Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil - SMSDC - RJ – Comitê de Ética em Pesquisa - End: Rua Afonso Cavalcante 455, sala 710 – Cidade Nova - Tel: 3971-1463.

Você está sendo convidada/o a participar voluntariamente de uma entrevista de uma pesquisa. Antes de dar seu consentimento leia atentamente as informações descritas a seguir:

1. A pesquisa tem como principal objetivo conhecer a qualidade dos serviços de assistência à saúde de adolescentes.
2. Caso você não queira participar do estudo não haverá nenhum risco ou desconforto.
3. As informações que jovens como você podem dar são fundamentais para proporcionar melhorias nesses serviços e poder atender às necessidades de saúde dos adolescentes.
4. Caso você participe do nosso estudo, não haverá qualquer problema institucional legal, ou qualquer tipo de risco, uma vez que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil – SMSDC – RJ.
5. A sua participação neste estudo é voluntária e você pode interrompê-la a qualquer momento sem nenhum prejuízo para sua pessoa.
6. Você pode e deve fazer todas as perguntas que julgar necessárias antes de concordar em participar da entrevista, assim como a qualquer momento da mesma.
7. Não será oferecido nenhum tipo de pagamento pela sua participação neste estudo.
8. Sua entrevista será gravada e transcrita para arquivos digitais. As informações obtidas serão mantidas por um prazo de cinco anos, quando serão descartadas.
9. Os dados fornecidos em sua entrevista serão utilizados somente para este estudo.
10. Sua identificação será mantida como informação confidencial. Os resultados do estudo serão publicados sem que seja revelada a sua identidade ou a de qualquer outro participante.

Eu, _____, abaixo assinada/o concordo em participar voluntariamente desta pesquisa. Declaro que li e entendi todas as informações referentes a este estudo.

Rio de Janeiro, ___/___/___ Adolescente: _____

APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Responsável

Pesquisa: “Assistência à saúde de adolescentes na Estratégia Saúde da Família (ESF) no bairro da Rocinha - Município do Rio de Janeiro”

Pesquisador: Luciana Graça Alfredo Pinto Martins

2287-8881 - luciana.gap.martins@gmail.com

Orientador: Prof^a Stella Regina Taquette

2868-8349 - taquette@uerj.br

Instituições responsáveis pela pesquisa:

- Centro Biomédico da UERJ (Universidade do Estado do Rio de Janeiro) - End: Rua Professor Manoel de Abreu 444, 2º andar - Vila Isabel – Tel: 2868-8488.
- Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil – SMSDC – RJ – Comitê de Ética em Pesquisa – End: Rua Afonso Cavalcante 455, sala 710 – Cidade Nova – Tel: 3971-1463.

Sua/seu filha/o está sendo convidada/o a participar, voluntariamente, de uma entrevista de uma pesquisa. Antes de dar seu consentimento leia atentamente as informações descritas a seguir:

1. A pesquisa tem como principal objetivo conhecer a qualidade dos serviços de assistência à saúde de adolescentes.
2. Caso o/a senhor/a não consinta que sua/seu filha/o participe do estudo não haverá nenhum risco ou desconforto para ela/ele.
3. As informações que jovens como sua/seu filha/o podem dar, são fundamentais para proporcionar melhorias nesses serviços e poder atender às necessidades de saúde dos adolescentes.
4. Caso sua/seu filha/o participe do nosso estudo, não haverá qualquer problema institucional legal, ou qualquer tipo de risco, uma vez que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil – SMSDC – RJ.
5. A participação de sua/seu filha/o neste estudo é voluntária e o/a senhor/a ou ela/ele podem interrompê-la a qualquer momento sem nenhum prejuízo para qualquer um de vocês.
6. O/A senhor/a pode e deve fazer todas as perguntas que julgar necessárias antes de consentir que sua/seu filha/o participe da entrevista, assim como a qualquer momento durante a mesma.
7. Não será oferecido nenhum tipo de pagamento pela participação de sua/seu filha/o neste estudo.
8. A entrevista de sua/seu filha/o será gravada e transcrita para arquivos digitais. As informações obtidas serão mantidas por um prazo de cinco anos, quando serão descartadas.
9. Os dados fornecidos por sua/seu filha/o durante a entrevista serão utilizados somente para este estudo.
10. A identificação de sua/seu filha/o será mantida como informação confidencial. Os resultados do estudo serão publicados sem que seja revelada a sua identidade ou a de qualquer outro participante.

Eu, _____, abaixo assinada/o consinto voluntariamente que minha/meu filha/o participe desta pesquisa. Declaro que li e entendi todas as informações referentes a este estudo.

Rio de Janeiro, ___/___/___ Responsável: _____

ANEXO A – Aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMSDC/RJ

**Comitê de Ética em Pesquisa**

Parecer nº 61A/2013

Rio de Janeiro, 15 de abril de 2013.

Sr(a) Pesquisador(a),

Informamos a V.Sa. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil - CEP SMSDC-RJ, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo discriminado:

<p>Coordenadora: Salesia Felipe de Oliveira</p> <p>Vice-Coordenadores: Pedro Paulo Magalhães Chrispim</p> <p>Membros: Carla Moura Cazelli Carlos Alberto Pereira de Oliveira Fátima Meirelles Pereira Gomes José M. Salame Livia Beiral Forni Maria Alice Gunzburguer Costa Lima Martine Gerbauld Nara da Rocha Saraiva Sônia Ruth V. de Miranda Chaves Vitoria Regia Osorio Vellozo</p> <p>Secretária Executiva Brígida Araújo de Carvalho Silva Renata Guedes Ferreira</p>	<p>PROTOCOLO DE PESQUISA Nº 20/13.</p> <p>TÍTULO: Assistência à saúde de adolescentes na estratégia Saúde da Família (ESF) no bairro da Rocinha - município do Rio de Janeiro.</p> <p>PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Luciana Graça Alfredo Pinto Martins.</p> <p>UNIDADE (S) ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: Clínica da Família Rinaldo de Lamare, Clínica da Família Maria do Socorro e Clínica da Família Albert Sabin.</p> <p>DATA DA APRECIÇÃO: 22/03/2013.</p> <p>PARECER: APROVADO.</p>
--	---

Atentamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata (*item V.13, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

O CEP/SMSDC-RJ deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (*item V.4, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas a este CEP/SMSDC-RJ, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Acrescentamos que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (*item IV.1.f, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (*item IV.2.d, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII. 13.d., da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).


Salesia Felipe de Oliveira
 Coordenadora
 Comitê de Ética em Pesquisa

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil
 Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 716 – Cidade Nova – Rio de Janeiro
 CEP: 20211-901 Tel.: 3971-1590
 E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br - Site: www.saude.rio.rj.gov.br/cep

FWA nº: 00010761
 IRB nº: 00005577

ANEXO B – Serviços oferecidos pela ESF-SMSDC/RJ

Atenção Centrada na Criança e no Adolescente

Os serviços oferecidos para a Saúde da Criança e do Adolescente são:

- Acolhimento mãe-bebê após alta da maternidade
- Vigilância do recém-nato de risco/vulnerável
- Triagem Neonatal
 - Teste do pezinho (Recomendação A)
 - Teste do reflexo vermelho (Recomendação A)
 - Teste da orelhinha (Recomendação B) 
- Promoção e apoio ao aleitamento materno exclusivo até 6 meses e continuado até 2 anos ou mais
- Promoção de alimentação e hábitos saudáveis
- Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, com utilização da Caderneta de Saúde da Criança (0 a 10 anos)
 - mínimo de 7 consultas no 1º ano, 2 consultas no 2º ano e anuais a partir do 3º ano
 - pesar, medir e avaliar o desenvolvimento, preenchendo a caderneta da criança em todo atendimento
 - consultas idealmente intercaladas com enfermagem
 - avaliar aspectos psíquicos e afetivos buscando identificar fatores de risco e proteção
- Imunização de rotina e participação nas campanhas
- Atualização do Calendário Vacinal
- Vigilância Nutricional: identificação e acompanhamento de crianças e adolescentes em risco nutricional (baixo peso, sobrepeso e obesidade)
- Acolhimento com avaliação de risco (demanda espontânea)
- Prevenção da violência contra crianças e adolescentes e acolhimento/atendimento/notificação/accompanhamento dos casos suspeitos ou confirmados
- Assistência a problemas mais comuns no recém-nascido e no lactente
- Identificação, tratamento e acompanhamento de crianças e adolescentes com asma
- Identificar, inscrever e acompanhar crianças no Programa Bolsa Família
- Atendimento aos agravos prevalentes na infância e na adolescência

- Identificar situações que requeiram atendimento de urgência e/ou especializado/internação e encaminhar quando necessário
- Identificar, inscrever e acompanhar crianças no Programa Bolsa Família
- Realizar ações para o Saúde do Escolar (atividades em escolas e creches da área)
- Apoio e vigilância à saúde das crianças e adolescentes portadoras de doenças crônicas e deficiências residentes na área
- No cadastro da equipe no CNES deve constar PSE (saúde do escolar) na população assistida
- Realizar consulta para mãe e bebê nos primeiros 7 dias pós-parto (visita domiciliar  ou na unidade de saúde 
- Triagem Neonatal – Teste do Pezinho, Reflexo Vermelho, ortolani, teste acuidade auditiva (Teste Orelhinha)
- Atenção à saúde bucal
- Prevenção dos acidentes e violências
- Prevenção do uso de drogas
- Promoção da saúde sexual e reprodutiva
- Prevenção do tabagismo
- Promoção da atividade física
- Atividades educativas individuais e coletivas voltadas para a promoção do desenvolvimento saudável da criança
- Promoção da cultura de prevenção nas escolas
- Inclusão da saúde no Projeto Político Pedagógico das escolas
- Promoção de Saúde Ambiental e Desenvolvimento Local Sustentável
- Prevenção dos fatores de risco para doença cardíaca isquêmica e diabetes na infância e na adolescência
- Manejo dos problemas mais comuns na adolescência
- Estadiamento puberal (estágios de tanner)
- Pesquisar causas de retardo puberal em adolescentes que não iniciaram a puberdade no sexo feminino até os 13 anos (broto mamário) e no sexo masculino até os 14 anos (aumento de testículos)
- Avaliar ginecomastia
- Atividades educativas voltadas para a promoção do desenvolvimento saudável e do vínculo pais e filhos

Nesta Carteira de Serviços, o símbolo  significa “Fazem parte da carteira básica de todas as unidades de atenção primária”, o símbolo  significa “Obrigatórios apenas para as unidades modelo A e B” e o símbolo  significa “Carteira Opcional que obrigatoriamente deve ter aprovação da CAP”.

ANEXO C – Serviços oferecidos pela ESF-SMSDC/RJ

Promoção da Saúde

Os serviços oferecidos para Promoção da Saúde são:

Alimentação Saudável

- Promoção de alimentação saudável
- Vigilância alimentar e nutricional
- Acompanhamento dos agravos nutricionais e doenças relacionadas à alimentação

Promoção da prática de atividade física

- Incentivo e orientação da prática regular de atividade física nas rotinas e protocolos dos serviços de saúde
- Grupos de promoção da atividade física
- Ginástica laboral
- Alongamentos
- Orientações posturais na gestação
- Prática corporal/exercícios no pré-natal
- Posições e exercícios facilitadores para o trabalho de parto ativo
- Sala de espera ativa
- Academia Carioca ◊

Controle do Tabagismo

- Ambiente Livre de Fumo
- Abordagem mínima do tabagismo em todos os pacientes tabagistas
- Tratamento para a dependência de nicotina
- Prevenção de tabagismo na infância e na adolescência
- Abordagem aos familiares de crianças com doença respiratória
- Abordagem aos pacientes fumantes dos grupos de risco: gestantes, tuberculose, HIV, diabéticos e hipertensos
- Abordagem do tabagismo no planejamento familiar

Demais ações de Promoção da Saúde

- Práticas educativas voltadas para o usuário que estimulem a reflexão e a discussão
- Reconhecimento da identidade étnico-racial
- Acolhimento e respeito à diversidade sexual e à diversidade religiosa
- Instrumentos para a informação e a orientação ao usuário
- Ações intersetoriais que ampliem a rede de promoção da saúde e proteção social na comunidade
- Estratégias que contribuam para a promoção da solidariedade e da cultura da paz, a prevenção de acidentes e violência
- Atividades que fortaleçam vínculos familiares e comunitários
- Mobilização comunitária
- Atividades que fortaleçam o protagonismo dos indivíduos e da comunidade