



Fundação Oswaldo Cruz  
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães  
Departamento de Saúde Coletiva



Mestrado em Saúde Pública

---

# Saúde do adolescente: atenção integral no plano da utopia

---

Luciana Melo de Souza Leão

---

Recife, 2005

Fundação Oswaldo Cruz  
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães  
Mestrado em Saúde Pública

Saúde do adolescente:  
atenção integral no plano da utopia

**Luciana Melo de Souza Leão**

RECIFE  
2005

Dissertação de Mestrado

# Saúde do adolescente: atenção integral no plano da utopia

Luciana Melo de Souza Leão  
Orientador: André Monteiro Costa

Dissertação de Mestrado apresentada ao Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

RECIFE  
2005

Feliz de quem entende que é preciso mudar  
muito para ser sempre o mesmo.  
Dom Hélder Câmara.

Aos meus pais,  
pela grandeza de um e pela grandeza do outro.

## Agradecimentos

Aos meus pais, pela liberdade e investimento;

A fratria, Liliana, Marquinhos, Léo, Larissa e Érica, pelo convite à divisão dos espaços,  
das frustrações, alegrias e dívidas;

À Marina, a mais nova da família;

A Pedro, pela força suave, pela presença e pela capacidade de transformar situações mais  
adversas em puro humor;

À minha amiga Nara, pela amizade e seus desdobramentos: escuta, apoio, força,  
computador emprestado...

À Maris, pelo seu incentivo, certamente, sem ele eu não estaria nesse lugar, nesse  
momento;

A Jorge, por ter sido quem primeiro me apresentou a adolescência e quem continua  
persistindo nessa dança;

A Breno e Rebeca, pela proximidade e compreensão;

A todos aqueles que fizeram e fazem o Instituto Papai, pela resiliência, noção utilizada  
pelos teóricos da adolescência e que acredito se aproximar bastante da discussão trazida e  
defendida pela instituição;

Aos amigos que me acompanharam e aos que ainda me acompanham, de perto, de longe,  
na lembrança...

À Alice, por permitir a possibilidade de novos caminhos;

A André, pelo acolhimento;

Àqueles que muito colaboraram para a concretização desse documento: Ana Roberta;  
Antônio; André; Domício; Edvaldo e Vicente;

Aos interlocutores do estudo, pela abertura, disponibilidade e, especialmente, para a maior  
parte deles, por retroalimentar o desejo de trabalhar junto aos adolescentes;

Aos membros da banca examinadora, José Luiz do Amaral, Benedito Medrado, Carlos  
Pontes e Felipe Rios, pela disponibilidade e valiosas contribuições;

Ao CPqAM, pelo apoio e viabilidade do estudo.

## Resumo

No Brasil, em meio ao processo de descentralização dos serviços de saúde, a ação do Programa de Saúde do Adolescente (Prosad) passa a ser questionada pela baixa cobertura alcançada e pela concentração da atenção na demanda espontânea. Como alternativa à proposta do Prosad, aparece a estratégia do Programa de Saúde da Família ao que se atribui a realização de ações junto ao público adolescente, uma vez que a maior parte dos problemas dessa população é resolvida na Atenção Básica. Dessa maneira, o princípio da integralidade se constitui como um elemento crítico a ser considerado no processo de incorporação dessa proposta, levando-se em consideração os diferentes níveis de atenção à saúde. Partindo-se dessa discussão, o objetivo desse estudo foi avaliar a integralidade na atenção à saúde dos adolescentes no Distrito Sanitário III do município de Recife, no contexto do processo de descentralização dos serviços. Foi utilizado o método de avaliação de processos, que tem como finalidade compreender *como* uma política ou programa é implementada. Esse tipo de avaliação se estrutura, em geral, em análises qualitativas e está mais preocupada com os fluxos do que com os resultados. As modalidades de técnicas utilizadas foram entrevistas semi-estruturadas, observação direta e análise de documentos. A discussão dos dados foi orientada a partir de dois eixos de investigação, a *integralidade focalizada* e a *integralidade ampliada*. Como resultados, no primeiro eixo avaliado destaca-se a importância da incorporação de novos saberes nas unidades de saúde da família, a fim de acrescentar a atual composição, basicamente calcada no saber biomédico. Ainda observa-se nessa dimensão que os adolescentes não são grupo prioritário nos serviços assistenciais oferecidos, porém são “beneficiados” com ações de promoção da saúde, como o projeto denominado *Adolescentes Educadores em Saúde* (Aesa) - desenvolvido no Distrito III do município. Em relação à *integralidade ampliada*, observa-se que a prática da contra-referência não é realizada e no que diz respeito à atenção continuada entre os serviços, percebe-se grande preocupação com as gestantes adolescentes, em detrimento das necessidades outras dos e das adolescentes. Por fim, a relação entre o setor Saúde com outros setores encontra-se pouco sistematizada, necessitando de maior interlocução, a fim de alcançar a atenção integral para esse público.

**Abstract**

In Brazil, amidst the process of decentralization, the services rendered by the Adolescent Health Program (Prosad) begins to be questioned for the low coverage attained and for the concentration of attention on spontaneous demand. As an alternative to Prosad's proposal, emerges the strategy of the Family Health Program, to whom the execution of actions with the adolescent public is attributed, since most of this population's health problems are solved in Basic Attention. This way, integrality constitutes an important element to be considered in the process of incorporating this proposal, taking in consideration the different levels of health attention. Originated from this discussion, the objective of this study was to evaluate the integrality in adolescent's health attention in the 3<sup>rd</sup> Sanitary District of the city of Recife, in the context of the health service's decentralization process. The study used the method of processes evaluation, which has the purpose of comprehending *how* a policy or program is implemented. This type of evaluation is structured, in general, in qualitative analyses and is more concerned with fluxes than with results. The techniques used were semi-structured interviews, direct observation and document analysis. The data discussion was guided by two investigative axis, the *focused integrality* and the *extended integrality*. As results, the first axis evaluated highlighted the importance of incorporating new knowledge in the family health units, in order to add to the present composition, mainly rooted in biomedical knowledge. It is still observed in this dimension that adolescents are not a priority group in the services offered, however, they "benefit" from health promotion actions, such as the *Adolescent Health Educators* project (Aesa) - developed in the 3<sup>rd</sup> District. In relation to the extended integrality, it was observed that the counter-reference practice is not developed, and regarding the continuous attention amongst the services, it is clear the concern with the pregnant adolescents, In detriment to other necessities that this public has. Finally, the connections between the Health sector and the other sectors are still very timid, and so, they need a broader interlocution in order to reach the integral attention for this public.



## Sumário

Dedicatória	iv
Agradecimentos	v
Resumo	vi
Abstract	vii
Lista de siglas	x
Introdução	01
<b>Capítulo I: Características do adolescente e sua incorporação nas políticas sociais</b>	<b>05</b>
<b>1.1 Um olhar sobre a adolescência</b>	<b>06</b>
1.1.1 Adolescência: é possível defini-la?	06
<b>1.2 Grupo com necessidades especiais</b>	<b>10</b>
1.2.1 Os adolescentes e a dinâmica saúde-doença	10
1.2.2 As principais expressões de morbi-mortalidade entre os adolescentes	14
<b>1.3 Os adolescentes e as políticas sociais no Brasil</b>	<b>17</b>
1.3.1 Movimento das políticas públicas no caminho de conceber os adolescentes como sujeitos de direitos	17
1.3.2 A primeira política de saúde para o adolescente: a criação do Prosad	19
<b>Capítulo II: O Sistema Único de Saúde e a integralidade na atenção à saúde do Adolescente</b>	<b>22</b>
<b>2.1 SUS: um novo modelo de atenção à saúde?</b>	<b>23</b>
2.1.1 O processo de descentralização e o enfoque na Atenção Básica	25
<b>2.2 A integralidade e o Sistema Único de Saúde</b>	<b>28</b>
<b>2.3 A integralidade na atenção à saúde do adolescente</b>	<b>33</b>
<b>Capítulo III: A atenção à saúde do adolescente no Recife</b>	<b>36</b>
<b>3.1 O mapeamento dos Prosad e das USF</b>	<b>37</b>
<b>3.2 A descentralização dos serviços e o dilema dos Prosad em Recife</b>	<b>38</b>
<b>Capítulo IV: O percurso da avaliação em saúde e os procedimentos metodológicos adotados no estudo</b>	<b>44</b>
<b>4.1 Avaliação em saúde: um campo fértil e em consolidação</b>	<b>45</b>
4.1.1 O vasto campo da avaliação	45
4.1.2 Propósitos da avaliação	45
4.1.3 A adoção do desenho da avaliação	48

<b>4.2 Delimitando o objeto de estudo</b>	50
4.2.1 A avaliação e a integralidade	50
4.2.2 Abordagem do estudo	51
<b>4.3 Procedimentos Metodológicos</b>	52
4.3.1 Instrumentos de coleta	52
4.3.2 Área do estudo e sujeitos	54
4.3.3 Considerações éticas	57
4.3.4 Plano de análise	57
<b>Capítulo V: Discutindo e avaliando a integralidade</b>	59
<b>5.1 Integralidade Focalizada</b>	60
5.1.1 Integralidade na equipe profissional: sua formação e constituição	60
5.1.2 Integralidade entre as ações de promoção, assistência e prevenção	75
<b>5.2 Integralidade Ampliada</b>	94
5.2.1 Integralidade entre os níveis de atenção: básica, média e alta complexidade	94
5.2.2 Integralidade entre os serviços de saúde e outros setores	103
<b>Capítulo IV: Considerações finais e recomendações</b>	108
Referências Bibliográficas	112
Anexos	

**Lista de Siglas**

ACS – Agente Comunitário de Saúde  
Aesa – Adolescente Educador em Saúde  
Aids – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida  
Caps – Centro de Atenção Psicossocial  
Cendhec – Centro Dom Hélder Câmara  
Conasems - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde  
Cisam – Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros Fernando Figueira  
CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento  
DPCA – Delegacia de Proteção da Criança e do Adolescente  
DS - Distrito Sanitário  
DST – Doença Sexualmente Transmissível  
ESF - Equipe de Saúde da Família  
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente  
FNUAP –Fundo de População das Nações Unidas  
Gama – Grupo de Atenção Multiprofissional ao Adolescente  
Imip – Instituto Materno Infantil de Pernambuco  
HAM - Hospital Agamenon Magalhães  
HC – Hospital das Clínicas  
Loas – Lei Orgânica da Assistência Social  
LOS – Lei Orgânica da Saúde  
MIP – Movimento Integrado de Profissionais que Trabalham com Adolescentes  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
Nesc/CPqAM – Departamento de Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães  
NOB – Norma Operacional Básica do SUS  
Noas – Norma Operacional da Assistência à Saúde do SUS  
Opas – Organização Panamericana de Saúde  
Pacs – Programa de Agentes Comunitários de Saúde  
PCN – Parâmetros Curriculares Nacionais  
Paism – Programa Integral à Saúde da Mulher  
Paisc – Programa Integral à Saúde da Criança

Proesf – Programa de Expansão do Saúde da Família

Prosad – Programa Saúde do Adolescente

PSF – Programa de Saúde da Família

Siab – Sistema de Informação sobre a Atenção Básica

SIH – Sistema de Informação Hospitalar

SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade

SUS – Sistema Único de Saúde

UFPE – Universidade Federal de Pernambuco

UPE – Universidade de Pernambuco

USF – Unidade de Saúde da Família

## Introdução

No Brasil, não há uma tradição de políticas sistemáticas especificamente destinadas aos adolescentes e jovens. Apenas recentemente observa-se uma preocupação dos responsáveis pela formulação de políticas governamentais com esses segmentos da população. Atividades e programas de formação profissional junto a serviços especiais de saúde são exemplos de algumas dessas iniciativas governamentais. Em contrapartida, o Brasil possui uma das legislações mais avançadas do mundo no que tange à doutrina de proteção integral de crianças e adolescentes e no plano das políticas relacionadas à saúde do adolescente e do jovem (ABRAMO, 1997).

Nesse sentido, destaca-se a elaboração e aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente (1990) que reconhece todas as crianças e adolescentes como sujeitos de direitos nas diversas condições sociais e individuais. Além do Estatuto, outras leis foram criadas para garantir os direitos humanos no país, como, a Lei Orgânica da Saúde (1990) que regulamenta a disposição constitucional que concedeu a saúde como um direito social, independentemente de contribuição, criando o Sistema Único de Saúde (SUS); a Lei Orgânica da Assistência Social (1993) que regulamenta o direito constitucional à assistência social do Estado e garante a proteção especial à adolescência e o amparo aos adolescentes carentes, e a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Brasileira (1996) que regulamenta o direito à educação também como direito público subjetivo de todo cidadão (BRASIL, MS, 2001a; FNUAP, 2003).

De acordo com documento do Ministério da Saúde da área técnica da saúde do adolescente e do jovem, as legislações acima enfatizam a descentralização política e administrativa e a participação da sociedade na formulação das políticas. Esse novo marco conceitual e legal de política pública, busca assim, instrumentalizar e possibilitar uma melhor articulação institucional, e o desenvolvimento de programas e ações que dêem conta da realidade local, sem perder de vista a proposta nacional (BRASIL, MS, *op. cit.*).

O modelo de atenção à criança e ao adolescente acompanha essa tendência, sendo, portanto, revisto e reformulado a partir de 1988, gerando um campo fértil para a adoção de um modelo descentralizado e articulado, com vistas à integração operacional de diversos órgãos para o atendimento integral e prioritário da criança e do adolescente (*Ib. id.*).

Em meio às novas prioridades e deliberações nesse campo, em 1989 foi criado pelo Ministério da Saúde um programa destinado exclusivamente ao público adolescente: o

Programa Saúde do Adolescente – Prosad. Seu principal objetivo era a prestação de atendimento adequado aos adolescentes, fundamentado numa política de promoção de saúde, de identificação de riscos e detecção precoce dos agravos com tratamento e reabilitação (*idem.*). As diretrizes gerais do Programa apontam que este deve ser executado dentro do princípio da integralidade e da multidisciplinaridade, respeitando-se as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), como também colaborar com áreas afins na implementação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) no âmbito federal, estadual e municipal (BRASIL, MS, 1996a).

A criação do Prosad pode ser interpretada como sinal de uma maior importância que os adolescentes passam a ter no âmbito da política de saúde, um grupo que mal era nomeado nesse campo começa a receber relativa atenção. No entanto, segundo técnica<sup>1</sup> da área da saúde do adolescente e do jovem do Ministério da Saúde, desde 1999 o formato desse Programa vem sofrendo reestruturações. Dentre essas revisões, questiona-se o próprio lugar do Prosad, uma vez que esse nasceu como um serviço calcado no âmbito do Estado e suas ações estariam contrariando a mais nobre diretriz do SUS: a descentralização dos serviços com ênfase nos municípios.

Nesse caminho, a interlocutora acima ainda ressalta que os Programas, apesar de terem sido elaborados sob a lógica do novo Sistema, não estariam respeitando determinados princípios propostos pelo SUS. Como exemplo desse desencontro, destaca o problema da cobertura focalizada que contempla parcela da população adolescente de um certo território, enquanto que os demais ficam desassistidos, e o fato de estarem atuando basicamente sobre uma demanda espontânea. Por fim, esclarece que o atual redirecionamento do modelo de atenção à saúde do adolescente e do jovem, tem como prioridade as ações de atenção básica, sendo o Programa de Saúde da Família (PSF) eleito como estratégia privilegiada para alcançar tais objetivos.

Redirecionamento também foi o que aconteceu com a motivação inicial da pesquisadora em realizar um estudo sobre as ações dos Prosad no município. Diante da atual conjuntura – de grande investimento na descentralização das ações e serviços - a proposta de estudo primeira foi resignificada, a partir do desafio de investigar o processo de construção da política e/ou modelo de atenção destinado ao adolescente sob esse novo enfoque.

---

<sup>1</sup> Representante da Área Técnica da Saúde do Adolescente e do Jovem do Ministério da Saúde, em entrevista sobre a presente discussão, realizada em abril de 2004.

No município de Recife, em se tratando da saúde do adolescente, observa-se um cenário em que a atuação dos Prosad começa a ser repensada<sup>2</sup> pelos motivos citados acima, enquanto há grande investimento na descentralização dos serviços, através da expansão das Unidades de Saúde da Família (USF). Dessa maneira, a diretriz atual é de que os adolescentes sejam contemplados pelas equipes das unidades próximas de sua comunidade e, se necessário, encaminhados para a atenção especializada.

Nesse sentido, em que medida as ações desenvolvidas pelas USF estão priorizando ou respondendo ao modelo de atenção integral à saúde do adolescente? Essa é uma das perguntas do presente estudo que buscou avaliar, como objetivo geral, as ações relativas à prática integral no lócus de um Distrito Sanitário do município de Recife, no contexto da descentralização dos serviços e, como objetivos específicos: i) Descrever as particularidades de saúde dos adolescentes, assim como as principais expressões de morbi-mortalidade desse grupo no Brasil e em Recife; ii) Descrever as atuais diretrizes e prioridades do modelo de atenção à saúde dos adolescentes, com enfoque no processo de descentralização, no âmbito municipal; iii) Avaliar a integralidade na atenção à saúde dos adolescentes no Distrito Sanitário III do município de Recife, no contexto do processo de descentralização dos serviços.

O princípio da integralidade foi adotado como foco da investigação por considerá-lo de suma importância no trabalho desenvolvido junto aos adolescentes, uma vez que essa população apresenta, em geral, demanda relativamente baixa por serviços assistenciais de saúde, e, portanto, necessita da interlocução com outros setores. Além da interlocução com novas práticas de saúde, diferentes daquelas calcadas no modelo curativo e biológico. (AYRES, 1990; TRAVERSO & PINHEIRO, 2002).

As necessidades específicas dos adolescentes é um dos temas abordados ao longo do texto que se divide em seis capítulos. O primeiro deles destaca como, nos últimos cinquenta anos, os adolescentes se tornaram um público capaz de mobilizar a mídia, políticas sociais etc., levando-se em consideração o caráter histórico dessa fase da vida; e vem apontar também as principais expressões de morbi-mortalidade desse segmento no Brasil e em Recife. O segundo capítulo, discute o processo de construção do SUS, enfocando a atenção básica e o princípio da integralidade, pela importante relação dessas ações com a saúde do adolescente. O terceiro, por sua vez, dirige-se à situação da saúde do

---

<sup>2</sup> Um dos núcleos pioneiros do Prosad – o Grupo de Atenção Multiprofissional ao Adolescente (Gama) do Hospital Agamenon Magalhães (HAM) foi recentemente extinto a partir da deliberação de concentrar serviços “mais complexos” nos grandes hospitais da rede.

adolescente no município do Recife, ressaltando o momento de re-organização da rede de serviços e suas nuances, como, a indefinição dos núcleos do Prosad; a expansão do Saúde da Família e a preocupação com a formação dos profissionais de saúde que passam a trabalhar na atenção básica etc. Nesse capítulo há a contribuição dos atores que participaram do estudo, através de entrevistas com roteiros semi-estruturados.

O quarto capítulo, além de apontar o escopo metodológico adotado, assinala os possíveis caminhos da avaliação de serviços – campo bastante explorado em outras áreas do conhecimento e que começa a se fortalecer na saúde, podendo trazer significativas contribuições. No quinto capítulo, dedicado aos resultados e discussão, procurou-se pensar a prática da integralidade a partir das necessidades específicas dos adolescentes, sob dois grandes eixos: a integralidade focalizada e a ampliada. Por fim, as últimas considerações do estudo e algumas recomendações, tanto no que respeito às ações dos serviços, como de possíveis pesquisas para ampliar a discussão.



## **Capítulo I**

### **Características do adolescente e sua incorporação nas políticas sociais**

## Capítulo I: Características do adolescente e sua incorporação nas políticas sociais

### 1.1 Um olhar sobre a adolescência

#### 1.1.1. Adolescência: é possível defini-la?

A adolescência pode ser caracterizada como um período da vida em que ocorrem rápidas mudanças físicas, cognitivas e sociais, junto à maturação sexual e reprodutiva. Fazendo parte desse processo, a assunção de novos papéis no caminhar para a idade adulta, o qual requer novas experiências, conhecimentos e responsabilidades (OMS, 2003).

Segundo Becker (1991) a etimologia do termo adolescência vem do verbo latino "adolescere" que significa *ad = para e olescere = crescer*; o que certamente reforça o entendimento dessa fase como condição ou processo de crescimento, na qual as mudanças começariam com o início da puberdade e terminariam quando as responsabilidades adultas fossem assumidas. E durante essa passagem, é comum os adolescentes serem vistos como sujeitos em conflito, como apontado abaixo:

Do ponto de vista do mundo adulto, isto é, o sistema ideológico dominante, o adolescente é um ser em desenvolvimento e em conflito. Atravessa uma crise que se origina basicamente em mudanças corporais, outros fatores pessoais e conflitos familiares. E, finalmente, é considerado "maduro" ou "adulto" quando bem adaptado à estrutura da sociedade, ou seja, quando ele se torna uma engrenagem da máquina (BECKER, *op. cit.*, p.9)

É dessa maneira, acrescenta o autor, que muitas teorias concebem a adolescência. Nem sempre, no entanto, essa etapa da vida foi vista como um período específico, requerendo leituras de diferentes disciplinas. É a partir dos condicionantes de finais do século XIX que se passa a identificar essa fase como um período entre a infância e a idade adulta (TRAVERSO & PINHEIRO, 2002; KETT, 1993).

Primeiramente, vieram as transformações no seio da família burguesa. A partir de uma nítida separação entre o espaço familiar e o mundo exterior, há uma redefinição do lugar da criança, levando-a a se tornar alvo de um projeto educativo individualizado (PERALVA, 1997). Investir na escola foi uma maneira da burguesia retardar a inserção de seus filhos no mundo do trabalho, sendo esse espaço decisivo para o início da ocupação de um novo lugar para crianças e adolescentes. Independente de qualquer teoria ou estudo específico sobre a dinâmica do aprendizado, os alunos eram separados pelos educadores da época (início do século XIX) a partir da faixa etária dos mesmos. E os livros, que antes, não eram destinados a públicos específicos, passam, no final do século, a ser produzidos e

distribuídos para determinados níveis de escolarização, e como consequência, cada vez mais, para níveis específicos de idade (KEET, 1993).

Além disso, em 1910, mudanças econômicas levaram educadores e pais de classe média a reforçar a necessidade dos adolescentes permanecerem mais tempo na escola, em busca de aperfeiçoamento técnico e assim, possibilidade de inserção profissional em um trabalho mais qualificado (KETT, *op. cit.*).

Dessa maneira, a extensão do período escolar, o distanciamento dos pais e da família e a aproximação com um grupo de iguais foram elementos que favoreceram a criação de um novo grupo social – a juventude/adolescência. A adolescência pode ser entendida então, como um período de “latência social”, constituída a partir dos preceitos da sociedade capitalista, gerada por questões relacionadas à extensão do período escolar, ingresso no mercado de trabalho e à necessidade do preparo técnico, bem como da necessidade de justificar o distanciamento do trabalho de um determinado grupo social (OZELLA, 2002; MAGRO, 2002).

Nesse caminho, Calligaris (2000) ressalta que a adolescência, tal como é concebida atualmente é, sobretudo, um fenômeno dos últimos 50 anos. Até então, segundo o autor, certamente era possível se preocupar com o *devir* dos jovens, tanto físico quanto moral e econômico, mas “a adolescência” não era uma entidade que encorajasse um título ou animasse a imprensa. Era uma faixa etária, mas não por isso um grupo social reconhecido. Ainda menos era tido como um ideal da cultura.

Dentre as diferentes leituras que Calligaris (*op. cit.*) realiza para pensar a adolescência como um ideal cultural, há uma que vem questionar se a adolescência não veio a existir para o uso da contemplação preocupada, mas complacente dos adultos:

A imagem da adolescência feliz nos propõe um espelho para contemplar a satisfação de nossos ávidos desejos, como se por algum milagre pudéssemos deixar de lado os deveres e as obrigações básicas que nos constroem (CALLIGARIS, *op. cit.*, p 68).

Pensar o adolescente como foco de fascinação e desejo dos adultos, não impede que o mesmo seja visto como um problema social, representando uma ameaça a si e a sociedade, ao passo que está constantemente relacionado à violência, às drogas e ao exercício de uma prática sexual irresponsável. Tais atribuições terminam por reproduzir significados e imagens ambivalentes em relação à figura do adolescente (GIROUX, 1997 *apud* MAGRO, 2002).

E a mídia aparece, nesse sentido, como um importante veículo de disseminação dessas mensagens. De acordo com Medrado-Dantas (2002), ao mesmo tempo em que ela enaltece e explora valores atribuídos a essa faixa etária, como, beleza, criatividade e liberdade; também emite mensagens relacionadas à forte preocupação e zelo, calcados no medo e na desconfiança. É importante ressaltar que esse paradoxo pode ressoar de maneira negativa em possíveis iniciativas que partam dessa população, uma vez que falta creditação que os mesmos o façam, como assinala a autora abaixo:

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 solução dos problemas sociais (MAGRO, 2002:77).

Outra corrente de autores vem reforçar o caráter sócio-construído do termo adolescência, chamando a atenção para a complexidade da temática. Nesta linha teórica, o fenômeno é abordado como uma condição perpassada por diferentes elementos: situação de gênero, classe social e contextos sócio-culturais, sendo, dessa forma, impossível defini-lo como algo acabado, pronto para ser estudado (TRAVERSO & PINHEIRO, 2002).

De acordo com as autoras acima citadas, é comum a adolescência aparecer na literatura psicológica e sociológica de forma descontextualizada de outros aspectos da vida. Enquanto nos estudos psicológicos há uma tendência a apontá-la como uma fase do desenvolvimento relacionado à biologia e a estados do corpo; a sociologia tende a ressaltá-la como categoria sócio-demográfica, remetendo-a, especialmente, a parâmetros etários.

Nessa mesma direção, Ozella (1999), ao investigar as concepções dos profissionais de psicologia que trabalham com adolescentes, encontrou uma grande ênfase da visão que caracteriza a adolescência como uma fase inerente do desenvolvimento do indivíduo, em detrimento da visão que a considera como um processo construído ao longo da história. Segundo Ayres (1990), na área médica não é diferente, ou melhor, tende a ser ainda mais evidente o caráter a-histórico com que a adolescência é mencionada. O autor aponta que os textos médicos sobre a saúde do adolescente e sobre as características das práticas destinadas aos mesmos, apresentam grande uniformidade - parecendo pertencer a um padrão típico a maneira como são referidas as necessidades de saúde desse grupo.

Lyra *et al.*(2002) ao questionar a visão da adolescência como uma fase inerente ao desenvolvimento, aponta que, apesar de se constituir como um período entre a infância e a juventude, ela deve ser despreendida do orgânico e ser compreendida através de uma maior

ênfase no tipo de experiência que a caracteriza. Ou seja, menos no aspecto cronológico/biológico e mais no campo das experiências vividas por esses sujeitos.

Peres & Rosenberg (1998) assumem posição semelhante ao destacar essa fase da vida enquanto experiência humana, portanto, regada de contradições e significados múltiplos, uma vez que se relaciona com as condições objetivas e subjetivas da existência de sujeitos reais. Nesse sentido, a adolescência não pode ser compreendida como um período natural do desenvolvimento, mas sim como um momento que é significado e interpretado pelo próprio homem, como ressaltado por Ozella (2002:21):

Há marcas que a sociedade destaca e significa. Mudanças no corpo e desenvolvimento cognitivo são *marcas* que a sociedade destacou. Muitas outras coisas podem estar acontecendo nessa época da vida no indivíduo e nós não as destacamos [...] reconhecemos, no entanto, que há um corpo se desenvolvendo e que tem suas características próprias, mas nenhum elemento biológico ou fisiológico tem expressão direta na subjetividade. As características fisiológicas aparecem e recebem significados dos adultos e da sociedade.

Considerando a discussão acima, o presente estudo parte do princípio de que diferentes contextos vão repercutir na maneira de levar a vida de cada adolescente, sendo, portanto, pouco consistente procurar definições que delimitam essa fase a determinados comportamentos ou valores.

É verdade que adolescentes de uma mesma sociedade podem comungar de códigos específicos, mas também é verdade que nessa mesma sociedade, co-habitam adolescentes de distintos níveis sociais e econômicos (de uma determinada cor e sexo), levando-os a vivências particulares, distantes de serem percebidas como universais.

Dessa forma, seria precipitado propor uma idade para caracterizar o início e o término dessa fase da vida e, assim, correr o risco de atrelar determinadas experiências à idade cronológica. Por outro lado, existem requisitos que orientam a investigação epidemiológica, a estratégia de elaboração de políticas de desenvolvimento coletivo e a programação de serviços sociais e de saúde pública (BRASIL, MS, 2001a), que não podem ser desprezados. Sobre esse aspecto Burak (1996:01), ressalta *“definimos o grupo de adolescentes entre 10 e 19 anos e o grupo da juventude de 15 a 24 por razões fundamentalmente estatística, de planejamento e avaliação, porém, na realidade, concebemos a adolescência como um processo que, muitas vezes, começa antes dos 10*

*anos e não necessariamente termina aos 19 anos*”. Com esse cuidado, o presente estudo adotará a faixa etária entre 10 a 19 anos para “chamar” de adolescência<sup>3</sup>.

O contingente populacional constituído pelos adolescentes tem chamado a atenção dos países em desenvolvimento, por essa faixa representar, aproximadamente, 25% da população geral (OJEDA *et al.*, 1985). No Brasil, a estrutura etária vem sofrendo grandes mudanças nas duas últimas décadas devido à crescente queda de fecundidade, junto a alterações de padrões etários da mortalidade, influenciando diretamente o peso relativo da população infanto-juvenil e da população idosa (IBGE/FNUAP, 2002).

Dados relativos ao ano de 2003 apontam que a população de 10 a 19 anos no país representa 20% da população geral, o que corresponde a um total de quase 35 milhões de adolescentes, sendo 50,43% do sexo masculino e 49,56% do feminino. Acompanhando a tendência geral da população, a grande maioria dos adolescentes vive no meio urbano, representando aproximadamente 80% do contingente total desse grupo. Entre os que vivem no meio urbano e no meio rural, praticamente não existe diferença quanto ao sexo, estando os números equiparados (IBGE, 2004). Em Recife, no ano de 2003, esse grupo etário representa 19,5% da população o que corresponde aproximadamente a 280 mil adolescentes (IBGE, *op. cit.*).

## **1.2 Grupo com necessidades especiais**

### **1.2.1 Os adolescentes e a dinâmica saúde-doença**

Por ser um período do ciclo vital considerado relativamente saudável, tradicionalmente os problemas de saúde do adolescente foram pouco visibilizados nas políticas de saúde, que em sua maioria se orientam pelo instrumental clássico da medicina, calcado no eixo saúde-doença. Porém, as diversas transformações ocorridas no âmbito social, econômico, cultural e demográfico vêm chamando a atenção para as particularidades da demanda desse grupo (TRAVASSOS & LEBRÃO, 1998).

Quando se pensa na população adolescente, o espaço dos serviços de saúde, no entanto, não parece ser a imagem mais associada a esse grupo. Segundo Muza & Costa

---

<sup>3</sup> Após a conferência de Ministros e responsáveis pela juventude, em 1999, o Ministério da Saúde decidiu ampliar as ações da Área de Saúde do Adolescente de 10 a 19 anos para 10 a 24 anos, instituindo a área de Saúde do Adolescente e Jovem (Asaj) (BRASIL, MS, 2002). No entanto, esse estudo não acompanhou a recente incorporação porque no município de Recife, território do estudo, não houve a referida ampliação da faixa etária nas ações desenvolvidas.

(2002), ao mesmo tempo em que os adolescentes mostram-se resistentes em se aproximar das instituições de saúde, estas, por sua vez, apresentam dificuldades para acolher os adolescentes que a procuram, especialmente quando a demanda ultrapassa as enfermidades e patologias centradas no corpo físico. Ayres (1990) corrobora com a afirmação acima, ao apontar que:

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

O mesmo autor, em um trabalho mais recente (2000), destaca a importância do trabalho programático em saúde voltado para os adolescentes, por considerar esse grupo fértil e permeável à prevenção, à mudança e à construção, além da disponibilidade para o auto-conhecimento e a crítica – especialmente com aqueles adolescentes subprivilegiados, carentes de estímulos dessa ordem. Ressalta, entretanto, os limites do campo da saúde, o qual não pode assumir a tutela exclusiva do problema.

Nesse mesmo caminho, um jornal americano especializado na discussão sobre a saúde do adolescente, aponta que existe uma gama de fatores que afetam a trajetória de desenvolvimento desse grupo (o ambiente, a comunidade, a família, fatores individuais etc.), porém que há um importante “lugar” reservado ao campo da saúde nessa conjuntura. A melhoria do sistema de atenção à saúde é tida como mais exequível e realista entre esses inúmeros fatores, uma vez que o acesso à saúde tem sido associado à diminuição da vulnerabilidade, assim como, considerado um indicador de equidade (KLEIN, 2000).

Destacar a relevância da área da saúde não implica desconsiderar o papel de outros fatores ou setores da sociedade e, nesse sentido, chama a atenção a importância das ações que se realizam entre diferentes campos do saber. De acordo com Madalleno & Ojeda (1995), serviços de saúde para adolescentes que enfocam adequadamente suas necessidades biopsicosociais com uma harmoniosa convergência intersetorial, podem ser o ponto de partida para uma significativa reestruturação dos sistemas de saúde.

Dessa maneira, dentre algumas especificidades de saúde desse grupo, a questão da violência se destaca pelo seu caráter multifacetado e pelo peso social imbricado nas suas expressões. Barros (1999), ao realizar um estudo sobre mortalidade por causas externas de

crianças e adolescentes residentes do município de Recife, no período de 1979 a 1995, chegou a conclusão de que no grupo de adolescentes (10 a 19 anos) há aumento na taxa de mortalidade por causas externas no grupo geral, devido ao crescimento dos coeficientes de mortalidade por acidentes de trânsito e homicídios. Sendo os homicídios, a primeira causa de morte nessa faixa etária, durante toda a série estudada.

Segundo Ruzany *et al.* (2002), apesar do problema da mortalidade por homicídios não poder ser resolvido apenas pela rede básica de saúde, seria importante que os profissionais que atendessem adolescentes com indícios ou suspeita de conviverem com situações de conflito, pudessem buscar possíveis alternativas de enfrentamento à violência. E para a concretização dessa postura, mais uma vez, se fazem necessárias articulações e parcerias com outros setores da sociedade, superando assim, o modelo biomédico centrado no atendimento clínico.

Outras nuances da violência vem determinando a adoção de novas posturas frente às constantes ameaças no cotidiano. Muitas vezes é preferível o enclausuramento, ao risco de sair na rua e, às vezes, o próprio caminho de casa para a escola pode representar risco de violência, especialmente entre adolescentes de populações de baixa renda (MUZA & COSTA, 2002). E quando o risco está dentro de casa? De difícil mensuração, a violência sexual acomete principalmente adolescentes do sexo feminino (geralmente com registro subnotificado), diferentemente da violência por causas externas que tem uma “cara” marcadamente masculina (BRASIL, MS, 2004).

Por questões que transcendem a discussão do presente trabalho, comumente os agravos, doenças e comportamentos vulneráveis se expressam de maneira diferente em adolescentes do sexo masculino e feminino. Nesse sentido, destaca-se o abuso sexual, como uma prática que acomete mais vítimas do sexo feminino e o abuso de drogas, como uma característica mais fortemente relacionada aos homens.

Os dados epidemiológicos sobre abuso sexual são incipientes e pouco sistematizados. As informações disponíveis são aquelas registradas em delegacias, conselhos tutelares e ambulatórios. Não há, no entanto, uma metodologia uniforme na coleta de informações, as quais se limitam aos casos denunciados, ou seja, que revelam apenas uma pequena parte da realidade (ECOS, 2004). E, nesses casos também é indispensável um olhar mais atento dos profissionais de saúde para perceber indícios que podem estar atrelados à prática do abuso, como por exemplo, queixa recorrente de doenças sexualmente transmissíveis (DST) – para fazer, a partir daí, referência para as instituições responsáveis.



Em relação ao abuso de drogas, este pode representar grande impacto nesse período por estar frequentemente associado a transtornos como, acidentes, violência, suicídio e gravidez não planejada (BUSS, 2001; BRASIL, MS, 2001a). Destaca-se neste contexto, a bebida alcoólica que é uma droga lítica e cujo uso abusivo acarreta sérios prejuízos. Em relação aos adultos, há menos tolerância dos adolescentes sobre os efeitos do álcool, o que termina por deixá-los duas vezes mais expostos do que qualquer outro grupo etário, a se envolverem com acidentes (BRASIL, MS, 1999).

Outro aspecto preocupante diz respeito à suscetibilidade dos adolescentes para às DST/Aids. Apesar de apresentarem bom conhecimento sobre questões básicas de prevenção à Aids, ainda não se percebe grandes mudanças de comportamento na prática cotidiana, o que é evidenciado pelas altas incidências de HIV/Aids nessa população (BUSS, 2001; BRASIL, MS 2001a).

Dados do Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde de 2001 apontam que cerca de 70% dos casos de Aids ocorrem na faixa e 20 a 39 anos. Levando-se em consideração que o período em que o portador pode ficar assintomático gira em torno de 10 a 15 anos, provavelmente a maioria dos casos de infecção à Aids aconteceram na adolescência ou no início da idade adulta (JEOLÁS & FERRARI, 2003). Informações atuais revelam que casos da doença têm aumentado entre as mulheres, especialmente no grupo de 13 a 19 anos, ou seja, é entre as adolescentes que se encontra, proporcionalmente, maior crescimento da infecção pelo HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis (BOLETIM GESTOR, 2004).

É comum estudos apontarem que os adolescentes e jovens percebem o risco da Aids para seu grupo, porém atribuem pouco risco de infecção quando se trata de sua própria vulnerabilidade. Essa tendência foi confirmada em uma pesquisa que envolveu participantes de um projeto de extensão universitária, realizado em um serviço de saúde voltado para adolescentes. Os achados mostram que, do total de adolescentes, 86,4% das garotas e 85,7% dos garotos consideram grande o risco de o jovem adquirir Aids, enquanto apenas 11,4% das adolescentes e 10,2% dos adolescentes consideraram grande seu próprio risco de adquirir Aids hoje em dia (JEOLÁS & FERRARI, 2003).

Uma outra pesquisa, desenvolvida em Recife pela organização não governamental (ONG) Casa de Passagem, com 376 adolescentes do sexo masculino (14 a 20 anos) de escolas públicas, reafirma que a maioria deles está sendo negligente em prevenir as DST/Aids, por fatores relacionados a: confiança na parceira; crença de que as doenças só acontecem com os outros e até falta de recursos para comprar o preservativo. Chama a

atenção o dado de que, entre os adolescentes que têm vida sexual ativa, 61% não usam a camisinha sistematicamente nas suas relações sexuais (CARAVELAS, 2004).

Por fim, o fenômeno da gravidez na adolescência tem chamado a atenção pelo aumento da taxa de fecundidade nesse grupo, em confronto com a diminuição das taxas na população geral (BRASIL, MS, 2001a). Esse tema é bastante explorado na literatura sobre saúde do adolescente e muitos estudos sugerem que se trata de uma gravidez não desejada, não planejada, produto da falta de informação e de um contexto de desvantagem socioeconômica (MONTEIRO *et al.*, 1997). Ayres & França Junior (2000:81), ressaltam, por outro lado, a necessidade de evitar estereótipos “*que nos fazem ver a gestante adolescente como mais uma vítima infeliz de um ato inconseqüente que lhe roubará os anos dourados da juventude*”. O autores ainda assinalam que, a interpretação limitada desse fenômeno por parte dos serviços, pode trazer conseqüências danosas, em termos humanísticos, mais do que qualquer “risco gravídico”.

Dessa maneira, questões relativas à sexualidade e seus desdobramentos, à violência e suas diversas expressões e ao uso indevido de drogas (lícitas e ilícitas) são algumas das especificidades de saúde desse grupo populacional; bem como o atendimento especializado para diagnóstico e tratamento de determinadas doenças.

Além de dados sobre gravidez, que não é uma enfermidade, algumas doenças e agravos que acometem os adolescentes serão apontados no tópico a seguir. É importante deixar claro que a mensuração de transtornos com álcool, drogas e as variadas formas de violência ainda é pouco consistente, o que nos levou a apresentar informações de internação e de óbitos, as quais derivam de sistemas de informação nacionais que são alimentados sistematicamente. Considerando que os procedimentos ambulatoriais não estão incorporados nesses dados, vale a ressalva de que se trata apenas de um olhar aproximado da dinâmica de saúde e doença que envolve a população adolescente.

### **1.2.2 As principais expressões de morbi-mortalidade entre os adolescentes**

No Brasil, no ano de 2003, os dados das causas de internação hospitalar na rede pública entre os adolescentes apontaram expressivo destaque para a gravidez, parto e puerpério, representando metade das internações (50%) desse grupo populacional. Os seis principais grupos de causa de internação na faixa etária de 10 a 19 anos – gravidez, parto e puerpério (50%); causas externas (8,9%); doenças do aparelho respiratório (8,7%); algumas doenças infecciosas e parasitárias (7,3%); doenças do aparelho geniturinário

(5,2%); doenças do aparelho digestivo (5,1%), representaram em seu conjunto 85,2% das internações ocorridas (SIH/SUS).<sup>4</sup>

As causas de internação citadas acima não apresentam grande diferença para os subgrupos de idade de 10-14 e 15-19 anos, com exceção das doenças do aparelho geniturinário (em que o primeiro subgrupo detém 32,3% dos casos e o segundo 57,7%); e as internações decorrentes de gravidez, parto e puerpério, na qual a faixa de 15-19 anos predomina com, aproximadamente 95% dos casos; ficando o sub-grupo de 10-14 anos com 5% dos casos no país.

Em Recife, as internações referentes ao mesmo ano, seguem tendência semelhante às internações ocorridas em âmbito nacional no que diz respeito à gravidez, parto e puerpério (42,7%) e causas externas (11,9%) que se apresentam, respectivamente, como primeiro e segundo colocados em número de casos. Chama a atenção porém, o percentual de internação decorrente de *neoplasias* que tem expressão bastante diferente na esfera nacional e no município de Recife. Enquanto nesse último ocupou a terceira causa de internação entre os adolescentes, responsável por 7% dos casos; no território brasileiro ocupou a sétima posição entre os demais grupos de causa, responsável por apenas 2,7% das internações (SIH/SUS).

Os casos de gravidez, parto e puerpério entre as idades de 10-14 e 15 a 19 anos em Recife, apresenta-se com 6,7% e 93,3% respectivamente, revelando que o percentual das gravidezes abaixo de 15 anos no município é maior do que a média nacional (5%)<sup>5</sup>.

Apesar de apresentar baixo número percentual, a gravidez na faixa de 10-14 anos preocupar porque as complicações biológicas tendem a ser mais frequentes quando a mãe tem menos de 15 anos: há maior frequência de prematuridade, de baixo peso ao nascer, doenças respiratórias, trauma obstétrico, além de maior possibilidade de doenças perinatais e mortalidade infantil. Deve-se considerar, entretanto, que estes riscos se associam não só a idade materna, mas a outros fatores, como a baixa escolaridade, pré-natal inadequado ou não realizado, baixa condição socioeconômica, intervalos interpartais curtos e estado nutricional materno comprometido (CORREA & COATES, 1993).

---

4 Os dados do SIH/SUS representam a população que recorre aos serviços do SUS, que corresponde, aproximadamente, a 70% da população.

5 Em relação à população geral, o percentual de partos realizados pelo SUS na faixa etária de 10 a 19 anos em Recife é de 26,5% dos casos. Enquanto o sub-grupo de 10-14 anos representa aproximadamente 1,8% das internações; o de 15-19 anos responde por 24,6% dos casos, em relação ao total de partos, no ano de 2003.

Ainda sobre gravidez na adolescência faixa etária, dados disponibilizados no Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab), do município de Recife, sistema que abrange informações apenas das áreas cobertas pelo Pacs e PSF (aproximadamente 70% da população), relevam que a gestação entre adolescentes menores de 20 anos, alcançou a marca de 26,8% das gestações totais, no ano de 2003 (SIAB/SUS).<sup>6</sup>

Em relação às causas de óbitos entre os adolescentes, no Brasil, no ano de 2002<sup>7</sup>, as causas externas se sobressaíram de maneira expressiva, respondendo por 66% das mortes, seguido do quesito *achados anormais* com 6,5% e das neoplasias, responsáveis por 6% das mortes nessa faixa etária.

Os homicídios lideram o *ranking* dos óbitos por causas externas (49%), seguido dos acidentes de transporte (23%). Tendência inversa a dos países desenvolvidos, nos quais os acidentes de trânsito ocupam a primeira colocação nesse grupo de causa (LAURENTI, 1998). Chama a atenção os desdobramentos desses números quando se incorpora a variável sexo: os adolescentes homens representam 77% dos óbitos por causas externas, enquanto as mulheres, 23%.

No município de Recife, os dados sobre mortalidade apontam, para o mesmo ano, números ainda mais alarmantes: 77,4% dos óbitos decorreram do conjunto de causas que fazem parte da categoria causas externas; ficando em segundo lugar, as neoplasias (4,6%), seguido das doenças do aparelho circulatório (4,0%).

Há também um aumento expressivo do número de mortes decorrentes de homicídios no grupo das causas externas em Recife quando comparado com os dados nacionais. No município, esses são responsáveis 72% das mortes entre adolescentes, estando os acidentes de transportes logo em seguida, com “apenas” 14% dos óbitos.

Ainda sobre o quantitativo de óbitos apontados pelas causas externas, a diferença entre as mortes dos homens e das mulheres é bastante acentuada: 90,4% acontecem em adolescentes do sexo masculino e 9,6% no sexo feminino. Esses dados revelam a importância de se considerar um conjunto de práticas que perpassam o universo masculino, além da necessidade de intervir sobre esses últimos através de políticas e trabalhos que possibilitem alternativas menos perigosas.

---

<sup>6</sup> Dados de morbi-mortalidade referentes ao Distrito Sanitário III, *locus* do estudo, não foram trazidos pela dificuldade de localiza-los nos respectivos setores e serviços, situados em diferentes locais, atrelada à limitação de tempo.

<sup>7</sup> Ano mais recente com dados sobre óbitos do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).

Nesse sentido, um estudo da Organização Panamericana de Saúde, envolvendo os países da Costa Rica, Republica Dominicana e Brasil, revelou que, apesar da violência e dos acidentes constituírem a primeira causa de morte entre os homens adolescentes e jovens no nosso país, nenhum programa especial voltado para a saúde desse público foi encontrado (HUERTAS, 2001). Constatação que reforça a formulação e implementação de estratégias nesse campo, capazes de alcançá-los.

### **1.3. Os Adolescentes e as políticas sociais no Brasil**

#### **1.3.1. Movimento das políticas públicas no caminho de conceber os adolescentes como sujeitos de direitos**

Para Mattos (2003) as políticas podem ser consideradas respostas ou tentativas de respostas dadas pelo governo a certos problemas públicos. Num determinado momento ou em determinada época, é possível identificar quais problemas e questões são eleitas pelos que atuam no governo e, portanto, reconhecer àquelas geradoras de políticas. Em relação às políticas sociais, Viana (1997:208) aponta que *“foram e são expressões de um tipo de intervenção estatal, cuja finalidade é proteger os indivíduos contra os riscos inerentes à vida individual e social”*.

Nesse sentido, fazendo uma rápida retrospectiva histórica, percebe-se que quando a discussão gira em torno da mobilização da sociedade civil na busca pela garantia de direitos através de políticas públicas, o período da década de 80 foi significativo (LUZ, 2001). Assim, um salto representativo na história das políticas sociais foi a Constituição Federal de 1988, conhecida como “Constituição Cidadã”, que representa o marco jurídico da transição democrática e da institucionalização dos direitos humanos no país (GUEDES, 2001). A década seguinte, por sua vez, foi marcada pelas lutas e esforços de alguns setores da sociedade na regulamentação e implementação dos direitos sociais inscritos na Constituição (CUNHA & CUNHA, 2003).

Em relação aos direitos reservados às crianças e adolescentes, não foi diferente, a década de 90 também representou a luta e a conquista de leis e políticas destinadas a essas populações. Esse movimento aconteceu em vários países, com ressonância para o Brasil. Assim, em 1989 a Assembléia Geral das Nações Unidas adotou a Convenção sobre os Direitos da Criança, ratificada pelo Brasil em 1990, introduzindo no plano normativo: o valor intrínseco da criança e do adolescente como ser humano; a necessidade de especial respeito à sua condição de pessoa em desenvolvimento; o reconhecimento como sujeitos de

direitos, e sua prioridade absoluta nas políticas públicas (BRASIL, MS, 2001a; FNUAP, 2003).

Através do monitoramento e regulação no cumprimento dos direitos reconhecidos, o sistema internacional de direitos humanos criado pelas Nações Unidas possibilita que haja intervenção na defesa de grupos ou indivíduos vítimas de atos arbitrários de seus governos. Nesse sentido, o público adolescente e jovem tem sido cada vez mais visibilizado para a adoção de medidas específicas, a fim de manterem preservados e ampliados seus direitos (BRASIL, MS, 2001a). Como destaca Lavinias (1996:20):

Se mulheres e negros vieram a lutar, desde o século XVIII na Europa e nos Estados Unidos, pela sua cidadania, portanto pelo direito a integrarem a idéia iluminista universal de que todos os homens e mulheres são iguais, em todas as nações, de todas as raças e etnias, parece ser somente no limiar do século XX que crianças e adolescentes ascendem igualmente à condição de seres humanos individualizados que ganham autonomia crescente, ainda que parcial frente à família e à sociedade.

Dentre as proposições políticas que colaboraram para essa mudança de perspectiva, destaca-se, no Brasil, a substituição da antiga legislação exercida no período autoritário, inscrita no Código de Menores e executada através da Política Nacional do Bem-estar do Menor (CUNHA & CUNHA, 2003). A partir do artigo 227 da Constituição que exige a proteção integral à criança e ao adolescente, a política acima citada foi totalmente reformulada, passando assim, a visar a focalização em situações consideradas especiais (erradicação do trabalho infantil, controle das formas de violência e prevenção do uso de drogas através da aplicação de medidas sócio-educativas), e a implementação de maneira descentralizada dos conselhos e fundos de defesa dos direitos desses grupos (MENDONÇA, 2002).

No campo da Educação, em 1996, a partir da reformulação das Diretrizes Educacionais, houve a redefinição do conceito de saúde, entendendo sua interface com os aspectos sociais, refletindo dessa forma, preocupação com a redução da incidência das gravidezes, Aids e DST entre os adolescentes e jovens escolares. Assim, o tema “Educação para a Saúde” aparece nos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) com um tópico especial para a *orientação sexual*, que deve ser tratada de forma transversal em todas as disciplinas (ECOS, 2004).

Fruto de grande mobilização social, a elaboração do Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8.069 de 1990) representa um grande avanço ao conceber crianças e adolescentes como sujeito de direitos, sinalizando assim, mudanças no conteúdo, método e gestão das políticas de atendimento voltadas para esse público (COSTA, 2003a). As

mudanças citadas acima, por exemplo, certamente tiveram influência direta desse documento.

O Estatuto, diferentemente dos documentos da área específica da saúde, abrange pessoas até 18 anos de idade e, em situações especiais, entre 18 e 21 anos. No que se refere aos direitos ligados à adolescência e a saúde, em seu artigo 7º especifica que a criança e o adolescente tem direito à proteção à vida e à saúde, cabendo ao estado a efetivação de políticas públicas voltadas para o seu desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência. O artigo 11º, por sua vez, assegura atendimento médico à criança e ao adolescente, através do SUS, garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde (CONSELHO ESTADUAL DE DEFESA DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, 1990).

Entretanto, apesar do Estatuto e da Constituição reconhecerem os adolescentes como sujeitos pertencentes a uma categoria social, com necessidades específicas, em termos práticos, as políticas públicas para adolescentes ainda são muito incipientes (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2004). Ao menos em forma de “plano”, vejamos um pouco mais sobre o campo da saúde voltado para essa população.

### **1.3.2 A primeira política de saúde para o adolescente: a criação do Prosad**

A 42ª Assembléia Mundial de Saúde, em 1989, promovida pela OMS, decidiu indicar a criação de um programa de saúde para adolescentes, com base nas suas necessidades específicas, destacando alguns temas como: a gravidez na adolescência, as doenças de transmissão sexual, o consumo de tabaco, álcool e outras drogas, e a importância dos adolescentes serem vistos ao mesmo tempo como grupo beneficiário e como importante recurso para a promoção da saúde (BRASIL, MS, 2001a).

O fomento à criação de programas voltados aos adolescentes na América Latina, recebeu forte influência da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), por considerá-los um segmento populacional de risco social (RUZANY *et al.*, 2002). Além disso, essas iniciativas não ficaram restritas ao Brasil, abrangendo toda a América Latina e o Caribe (PERES & ROSENBERG, 1998).

Em 1989, cumprindo exigência constitucional, o governo brasileiro, por meio do Ministério da Saúde, cria assim, o Prosad. O objetivo geral do Programa era a atenção integral aos adolescentes de 10 a 19 anos, fundamentado numa política de promoção de

saúde, identificação de riscos, detecção precoce dos agravos com tratamento adequado e reabilitação (Ministério da Saúde, *op. cit.*).

Quatro anos depois, no ano de 1993, foram publicadas pelo Ministério da Saúde as Normas de Atenção à Saúde Integral do Adolescente que contemplavam as ações do Prosad. As Normas foram divididas em três volumes que abordavam diferentes temas:

- volume I – Diretrizes gerais para atendimento de adolescentes; acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; distúrbios da puberdade e desenvolvimento psicológico do adolescente;
- volume II – Saúde mental e sexualidade na adolescência;
- volume III – Assistência ao pré-natal, ao parto e ao puerpério; planejamento familiar; doenças sexualmente transmissíveis e problemas ginecológicos.

Dentre os critérios básicos para a organização do serviço, destacavam-se a caracterização dos princípios que deveriam nortear o trabalho desenvolvido com a população-alvo. Nesse sentido, a implantação do Prosad deveria ter como princípio básico a atenção integral com abordagem multiprofissional ao adolescente, através de um sistema hierarquizado que pudesse garantir a referência e contra-referência nos diferentes níveis de complexidade da assistência.

A equipe deveria ser composta por profissionais de diferentes formações, com a recomendação da participação da equipe em palestras, grupos do serviço, visitas domiciliares e outras atividades externas, a fim de captar os múltiplos aspectos: biológicos, emocionais e sócio-econômicos, devendo ser atendido por equipe multiprofissional capacitada para atendimento integral do indivíduo como um todo biopsicossocial.

Além dessas diretrizes, esses documentos já apontavam que o acesso do adolescente deveria ocorrer preferencialmente através da rede de atenção primária, com enfoque na prevenção e promoção da saúde. Compreendendo-se que a atenção primária abrange todo o contexto da vida do adolescente como: família, escola, trabalho e comunidade (setores organizados, artísticos, culturais, desportivos e outros).

Segundo Guedes (2001), na década de 80 já era possível apontar a implementação dos primeiros programas calcados na proposta da atenção básica e definidos como integrais. Nesse sentido, são ressaltados o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Paism) e o Programa Integral da Saúde da Criança (Paisc), porém a autora chama a atenção que por questões relacionadas à formulação e planejamento dos programas pelo Ministério da Saúde, que por sua vez sofreram críticas pela maneira simplificada de



elaboração dos mesmos, garantiu-se apenas a cobertura para as populações-alvo, sem que houvesse maior correspondência com as idéias preconizadas pelo Movimento da Reforma Sanitária.

O Prosad que também nasceu no final dos anos 80, passou por processo semelhante de construção no que diz respeito à proposta de uma ação integral e que privilegiasse a atenção primária (MENDONÇA, 2002). Contudo, mais recentemente, o programa vem sendo alvo de revisão e questionamentos pela política nacional da área - atingindo também as deliberações e propostas das políticas estaduais e municipais - uma vez que boa parte das diretrizes no seu plano normativo, não estavam sendo respeitadas.

Ainda que parcela das propostas escritas no marco teórico dos programas citados acima, não tenham sido incorporadas na prática cotidiana dos serviços, é possível perceber certa preocupação das respostas governamentais com a noção de integralidade, que pode se caracterizar *“pela recusa em objetivar e recortar os sujeitos sobre os quais as políticas de saúde incidem, e que, portanto, amplia o horizonte de problemas a serem tratados pela política”* (MATTOS, 2001 p. 59).

Atualmente, com o fortalecimento da descentralização da gestão municipal, é percebida uma orientação no sentido de transformar a atenção à saúde do adolescente em uma atribuição a ser maciçamente desenvolvida pelo Programa de Saúde da Família (PSF) a fim de melhor intervir sobre essa população.

Nesse sentido, Mendonça (2002:126) chama atenção para as particularidades do trabalho com adolescentes e lança a seguinte observação *“em que medida sua forma de atendimento (dos PSF) atinge esse segmento social com suas complexas necessidades?”*. Por outro lado, a autora assinala que a proximidade alcançada pela estratégia do Programa de Saúde da Família pode representar o favorecimento de um trabalho de articulação entre diferentes setores, melhorando assim, o desempenho das intervenções.

## **Capítulo II**

### **O Sistema Único de Saúde e a integralidade na atenção à saúde do adolescente**

## **Capítulo II: O Sistema Único de Saúde e a integralidade na atenção à saúde do adolescente**

### **2.1 SUS: um novo modelo de atenção à saúde?**

A reforma brasileira de saúde ocorreu em 1988 com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse novo modelo de assistência à saúde definiu que as ações tanto curativas como preventivas passariam a fazer parte das incumbências dos gestores públicos. Além disso, ficaram estabelecidos os princípios da universalidade, equidade e integralidade na atenção à saúde, sob as diretrizes da descentralização dos serviços e da participação e controle social da comunidade (VIANA & DAL POZ, 1998).

Essas propostas vinham sendo pensadas e discutidas durante um longo período de tempo por diferentes atores sociais, quando, em 1986, os princípios e diretrizes da reforma foram sistematizados na 8ª Conferência Nacional de Saúde. Sobre esse movimento, Barros (1995:114) destaca:

...Havia uma extraordinária unidade em torno de alguns pressupostos básicos acerca do que deveria ser a bandeira de luta dos movimentos sociais relativos à saúde e da exigibilidade da ação do Estado para garanti-lo; a afirmação da multideterminação das condições de saúde, a exigência de um olhar multidisciplinar e da ação multisetorial para compreendê-las e assegurá-las e a luta por um sistema de saúde capaz de prover atenção integral com equidade.

Assim sendo, foram eleitos como principais elementos desse histórico encontro: o conceito ampliado de saúde; o reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do estado; a participação popular; a constituição e ampliação do orçamento social e a construção do Sistema Único de Saúde (PAIM, 1999).

O aparato normativo do SUS, ocorreu nos anos 90, a partir das Lei Orgânica da Saúde (LOS – 8080/90 e 8142/90) e de várias normas e portarias emitidas pelo Ministério da Saúde - representadas pelas Normas Operacionais Básicas (NOB) - responsáveis pela regulamentação jurídica do Sistema Único de Saúde (VIANA & DAL POZ, 1998).

Enquanto a Lei n. 8.080, de 19 de novembro de 1990, teve o papel de regular o conjunto de ações e serviços e suas devidas condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde; a Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, tratava da participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) – Conferências de Saúde e Conselhos de Saúde – e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros da área (CONASEMS, 1990).

Em relação às NOB-SUS, pode-se afirmar que são instrumentos jurídico-institucionais, bem como estratégias de implementação, que tentam responder ao desafio

da operacionalização do SUS nos anos 90, buscando dar continuidade ao processo de descentralização e à estruturação do sistema. Nessa perspectiva, estão voltadas para a regulamentação das relações entre as esferas de governo, no tocante a mecanismos de financiamento, administração dos conflitos e possibilidades do exercício da função indutora e regulatória pela gestão nacional do SUS (GUEDES, 2001).

Dessa forma, a maneira como o mais recente sistema ia funcionar em termos gerenciais e organizacionais foram sendo reguladas e oficializadas através dos documentos citados acima.

Assim como no Brasil, outros países experimentaram reformas nos seus respectivos sistemas de saúde na década de 90 e, no caso nacional, alguns problemas se destacaram como obstáculos à operacionalização do SUS: definição clara para os três entes governamentais (federal, estadual e municipal); o financiamento das ações de saúde; as formas de articulação entre os setores públicos e privados; e por último, a tendência em manter as práticas assistenciais baseadas no antigo modelo, ou seja, calcadas na doença e em ações curativas (VIANA & DAL POZ, 1998).

Dentre os obstáculos que impedem o percurso da Reforma e a concretização do SUS, a revisão do antigo modelo de assistência à saúde pode ser entendido como um dos grandes desafios atuais. Nesse sentido, Paim (1999) aponta que no Brasil co-existem dois modelos que ora se complementam, ora se esbarram na implementação de suas ações. Esses modelos são denominados pelo autor de modelo “assistencial sanitaria” e modelo “médico-assistencial privatista”. Enquanto o primeiro representa a Saúde Pública tradicional e tem buscado resolver os agravos à saúde através da realização de determinadas campanhas (combate à dengue, vacinação etc.) e de programas especiais (saúde da criança, saúde da mulher etc.); o segundo modelo, mais hegemônico no país, tem sua prática baseada na demanda espontânea – aquela em que o indivíduo procura por iniciativa própria os serviços de saúde, ao sentir necessidade.

Ao avaliar esses dois modelos, são apontadas como características mais marcantes do modelo “assistencial sanitaria” a elaboração de campanhas com caráter pontual, como uma maneira de amenizar as ações que deixaram de ser realizadas rotineira e sistematicamente pela rede de serviços; assim como a criação de programas – definido como um conjunto de recursos e de atividades que visam objetivos específicos – que geralmente funcionam de forma desintegrada de outras ações desenvolvidas. Como exemplo dessa não interlocução, o autor cita: *“o caso dos programas de controle da tuberculose ou de saúde da criança e da mulher, que muitas vezes não tem nada a ver com*

*os programas e campanhas de imunização e com as atividades de vigilância epidemiológica*” (PAIM, *op. cit.*, p. 459).

Em relação ao modelo “médico-assistencial privatista”, este é facilmente caracterizado pela concentração na “demanda espontânea” presente em diferentes serviços públicos, como hospitais, postos de saúde, laboratórios etc. Desta maneira, não existe a preocupação desses serviços em se planejar para atender às necessidades de uma população definida, o que vem reforçar o caráter curativo e individualizado desse tipo de modelo (*id. ibid.*).

Pode-se constatar então, que em ambos os modelos não há uma preocupação com o sistema de saúde em sua totalidade, nem se evidencia um estímulo à descentralização na organização dos serviços (*idem*).

A identificação desses problemas e lacunas tem levado, mais recentemente, à elaboração de modelos de saúde que visem à concretização dos princípios e diretrizes do SUS, o que requer uma mudança significativa no modo de funcionamento da rede de serviços. Sendo fundamental, portanto, uma reorientação da demanda, na qual a concentração dos atendimentos e ações passariam da “demanda espontânea” para uma “oferta organizada” a partir do levantamento das necessidades de saúde da população de um determinado território (*idem*).

De acordo com Barros (1995), no entanto, mais do que reorientação da demanda é necessária uma profunda transformação das práticas em saúde, as quais foram por muito tempo, orientadas sob a lógica de um modelo de atenção bastante destoante dos preceitos defendidos pelo SUS. E mudanças dessa dimensão levam tempo para serem incorporadas, o que indica a convivência dessas duas maneiras de compreender e organizar o sistema de saúde, durante o processo de transição. Dessa forma, os primeiros passos para a revisão do “antigo” modelo, podem ser melhor compreendidos a seguir.

### **2.1.1. O processo de descentralização e o enfoque na Atenção Básica**

No plano internacional, antes da implementação do SUS, alguns movimentos e organizações já sinalizavam a necessidade de revisão do modelo de atenção à saúde. Nesse caminho, em 1978 foi realizada a Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde, em Alma Ata, que teve seu documento final nomeado de *Declaração de Alma Ata*. Essa declaração preconizou os princípios da atenção primária à saúde, da participação comunitária e das ações de promoção, como estratégias para melhorar os níveis de saúde

das populações, especialmente dos países em desenvolvimento, com o objetivo de alcançar Saúde para Todos no ano 2000 (GUEDES, 2001; ALBUQUERQUE, 2003).

Além da formulação de estratégias que visassem remodelar os sistemas nacionais de saúde, os governos participantes se comprometeram em implementar a atenção primária e garanti-la através de programas e serviços essenciais, da ampliação da cobertura e do acesso, da estruturação de um sistema de referência e da participação comunitária (GUEDES, *op.cit.*). Como pode ser observado, muitos dos preceitos norteadores do SUS já haviam sido mencionados nos acordos estabelecidos nessa Conferência.

A partir da importância que a Atenção Básica ocupou nas discussões e agenda da saúde, em 1986 foi realizada a primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde na cidade de Ottawa, Canadá. Como “fruto” desse encontro foi construída a *Carta de Ottawa*, documento que também teve grande significância na formulação dos princípios e valores defendidos pelo Sistema Único de Saúde, sendo uma das contribuições centrais da Carta, a revisão e ampliação da noção de saúde que passou a ser concebida como o acesso a um conjunto de serviços e valores (*Ib.id*). Além disso, relacionou as ações centrais da promoção em cinco pontos: construção de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes saudáveis; reforço à ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais e, por fim, a reorientação dos serviços de saúde (FERREIRA & BUSS, 2001).

A reforma do sistema de saúde no Brasil ainda passa por muitas mudanças a fim de afinar as propostas encabeçadas pelo movimento da reforma sanitária. No entanto, a partir da segunda metade da década de 90, é possível perceber algumas iniciativas para a reorganização da Atenção Básica em Saúde, centradas, principalmente na estratégia do Programa de Saúde da Família (SILVA JUNIOR & MASCARENHAS, 2004).

De acordo com a portaria 3.925/98, a Atenção Básica é definida como *um conjunto de ações de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação* (BRASIL, 1998).

As ações voltadas à Atenção Básica, que tem o Programa de Saúde da Família (PSF), junto ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) como interlocutores privilegiados, são: consultas médicas em especialidades básicas, atendimento odontológico básico, vacinação, assistência pré-natal, atividade de planejamento familiar, pequena cirurgia, atividades do Agente Comunitário de Saúde, orientação alimentar e nutricional, ambulatorial e comunitária (BRASIL, 1998 a).

Com a elaboração da Norma Operacional de Assistência Social (BRASIL, 2001c) outras atividades foram incorporadas pela Atenção Básica à Saúde, dentre as quais: o controle da tuberculose, erradicação de hanseníase e ações da saúde da criança e da mulher (GUEDES, 2001). Chama a atenção o fato de que, nesse documento, com exceção da atenção à gestante adolescente e à prevenção de problemas odontológicos, não é mencionada nenhuma ação específica voltada para a população adolescente.

As estratégias do Pacs e PSF podem ser apontadas como um grande avanço para o processo de descentralização da saúde. O PSF, inclusive, revelando mudanças importantes na forma de remuneração das ações de saúde (superando a exclusividade do pagamento por procedimento) e nas formas de organização dos serviços, proporcionando novas práticas assistenciais no plano local<sup>8</sup> (VIANA & DAL POZ, 1998).

A relação entre o Pacs e PSF certamente está no redirecionamento das ações programáticas de saúde, que passam a focar a família em detrimento de uma atenção voltada exclusivamente para o indivíduo. Nesse sentido, é legítimo afirmar que o Pacs<sup>9</sup> é um antecessor do PSF, na medida em que o olhar é direcionado para a família e, na medida em que introduz uma nova visão da intervenção em saúde:

[...] O Programa [Pacs] também introduziu uma visão ativa na intervenção em saúde, de não “esperar” a demanda “chegar” para intervir, mas de agir sobre ela preventivamente, constituindo-se, assim, em instrumento real de reorganização da demanda. Além disso, outro diferenciador são as concepções de integração com a comunidade e de um enfoque menos reducionista sobre a saúde, não centrado apenas na intervenção médica (VIANA & DAL POZ, 1998:18).

Pode-se afirmar que as atividades e ações desenvolvidas pelo Pacs impulsionaram a formulação do PSF que tem como princípio transforma-se em um instrumento de reorganização do SUS e da municipalização. Em 1995, o PSF foi transferido da Fundação Nacional de Saúde para a Secretaria de Assistência à Saúde. A partir dessa transferência, a forma de remuneração do Programa foi revista (superando a forma convencional) o que sinalizou sua maior importância dentro do Ministério, além de ter reforçado seu caráter de instrumento re-organizador do SUS. A partir de 1996, o PSF e o Pacs começam a se integrar - uma vez que a equipe da saúde da família inclui o agente comunitário - com a

---

<sup>8</sup> Para dar legitimidade e reforço a tais mudanças, o Ministério da Saúde criou uma nova Norma Operacional Básica (NOB/96) que estabelece nova forma de transferência de recursos interinstâncias de governo na forma de pagamento dos serviços de saúde (não apenas por procedimentos).

<sup>9</sup> O Pacs surgiu no final da década de 80, no sertão cearense, com a proposta de realizar ações básicas voltadas para o público materno-infantil. Inicialmente era tido como um programa estadual, com caráter emergencial, porém como foi considerada uma experiência com repercussões positivas, ganhou notoriedade e se expandiu como relevante estratégia de ação no campo da saúde (SILVA, *et al.*, 2004).

grande missão de resignificar e remodelar o modelo de saúde dominante (VIANA & DAL POZ, *op. cit.*; GUEDES, 2001).

A Equipe de Saúde da Família (ESF) 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 com uma rede de serviços com diferentes níveis de complexidade – estabelecendo um sistema de referência e contra-referência que garanta resolutividade e possibilite o acompanhamento dos pacientes (BRAGA DA SILVA, *et al.*, 2004).

Sobre a composição da equipe, é formada, pelo menos, por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e por cerca de cinco a seis agentes comunitários de saúde que ficam responsáveis por, no máximo, 4.5000 pessoas – que representa aproximadamente 800 a 1000 famílias e, a partir do ano 2000, dentistas. A incorporação de outros profissionais como assistente social e psicólogo poderá ocorrer de acordo com as necessidades e possibilidades do município (BRASIL, MS, 1998a).

Nesse sentido, é importante destacar a participação dos agentes comunitários de saúde no trabalho realizado nas Unidades de Saúde da Família (USF), uma vez que seu envolvimento com a comunidade o caracteriza como interlocutor privilegiado entre a equipe, o serviço e o usuário (GUEDES, 2001; BRAGA DA SILVA *et. al*, 2004).

Viana & Dal Poz, (1998) ainda apontam que a tendência das ações do PSF tem sido atender às populações mais carentes, enquanto algumas áreas do município, com pouco risco, continuam sendo assistidas pelo modelo antigo. E acrescentam que, em um momento de transição, a convivência de dois modelos pode trazer benesses, porém os atuais documentos do Programa sinalizam para uma adoção mais homogeneia dos PSF pelos municípios brasileiros, baseada no êxito de sua implementação, especialmente em áreas mais pobres.

## **2.2. A Integralidade e o Sistema Único de Saúde**

Na lei que regulamenta o SUS (8.080/90) a integralidade corresponde a um princípio, ao lado da universalidade e equidade da atenção. Já na Constituição, o termo aparece como uma diretriz que assegura a realização do *atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais* (BRASIL, 1988).



Mattos (2001; 2003) assinala, contudo, que a *integralidade* não pode ser entendida apenas como uma diretriz ou princípio do SUS, mas como uma “bandeira de luta”, como um ideal a ser defendido e buscado por todos aqueles que a relacionam com a possibilidade de uma sociedade mais justa e solidária.

Não é tarde lembrar que o sentido da integralidade, junto aos demais princípios e diretrizes propostos, nasceram de movimentos de oposição que teciam fortes críticas às instituições e organizações de saúde vigentes nas décadas que precederam o início da construção do sistema unificado. Com a implementação do SUS, e considerando que vários avanços foram alcançados, o autor ressalta a importância de se manter a postura e o olhar vigilantes para que os princípios e diretrizes conquistados não se vejam esvaziados de significados (MATTOS, 2001).

Nesse sentido, corre-se o risco de esvaziar o significado desses princípios ao se fazer uso dos mesmos de forma banalizada, porque ao defender algo de que não se tem clareza, “*as noções deixam de ser capazes de diferenciar aspectos e valores presentes em diferentes configurações do sistema, das instituições ou das práticas nos serviços de saúde; perdendo, assim, sua utilidade na luta política*” (MATTOS, *op. cit.*, p. 43).

Com esse cuidado, o autor discorre sobre as noções de integralidade, sem a intenção de defini-la de maneira unívoca, mas com a preocupação de refletir sobre os possíveis sentidos dessa expressão, no que pese seus limites e potencialidades.

Desta forma, o primeiro sentido de integralidade sublinhado por Mattos relaciona-se ao movimento denominado de medicina integral. As atitudes fragmentárias e reducionistas dos médicos, que desconsideravam as dimensões sociais e psicológicas dos pacientes, foram questionadas, especialmente nas escolas médicas dos Estados Unidos, e a partir de tais observações houve a formulação da proposta de reformas nos currículos dos cursos médicos, a fim de fomentar a formação com um caráter mais integral. Para esse movimento, a integralidade era caracterizada pela recusa dos médicos em reduzir o paciente ao aparelho ou sistema biológico (MATTOS, *ib. id.*)

Além da menção ao papel da integralidade na assistência voltada para o paciente, também é fortemente defendida a idéia da articulação entre a prática assistencial e a prática preventiva, sendo consideradas como distintas e essenciais à percepção mais ampliada das necessidades dos sujeitos. Enquanto as atividades assistenciais são aquelas demandadas diretamente pelo usuário, as preventivas *se enquadram na perspectiva de modificar o quadro social de uma doença, podendo inclusive modificar a demanda futura por serviços assistenciais* (MATTOS, 2003:53).

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

De acordo com Albuquerque (2003), 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 ação se confundirem nas práticas de saúde oferecidas pelos programas de atenção primária no Brasil, nos quais ainda prevalecem as ações preventivas com caráter assistencial.

Parece que há muito por fazer, e certamente a responsabilidade do atual cenário não se restringe apenas ao modo de agir dos profissionais de saúde, existe uma dinâmica já cristalizada em associar atenção à saúde à práticas curativas - centradas na figura do médico. Quando um indivíduo recorre a uma instituição de saúde à procura de assistência, por exemplo, ou quando lhe são oferecidas ações de caráter preventivo ou de promoção, existe a expectativa da presença e intervenção de algum profissional, em especial? São inúmeros os trabalhos que abordam a questão da centralidade do médico no processo saúde e doença (PINHEIRO, 2001; PINHEIRO & LUZ, 2003; NUNES, 1995; BODSTEIN, 1997).

Além disso, deve-se considerar que as representações relacionadas à concepção de saúde e doença, no imaginário social, geralmente são associadas às intervenções assistenciais (PINHEIRO, 2001). Mas não apenas no plano do imaginário, a lógica curativa, centrada na doença está presente; ela também é observada no modo como os serviços são planejados, organizados e prestados à população (PINHEIRO & LUZ, 2003).

Nesse caminho, Mattos (2001) ressalta que mesmo quando o conhecimento é de cunho biomédico, a integralidade precisa ser pensada a partir da comunhão de diferentes formações na área da saúde e não apenas da formação médica. Além disso, para garanti-la, não é suficiente que cada profissional se posicione a partir da perspectiva da integralidade, mas que haja revisões no modo de funcionar o trabalho em equipe.

Segundo Levcovitz (1997, citado em PINHEIRO & GUIZARD, 2004) a incorporação da noção e do conceito de atenção integral na agenda da reforma do sistema

de saúde brasileiro estava diretamente relacionada com a necessidade de superar as marcantes dicotomias existentes entre preventivo/curativo e individual/coletivo, presentes nas políticas de saúde no Brasil, através da separação dos campos da saúde pública e da atenção médico hospitalar.

A partir das proposições do SUS, o modo de organização das equipes de trabalho e dos serviços de saúde, de um modo geral, sofreu significativas transformações. Assim, a demanda que era expressivamente espontânea, passa a ser pensada de maneira programática, ou seja, as ações passam a fazer parte de um plano programático do serviço de saúde, a fim de responder de maneira mais adequada às necessidades de saúde da população atendida. Recomendações quanto à possibilidade de aproveitar a demanda espontânea para realizar outras atividades de saúde com os usuários, como por exemplo, a investigação de outros possíveis agravos e o desenvolvimento de ações coletivas, também foram enfatizadas (MATTOS, 2001).

Essa questão é especialmente relevante para o presente estudo, uma vez que o público adolescente é um segmento populacional que não apresenta grande procura aos serviços de saúde (AYRES, 1990), daí a importância da organização dos serviços de modo a contemplar as necessidades desse grupo, planejando atividades e ações que ultrapassem as medidas de caráter curativo.

Nesse sentido, esperar a demanda chegar pode ser o atestado de uma atenção e de uma prática distantes da noção de integralidade. Arruda (1998, *apud* PINHEIRO, 2001), aponta que a demanda pode expressar a necessidade de quem procura, mas por diversos aspectos, pode deixar de contemplar necessidades de parcela da população que: desconhece o que precisa; não têm informação sobre a existência da solução de seus problemas; se vê impossibilitada de pagar pelos serviços e pela ausência de ofertas dos serviços desejados.

Sobre esse último aspecto, documentos e estudos são enfáticos ao afirmarem que os serviços de saúde precisam ser mais atrativos aos adolescentes, oferecendo atividades de assistência, prevenção e promoção que despertem interesse, para que haja maior diálogo entre esse público e os serviços de saúde (BRASIL, MS, 2001b; GROSSMAN *et al.*, 2004).

Uma outra vertente da integralidade pode ser caracterizada pela maior facilidade de acesso à saúde dos diversos segmentos populacionais, através da garantia de uma rede regionalizada e hierarquizada. No entanto, apesar dos avanços do SUS, a garantia do acesso da população a todos os níveis de complexidade de serviços, ainda representa um

desafio na estruturação e organização do sistema único de saúde (PINHEIRO, 2001). Segundo a autora, as principais dificuldades relacionadas ao sistema de referência e contra referência entre os serviços e, conseqüentemente, para a garantia da integralidade, consistem na dificuldade de acesso a determinadas especialidades (geralmente as de alto custo) e na ausência de conhecimento ou interesse do médico em encaminhar o paciente (PINHEIRO, *op.cit.*). Além disso:

... Ao se criar um sistema de referência e contra-referência que funcione, é necessário muito mais que o estabelecimento de um fluxo e contrafluxo de pacientes e de informações gerenciais e tecnocientíficas, mas sobretudo reconhecer que nesse sistema deverão ser difundidos conhecimentos necessários para a melhoria da qualidade do atendimento realizado pelo sistema de saúde local no qual está situado (PINHEIRO, 2001:74).

Como apontado acima, o princípio da integralidade aparece no texto constitucional como o acesso do usuário ao atendimento integral nos diferentes níveis de complexidade do sistema, a partir de suas necessidades. Cecílio (2001) ratifica essa noção ao defender que a integralidade precisa estar presente na relação entre os serviços, além de existir na ação de cada profissional, em cada serviço, mesmo naqueles considerados muito especializados. Nesse sentido, o autor faz a ressalva de que numa rede hierarquizada de serviços de saúde, àqueles que realizam procedimentos “mais complexos”, geralmente concebidos como *lugares de finalização*, de *demandas pontuais*, pouco se preocupam com a integralidade, desconsiderando a possibilidade e a necessidade de uma escuta que prestigie a singularidade daqueles que recorrem a tais procedimentos:

Poder-se-ia argumentar que é exigir demais que os serviços superespecializados se dediquem a fazer uma escuta mais cuidadosa, bastando a eles cumprir sua parte de oferecer o atendimento especializado necessário naquele momento. A integralidade, por essa visão, seria conseguida por uma boa articulação entre os serviços, cada um “cumprindo sua parte”. Pode ser. Ou, pelo menos, os paradigmas de atenção que temos trabalhado, entre outras coisas pela formação que a Academia continua produzindo, não nos permite pensar de outra forma. Mas creio que temos que nos ocupar de pensar novas maneiras de realizar o trabalho em saúde. Por exemplo, um episódio de internação hospitalar pode ser uma situação privilegiada para se estabelecer vínculos, mesmo que temporários, e se trabalhar a construção de autonomia do “paciente” (CECÍLIO, 2001:119).

Em relação à população adolescente, é comum, por exemplo, as do sexo feminino se internarem para ter o bebê, e aí é possível estimular a prática da amamentação, a procura pelos serviços de planejamento familiar etc. Além de respeitar o momento da gestante, evitando comentários e práticas preconceituosas, capazes de afastá-las dos serviços de saúde.

### 2.3 A integralidade na atenção à saúde do adolescente

O que se define por atenção integral à saúde do adolescente, não é diferente do esperado para a população geral, porém, para esse grupo populacional a integralidade pode ser eleita condição primordial, considerando as necessidades específicas do período (BRASIL, MS, 2001a). Entretanto, apesar dessa proposição, Traverso & Pinheiro (2002) ressaltam que no caso da adolescência, mais do que qualquer outro período da vida, fica evidente a fraqueza do sistema de saúde vigente, que, ao partir de uma visão unidimensional, desconsidera a diversidade de patologias "não orgânicas" que ameaçam suas vidas. As autoras citam o exemplo de determinados programas de intervenção que costumam focalizar sua atenção apenas na saúde reprodutiva, negligenciando a preocupação com o caráter multifacetado da saúde humana.

Ayres (1990) reforça as colocações acima, ao afirmar 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.

Outro relevante aspecto no trabalho voltado para esse público é a utilização da abordagem multiprofissional e interdisciplinar, por parecer mais apropriada em responder às demandas individuais e coletivas dos adolescentes - considerando os diferentes aspectos que interagem no cotidiano e no contexto em que estão inseridos (FORMIGLI, *et al.*, 2000).

Paduzzi e Palma (2000) ao discorrerem sobre os significados dos termos multidisciplinaridade e interdisciplinaridade, ressaltam que o prefixo *multi* traduz a justaposição de trabalhos realizados por um conjunto de pessoas com diferentes qualificações técnicas, já o prefixo *inter* está relacionado à uma integração, a uma rede que considera cada um dos saberes com seus respectivos aportes teóricos e práticos, buscando assim, a cooperação e coordenação do trabalho coletivo.

Pinheiro (2001) acrescenta que para existir o diálogo e interação entre as disciplinas, é necessário, para além da existência de diferentes formações (psicólogos, fonoaudiólogos, enfermeiros etc.) nos serviços de saúde, a revisão de valores e idéias calcadas na racionalidade médica contemporânea.

Um estudo sobre o papel de oficinas preventivas<sup>10</sup> desenvolvidas com adolescentes, revelou a importância do diálogo interdisciplinar entre profissionais e estudantes de enfermagem, medicina, serviço social e ciências sociais. De acordo com as autoras da pesquisa, a interação entre diferentes disciplinas permite o exercício de desconstrução de categorias analíticas elaboradas no interior de cada disciplina. Assim, conceitos como adolescência, risco e prevenção podem ser revistos e resignificados a partir de diferentes olhares, proporcionando uma visão mais ampliada de cada fenômeno discutido (JEOLÁS & FERRARI, 2003).

Discorrendo sobre as possibilidades de ações coletivas e educativas, o trabalho de *oficinas* com os adolescentes, segundo Rena (2001, citado em JEOLÁS & FERRARI, 2003) consiste em uma prática capaz de propiciar a reflexão e a transformação de diferentes elementos da vida, especialmente porque são compartilhados entre os pares.

Ao investigar a opinião dos adolescentes sobre a participação em oficinas que abordaram temáticas relacionadas à sexualidade, DST/Aids e relações de gênero, Jeolás & Ferrari (2003:615) apontam que os mesmos consideram essa atividade propícia para a discussão de assuntos dificilmente tratados em outros espaços institucionais:

As oficinas representam um espaço para eles começarem a refletir sobre as relações sociais nas quais estão inseridos, sobretudo no que diz respeito à sexualidade, podendo possibilitar a criação de uma maior autonomia, necessárias para torná-los sujeitos de sua própria sexualidade.

Na medida em que essa prática pode favorecer o desencadeamento de processos internos de revisão de valores e posturas, podem ser consideradas como instrumento valioso na prevenção e promoção da saúde. Nesse sentido, as oficinas podem ser compreendidas como o início de um processo a ser complementado pela família, pela escola e por políticas sociais voltadas para os adolescentes (JEOLÁS & FERRARI, *op. cit.*).

Por outro lado, não é tarde lembrar que o modelo vigente de formação profissional, em especial na área médica, reforça uma formação clínica na vertente das ciências biomédicas, deslocando o social para a periferia da formação (NUNES, 1995). Esse tipo de modelo, certamente afasta a possibilidade de realização de qualquer atividade que fuja do

---

<sup>10</sup> As oficinas faziam parte de um projeto de extensão universitária realizado em um serviço público de saúde com atendimento integral ao adolescente. Os temas abordados giravam em torno de assuntos relacionados à prevenção de DST/Aids e saúde sexual e reprodutiva.

escopo corpo-biológico, como o desenvolvimento de oficinas temáticas - o que termina por comprometer a visão da saúde sob a perspectiva da integralidade.

Observa-se, dessa forma, que a integralidade (ou a ausência dela) pode assumir diferentes faces, através de atitudes, práticas e maneiras de organizar o sistema de saúde. Porém, para nesse estudo, serão adotadas duas dimensões propostas por Cecílio (2001).

A primeira dimensão da integralidade a ser avaliada será aquela exercida em uma unidade de atenção à saúde, denominada de *integralidade focalizada*. Pretende-se apreender com essa dimensão, as práticas e interlocuções entre a equipe multidisciplinar, no espaço singular dos serviços que fizeram parte do estudo.

Segundo Cecílio (2001), o espaço singular de cada serviço está organizado a partir das recomendações e relações com o espaço superior, porém, ainda assim, o autor defende que o espaço “micro” tem autonomia e capacidade para criar um lugar em que a integralidade seja regada e construída. E acrescenta:

O resultado dessa integralidade focalizada há de ser o resultado do esforço de cada um dos trabalhadores e da equipe como um todo. Cada atendimento, de cada profissional, deve estar compromissado com a maior integralidade possível, sempre, mas também ser realizado na perspectiva de que a integralidade pretendida só será alcançada como fruto do trabalho da equipe de saúde, com seus múltiplos saberes e práticas (CECÍLIO, 2001: 16).

Nesta passagem, fica claro que a integralidade pode ser exercida dentro do cotidiano de um serviço de saúde, tendo-o como espaço privilegiado de construção de práticas de novas formas de agir, materializando-se como princípio, direito e serviço na atenção à saúde (PINHEIRO & LUZ, 2003).

A outra dimensão, a *integralidade ampliada* buscará apreender a integralidade a partir da articulação entre os serviços de saúde e entre estes e outros setores e instituições sociais. Nesse sentido, essa dimensão será pensada como as articulações em rede, entre as partes do sistema, seja porque as ferramentas que proporcionam saúde estão distribuídas em uma rede de serviços, seja porque a melhoria das condições de vida não estão restritas ao setor saúde (CECÍLIO, 2001).

Em suma, 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 oferecimento de ações em saúde que contemplem o aspecto da 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 etc.).

## **Capítulo III**

### **A atenção à saúde do adolescente no Recife**



### **Capítulo III: A atenção à saúde do adolescente no Recife**

#### **3.1 Mapeamento dos Prosad e das USF**

No Recife, as unidades de saúde onde funcionam os Prosad (chamados por alguns profissionais e gestores de “antigos Prosad”) se localizam em Hospitais ou em Centros de Saúde. Atualmente, cinco núcleos do Programa estão distribuídos no Hospital Geral de Areias; Hospital Otávio de Freitas; Hospital da Polícia Militar de Pernambuco (NAMA); Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP); e Centro Integrado Amaury de Medeiros (CISAM). Recentemente, no ano de 2004, foi extinto o núcleo do Hospital Agamenon Magalhães por questões relativas à organização da rede de atenção à saúde.

As unidades do Prosad dos Centros de Saúde se dividem entre cinco Distritos Sanitários da Prefeitura da Cidade do Recife: Centro Gouveia de Barros (Distrito Sanitário I); Centro Especializado de Saúde do Recife Professor Nelson Chaves (Distrito Sanitário II); Centro de Saúde Albert Sabin e Centro de Saúde Clementino Fraga (Distrito Sanitário III); Policlínica Lessa de Andrade (Distrito Sanitário IV) e Centro de Saúde Agamenon Magalhães (Distrito Sanitário V).

Enquanto os Prosad localizados nos Centros de Saúde são geridos pelo Município do Recife, as unidades implementadas nos Hospitais têm gerência diversificada: filantrópica; estadual etc., onde já se observa, em alguns casos, a transição para a gerência municipal.

Fruto do processo de descentralização do sistema de saúde, o número de Unidades de Saúde da Família (USF) na Cidade do Recife aumentou consideravelmente, nos últimos anos. No ano 2000, o Município contava com 16 USF, passando em 2004, para 90 unidades. Em relação à quantidade de equipes, de 27 saltou para 188, no respectivo período. Atualmente, a população coberta pelas USF é de 44%.

No Distrito Sanitário III, entre os anos de 2000 e 2004, as unidades passaram de quatro para 21 e o número de equipes, de cinco para 37. Esses dados apontam que 43% da população do Distrito está coberta pelas USF, além de 28%, coberta apenas pelo Pacs. Observa-se assim, grande expansão da rede básica de serviços através da implementação das USF.

### 3.2 A descentralização dos serviços e o dilema dos Prosad em Recife

Atualmente, a concepção e estrutura dos Prosad passam por um processo de transição e definição. Assim, o que fora idealizado por alguns atores no início da década de 80 destinado à saúde dos adolescentes, começa a ser reorganizado, resignificado e, até mesmo repensado, diante da proposição de novos caminhos orientados pelo Sistema Único de Saúde. Antes, porém, da perpetuação dos preceitos do SUS, a luta em emplacar essa discussão na agenda política nacional e local contou com grandes esforços e dedicação dos atores envolvidos nessa causa.

As entrevistas e depoimentos concedidos por alguns desses protagonistas, deixam em evidência o caráter afetivo e o teor de compromisso daqueles que trabalharam e trabalham sem mensurar esforços para garantir espaço à atenção à saúde dos adolescentes junto aos seus pares, gerentes e gestores.

A discussão que hoje se encontra mais capilarizada em torno da necessidade de atenção à saúde desse público, percorreu longas estradas até ser relativamente reconhecida em sua dimensão teórica e prática. Os anos 80 marcam esse advento no Brasil que registrava, no início da década, algumas iniciativas isoladas nos estados do Rio de Janeiro, São Paulo e Rio Grande do Sul.

Em Recife, a questão floresce no seio da disciplina de pediatria, o que pode explicar, em parte, até hoje, a recorrente associação entre a saúde da criança e do adolescente. Dessa maneira, foi uma pediatra<sup>11</sup> quem primeiro se interessou em discutir a saúde do adolescente na cidade, movida pela inquietação de assistir adolescentes serem atendidos por diferentes especialidades no Instituto Materno Infantil de Pernambuco (Imip), sem que houvesse qualquer discriminação na atenção a essa população e que, talvez, pudessem ser melhor assistidos pela pediatria:

[...] Passava pra ir pra pediatria, e via que nas filas do médico de adolescente, no clínico, tinha meninas, mocinhas, rapazes também, que possivelmente estariam mais bem localizados se estivessem sendo atendidos pelo pediatra (Ex-coordenadora do Gama).

É criado assim, em meados da década de 80, o primeiro serviço voltado para esse público no Imip, a partir da disposição e mobilização dessa interlocutora-chave. Porém,

---

<sup>11</sup> Fundadora e coordenadora do Grupo de Atenção Multiprofissional ao Adolescente (Gama), ex-núcleo do PROSAD do Hospital Agamenon Magalhães (HAM), no período de 1988 a 2002.

apenas um serviço para responder a demanda de uma cidade inteira não era suficiente, daí a necessidade de articulação com outros atores que se interessassem pela área a fim fomentar e reproduzir o trabalho junto aos adolescentes. A iniciativa de formar um grupo de estudos denominado de Gesa – Grupo de Estudos sobre Adolescência, veio fortalecer a rede de pessoas e instituições sensíveis ao tema, gerando outros espaços específicos para o atendimento dessa população.

Essa articulação proporcionou a construção de núcleos de atendimento no Hospital Otávio de Freitas, Hospital das Clínicas e Hospital Agamenon Magalhães. Mais adiante, a realização do IV Congresso Brasileiro de Adolescência, sediado em Recife no ano de 1991, também estimulou e fez avançar a criação de novos núcleos.

A referida interlocutora-chave passou a fazer parte do Comitê Brasileiro de Adolescência que, na época, também começava a se organizar junto com outros atores preocupados e interessados na discussão. Não demorou muito para esse seletivo grupo se articular com o Ministério da Saúde e passassem a assessorar o órgão com o objetivo de pensar um Programa voltado à saúde do adolescente que pudesse responder às suas múltiplas necessidades.

É importante ressaltar, nesse sentido, que esse conjunto de pessoas já defendia que a atenção não se restringisse ao saber da pediatria, mas que contemplasse a leitura de outras disciplinas, como a psicologia, a nutrição, o serviço social, ou seja, uma atenção que contemplasse uma abordagem multiprofissional, baseada muito mais nos modelos de atenção construídos nos países da América Latina, como Argentina e Venezuela do que no modelo norte-americano - ainda centrado no saber médico da pediatria. O Prosad nasce então, sob os princípios da multidisciplinaridade, intersetorialidade e integralidade na atenção (ver no capítulo I as bases programáticas do Prosad).

Ao contrário do que estava preconizado nas normas técnicas do Prosad, muitas dificuldades surgiram ao se tentar estruturar os Programas nas respectivas unidades de saúde, de acordo com o estabelecido nessas normas<sup>12</sup>. Dentre os obstáculos citados pelos entrevistados, destacam-se as questões relacionadas à formação de uma equipe multidisciplinar para atender ao adolescente; o desenvolvimento de atividades que ultrapassassem o atendimento médico curativo e a questão da produtividade, uma vez que a

---

<sup>12</sup> Schraiber (1997) ressalta que o processo de “implantação” de um programa se dá através da travessia da teoria à ação, sendo o programa em sua forma de “plano” caracterizado por uma proposição de natureza técnica, com objetivo e caráter prescritivo para a intervenção. Por outro lado, ao tornar-se ação ou tecnologia, a proposição programática ganha vida social e submete-se às tensões dos interesses, pontos-de-vista e valores que estão interagindo no dia a dia de sua integração.

norma técnica previa a diminuição do número de pacientes (por estes requererem um atendimento diferenciado) e normalmente os gestores não compreendiam essa necessidade:

[...] Essa famigerada produtividade foi uma coisa que muito atrapalhou o atendimento ao adolescente aqui, conosco [Gama-HAM] [...] E depois começou a dizer que agora não ia mais ter essa história de atendimento de oito pacientes, que ia ser agora por um sistema de marcação pelo computador, que a gente tinha que atender como o resto das pessoas atendem nos ambulatórios... (Ex-coordenadora do Gama).

Diante das diferentes dificuldades encontradas, os profissionais inseridos nos núcleos do Prosad sentiram necessidade de se unirem e se reunirem em busca de fortalecimento político, fundando assim, em 1993 o *Movimento Integrado de Profissionais que Trabalham com Adolescentes* (MIP). Ao contrário do Gesa que tinha um caráter de grupo de estudos, esse novo movimento visava, e até hoje visa, a articulação política dos atores envolvidos com a saúde dos adolescentes.

O MIP já foi responsável por diversas capacitações profissionais e se mobilizou para desenvolver atividades e ações voltadas para os adolescentes, com destaque para a organização da Feira de Saúde do Adolescente, da qual participam todos os núcleos do Prosad e outros centros e organizações que realizam ações para esse público. Também é um espaço privilegiado de interlocução com os gestores, no qual as mudanças oriundas do SUS estiveram em pauta durante o processo de descentralização dos serviços, que ainda está em curso.

Sobre o contexto de descentralização em Recife, essa discussão merece um pouco mais de atenção. De acordo com o Plano Municipal de Saúde (2002-2005), Recife foi uma das primeiras capitais do país a assumir a gestão semiplena e plena do sistema, com um processo de municipalização da atenção básica e parte da assistência secundária, considerado avançado e ousado na época. Porém, atualmente, é um dos sistemas de saúde mais concentrados na gerência e gestão estadual, dentro do cenário nacional (RECIFE, 2002).

Nesse sentido, a atual gestão se depara com o grande desafio de reestruturar a rede básica de saúde, além de assegurar uma efetiva municipalização da média e alta complexidade, a fim de garantir a atenção integral à saúde no município. Nesse contexto, a Secretaria de Saúde da Cidade do Recife (período de 2001 a 2004<sup>13</sup>), vem desempenhando um papel fundamental nas mudanças relativas ao modo de funcionar da atenção à saúde dos adolescentes na região.

---

<sup>13</sup> Com a reeleição do Prefeito do Recife essa gestão tem perspectiva de permanecer até o ano de 2008.

Segundo o coordenador da área de atenção à saúde da criança e do adolescente do Recife, desde 2001, o modelo de atenção centrado nos Prosad começou a ser redefinido e nesse processo de revisão, principalmente dois grandes problemas destoavam com o que havia de mais estrutural na reforma do SUS: a demanda que permanecia chegando de maneira espontânea e a quantidade limitada de adolescentes atendidos nesses núcleos, uma vez que toda a cidade contava com, no máximo, 25 unidades especializadas nesse público. Ou seja, tanto o acesso, quanto a oferta organizada não estavam garantidas nas ações oferecidas pelo Programa:

[...] Com uma equipe bastante limitada e um número de atendimento bastante reduzido por profissional, pelo que preconizava o próprio Programa [...] O problema era exatamente a falta de acesso da maioria absoluta de adolescentes da cidade. Então o processo da Prefeitura, desde 2001, começou com a mudança de Modelo. E mudança de Modelo previu que essas unidades especializadas não seriam mais só trabalhar com a demanda espontânea. Seriam organizadas [...] (Gestor da área de atenção à saúde da criança e do adolescente do Recife).

O modelo do saúde da família, passa então a ser adotado para se pensar também o sujeito adolescente, uma vez que esse faz parte da constituição familiar. O argumento comum a todos os gestores entrevistados foi o de que através dessa estratégia haveria maior contato dos profissionais com a comunidade e com o contexto de vida dos adolescentes, oferecendo assim, maior resolutividade, além de maior acesso, já que entre o ano de 2001 a 2004 o número de equipes de saúde da família (ESF) passou de 27 para mais de 160 no município de Recife, de acordo com o gestor da área da criança e do adolescente. A seguir a opinião de alguns interlocutores:

Nosso foco nesse momento é capilarizar e chegar mais próximo do nível comunitário, onde as pessoas vivem, onde os adolescentes vivem. Onde é que eles vivem? Quem é que tá lá próximo dele? É o agente comunitário de saúde, é o médico, enfermeiro ou auxiliar de enfermagem, daquela unidade, daquele território específico [...] Então falar de descentralização hoje, da atenção à saúde do adolescente, é casar necessariamente com a expansão do Saúde da Família (Gestor da área de atenção à saúde da criança e do adolescente do Recife).

[...] Para mim, eu acho que a questão mais importante de todas: assim, os temas da saúde do adolescente, os temas do antigo Prosad, para mim, eles são essencialmente comunitários. Eles são territoriais, estão ali naquele espaço, né? O que acontece, na... na verdade, o que eu acho, entre aspas, que ele faliu, é que é justamente porque ele está longe daquele território (Gerente do DS III).

Além disso, na perspectiva da gerente do Distrito Sanitário III, mais de noventa por cento das ações relativas à saúde do adolescente são referentes à atenção básica, as quais, por sua vez, estão previstas no escopo de atividades de uma equipe de saúde da família (ESF).

Porém, as iniciativas relativas à descentralização da rede de serviços encontram resistências, especialmente entre os que lutaram e idealizaram os Prosad. Esses atores, apesar de não se oporem às propostas acima discutidas, questionam o “desmantelamento” dos Programas sem se levar em consideração o que havia sido anteriormente construído. Nesse sentido, o relato abaixo pode ilustrar o desconforto de uma das pioneiras da idéia dos Prosad, além de apontar a não disposição dos governos em encontrar “saídas” mais pertinentes na atual organização da atenção à saúde do adolescente.

É, mas isso, veja bem, foi crescendo, foi crescendo [fortalecimento dos Prosad], até chegar o PSF. Aí quando chegou o PSF, pelo menos nas unidades da prefeitura, a coisa se desmantelou [...] Aí a Prefeitura, quando começou o Programa Saúde da Família, várias coisas foram desmanteladas. Várias unidades mesmo, a ginecologista que atendia com apoio de uma assistente social, de uma psicóloga dali, foi saindo, para ir pra outro canto. Então, as unidades foram sofrendo perda mesmo dos profissionais. Por outro lado, nos outros espaços, Imip, Agamenon, o Otávio de Freitas, também vinham sofrendo, de vez em quando, por causa das gestões, sobretudo a do Estado, sabe, que apesar de ter feito o Prosad, não teve nenhuma clareza de ampliar as coisas, de facilitar o trabalho real com o adolescente. Bem, aí, resultado, que, o que deveria ter acontecido, que era aquela equipe do Gama deveria ser transferida, ou para o Albert Sabin, ou para o Clementino Fraga, ou sei lá, um espaço qualquer que alugasse, pra poder ter o atendimento do Gama, mas não houve interesse, absolutamente, da parte do pessoal da Secretaria de Saúde do Estado, de liberar os profissionais pra ir, e por outro lado, também na Prefeitura (Ex-coordenadora do Gama - HAM).

Dessa maneira, pode ser percebido o não consenso entre os atores envolvidos, por outro lado, nem todas as iniciativas, ou estratégias que viabilizem tais iniciativas, são permeadas pelo dissenso: o fato da interlocutora privilegiada<sup>14</sup> acima defender a existência de equipes especializadas, não significa que deixe de reconhecer que a proximidade dos profissionais das ESF com a comunidade facilita o trabalho junto aos adolescentes.

Alguns autores discorrem sobre as dificuldades de lidar com novos rumos quando já havia um tão conhecido e apropriado percurso. Partilhando da afirmação de Paim (1999) de que reverter o antigo modelo de assistência à saúde pode ser entendido como um dos grandes desafios atuais, Barros (1995), ressalta que as principais características a serem superadas pelo SUS são: a centralização e a verticalização das ações; a oferta desigual de serviços entre os estratos sociais; a fragmentação das ações; o foco na doença e não na saúde e na qualidade de vida; a centralidade na assistência em detrimento da prevenção e promoção da saúde. Assim, espera-se nesse processo, profundas transformações das formas organizacionais e das práticas cristalizadas no modelo curativo e assistencial.

---

<sup>14</sup> A qual também foi responsável pela sensibilização dos técnicos das ESF sobre saúde do adolescente, através da articulação da Prefeitura com o MIP e com a Sociedade de Pediatria, da qual é membro.

Levando-se em consideração que a mudança de crenças vigentes por outras emergentes, requer um processo de longa maturação que incide nos planos político, ideológico e cognitivo-tecnológico, como sugere Mendes (1999: 234):

A mudança será *política* porque envolve distintos atores sociais em situação, portadores de diferentes projetos devendo, para hegemonizar-se, acumular capital político. Tem também uma dimensão *ideológica*, uma vez que ao se estruturar na lógica da atenção às necessidades de saúde da população, implicitamente opta por uma nova concepção de processo saúde-doença e por novo paradigma sanitário cuja implantação tem nítido caráter de mudança cultural. Por fim, apresenta uma dimensão *cognitivo-tecnológica* que exige a produção e utilização de conhecimentos e técnicas coerentes com os supostos políticos e ideológicos do projeto da produção social da saúde.

Não parece tarefa fácil rever um conjunto de valores instituídos em determinado campo. Assim, para que ao longo desse processo de maturação sejam gerados mais ganhos do que perdas, é necessário o estabelecimento de etapas, com a ciência de que estão em jogo uma gama de sentimentos que se traduzem em resistência ao novo; disputa de espaço político; busca de legitimidade etc.

O gestor responsável pela área da criança e do adolescente do Recife aponta algumas das iniciativas realizadas junto aos profissionais envolvidos na discussão, deixando clara, mais uma vez, a presença do conflito nesse processo:

Foi que a gente fez? Foi pra essas reuniões periódicas ao longo de 2001 [do MIP], com esses profissionais, e começou a discutir as NOBs; a LOAS; o novo Modelo; Saúde da Família; qual é a proposta. Claro, como tudo novo, as resistências, imensas, né? Estudar o perfil epidemiológico – quem adoece e morre; quem eu atendo, mas quem eu atendia nas unidades especializadas; em que medida o que eu faço, o que eu fazia, através desses profissionais, né, na minha rotina de trabalho ao longo dos anos, tinha capacidade de impactar, ou não, nesse perfil epidemiológico [...] Então, a partir disso, a gente começou a tentar construir quais seriam os eixos prioritários e como seria a nova inserção. Ao longo do ano se fez isso, mas não foi um processo de forma nenhuma... não foi um movimento, absolutamente, tranqüilo, porque era um formato de trabalhar que a gente estava querendo desconstruir e reconstruir [...] (Gestor da área de atenção à saúde da criança e do adolescente do Recife).

Diante desse desafio, o gestor ainda reconhece alguns obstáculos nesse cenário, como o grande número de famílias cobertas por cada ESF; a baixa capacidade das unidades para atrair o adolescente; a necessidade de se investir na formação das equipes para compreender melhor as particularidades desse público e, por fim, a importância de concentrar maior atenção às redes especializadas – meta para o período da próxima gestão (2005-2008).

## **Capítulo IV**

### **O percurso da avaliação em saúde e os procedimentos adotados no estudo**



## **Capítulo IV: O percurso da avaliação em saúde e os procedimentos adotados no estudo**

### **4.1 Avaliação em saúde: um campo fértil e em consolidação**

#### **4.1.1 O vasto campo da avaliação**

O termo avaliação pode assumir diferentes contornos a depender do quê e como se pretende avaliar, de qual campo disciplinar se parte e do nível de profundidade adotado pelo pesquisador. Nesse caminho, Vieira da Silva (2004:17) sugere que as principais características do campo da avaliação “*são a diversidade conceitual e terminológica, a pluralidade metodológica e a multiplicidade de questões consideradas como pertinentes*”.

A autora também afirma que no final do século XX houve grandes avanços nesse campo, destacando-se a produção científica sobre o tema e a institucionalização da mesma. Por outro lado, ainda pode ser percebida grande resistência por parte dos gestores e profissionais de saúde para a incorporação do conhecimento produzido pelos estudos de avaliação (VIEIRA DA SILVA, *op. cit.*).

Bodstein (2002), ressaltando a importância dos estudos de avaliação em alimentar as ações em saúde, aponta que é exatamente na interação entre as práticas de saúde pública e o conhecimento mais analítico e acadêmico que a avaliação se traduz em seu propósito mais nobre.

#### **4.1.2 Propósitos da avaliação**

Dentre os objetivos e propósitos da avaliação de programas e políticas sociais, Draibe (2001) aponta a melhoria das políticas e ação do Estado, ao recomendar e sugerir modificações na formulação, na implementação e nos resultados. Assim, a avaliação pode ser entendida como um instrumento valioso de contribuição para o delineamento e aprimoramento dos programas e políticas públicas a fim de oferecer adequada atenção aos cidadãos (FARIA, 2001). Nesse mesmo sentido, Tanaka & Melo (2001) indicam que a incorporação da avaliação na prática dos programas busca tanto aumentar o acesso dos usuários, como contribuir para a melhoria de qualidade do serviço prestado.

A avaliação também pode ser compreendida por aspectos e propósitos oficiais ou oficiosos; explícitos ou implícitos; consensuais ou conflitantes. Enquanto os oficiais se

desdobram em quatro possibilidades: contribuir para o planejamento e a elaboração de uma intervenção; fornecer informação para melhorar uma intervenção no seu decorrer; apontar os efeitos de uma intervenção para decidir se ela deve ser mantida, modificada ou interrompida e contribuir para o progresso do conhecimento; os oficiosos vão desde a necessidade de retardar uma decisão a responder a exigências de órgãos financiadores (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997).

Uma característica da avaliação, no entanto, parece ressoar entre os teóricos da avaliação, é o fato de que avaliar significa expor um valor assumido, em geral, a partir do julgamento prévio baseado em critérios definidos. Ao avaliar identifica-se uma situação específica reconhecida como problema e utilizam-se instrumentos e referências para emitir um juízo de valor, inerente a esse processo (TANAKA & MELO, 2001).

Além disso, todo o trabalho envolvido em um estudo de avaliação está perpassado pelo julgamento do investigador, assim, a escolha da amostra, o tratamento dos dados etc. estão diretamente relacionados com o modo de olhar a vida do pesquisador (HOLLAND, 1983 citado em DESLANDES, 1997).

No entanto, é importante grande atenção do avaliador para não direcionar suas conclusões a partir de convicções pessoais e, para que não se incorra em análises baseadas apenas nessas opções valorativas pessoais, é recomendado o uso adequado dos instrumentos de pesquisa da área para que não haja confusão entre opções individuais com resultados dos estudos (ARRETCHE, 2001).

Quando a questão gira em torno do caráter “valorativo” imbuído em um processo de avaliação, não se pode deixar de citar Contandriopoulos *et al.* (1997:31):

Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico.

Assim, para esses autores, a avaliação pode assumir dois caminhos, ela pode estar relacionada à investigação de normas e critérios de uma dada intervenção, sendo denominada de *avaliação normativa* ou pode partir de um procedimento científico, tratando-se de uma *pesquisa avaliativa*. Dessa forma, a *avaliação normativa* parte do princípio que existe grande associação entre a realização do que é preconizado, através das normas e critérios, com os efeitos produzidos pela intervenção (ROSSI & FREEMAN, 1985 citado em CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997). Na *pesquisa avaliativa* busca-se

investigar a adequação, a produtividade, os efeitos, bem como a influência do contexto na intervenção avaliada.

Ao discorrer sobre pesquisa avaliativa, Vieira da Silva (2004) também aponta a necessidade de se recorrer à metodologias científicas para sua realização e ressalta que as práticas relacionadas à ação social planejada, como políticas, programas e serviços de saúde tem sido cada vez mais, objeto desse tipo de avaliação. Para Silva Junior & Mascarenhas (2004: 253):

Mais do que uma intervenção pontual de caráter avaliativo, a pesquisa avaliativa acrescenta instrumentos para pensar o cotidiano dos serviços, das práticas de seus profissionais e da relação com a população, numa visão autocrítica e estimulante de protagonismo desses autores.

Ao que tudo indica, as pesquisas sobre avaliação dos serviços de saúde vem deixando de se apresentar como um processo eminentemente técnico, que prezava, antes de tudo, pela efetividade e alcance de metas, passando a redefinir seus objetivos a partir da incorporação de outros campos do saber. A discussão trazida pela antropologia médica e pelos estudos das representações sociais em saúde pode ser apontada como exemplo nesse processo de resignificação da dinâmica saúde/doença e o modo de percebê-la (DESLANDES, 1997).

Os órgãos reguladores do SUS também participam desse movimento, como sugere Conill (2004:1417):

Houve um saudável avanço nos mecanismos e instrumentos de acompanhamento e avaliação utilizados pelas instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS), quando comparados com as antigas práticas das instituições federais, centradas na revisão de contas médicas e no cumprimento de metas de produção ou de metas de programas verticais.

Outra diferenciação atribuída à noção de avaliação trata-se das noções de *avaliação formativa* e *avaliação somativa*. A *formativa* está relacionada à formação do programa ou da política, tendo como foco o processo ou funcionamento dos mesmos e tem como objetivo redirecionar os programas durante seu processo de implementação; os estudos de natureza *somativa*, por sua vez, correspondem a uma avaliação realizada ao término da intervenção e geralmente têm como objetivo prestar contas a um gestor ou agência financiadora (COSTA, 2003b; VIEIRA DA SILVA, 2004).

E quando a discussão é a respeito de quem realiza a avaliação – profissionais responsáveis pela própria intervenção ou pesquisadores externos ao processo, Contandriopoulos *et al.* (1997) ressaltam que quando a pesquisa é avaliativa e, portanto,

requer maior perspicácia teórica e metodológica, ela geralmente é mais confiada a pessoas externas à intervenção.

#### 4.1.3 A adoção do desenho da avaliação

Para se trilhar o caminho metodológico a ser seguido na avaliação, é fundamental a definição dos atores sociais envolvidos no universo do programa a ser investigado. Assim, é necessário que se leve em consideração as diferenças de cada papel desempenhado, dos níveis hierárquicos ocupados (de direção, execução etc.) dos diversos atores selecionados, uma vez que cada um deles poderá ter uma determinada avaliação do que se pretende investigar. Além disso, é importante estar atento para a incorporação dos beneficiários no processo de avaliação, sendo esse grupo considerado privilegiado para opinar e sugerir acerca dos serviços e ações que lhe são ou serão ofertados (LOBO, 2001; CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997; TANAKA & MELO, 2004; FELISBERTO, 2004).

Diversos autores, ao discorrerem sobre a maneira mais apropriada de se avaliar programas sociais, assinalam a relevância de se optar por um caminho eminentemente aberto, ou seja, a partir da adoção de diferentes estratégias, há maior possibilidade de visualizar as cores e nuances do cenário que envolve as práticas e concepções de um serviço ou programa e, nesse sentido, tanto os aspectos qualitativos como os quantitativos podem ser considerados no universo pesquisado (LOBO, 2001; SILVA JUNIOR & MASCARENHAS; TANAKA & MELO, VIEIRA DA SILVA 2004). Como ressaltam Silva Junior & Mascarenhas (2004: 252):

A utilização de várias fontes, métodos e abordagens diferentes é exigência decorrente da complexidade do processo de avaliação em saúde. O entendimento sobre a importância dessa “pluralidade metodológica” possibilita a utilização de informações obtidas através de diferentes abordagens e contribui para ampliar o poder explicativo da avaliação.

Tanaka & Melo (2004) sugerem que, diante da complexidade envolvida nos fenômenos avaliados nos serviços de saúde, utilizar apenas instrumentos de caráter quantitativo é insuficiente para compreender a dimensão dos elementos avaliados. Daí porque a abordagem qualitativa se mostra, segundo os autores, quase indispensável se o propósito for apreender aspectos do processo de trabalho não traduzidos em metas, escores, e mensurações.

Em relação à abrangência dos estudos de avaliação, ao se comparar os benefícios de uma avaliação considerada generalizável com estudos mais localizados, Lobo (2001)

aponta que, quando a opção for pelas pesquisas com técnicas que podem ser reproduzidas, é preciso ter cuidado para não restringi-la a aspectos numéricos e estatísticos. Segundo a autora, esse tipo de metodologia é mais indicada na avaliação de programas com abrangência nacional. Quando o objetivo for o de maior aprofundamento, é recomendável a adoção dos estudos localizados, utilizando-se diferentes técnicas e estratégias.

Dentre as múltiplas possibilidades de avaliação existentes no campo da saúde, a escolha de algum atributo ou característica das práticas e ações de saúde auxilia no processo de definição do foco da avaliação (VIEIRA DA SILVA, 2004). Nesse sentido, Donabedian (1984) aponta que é possível avaliar o serviço ou o programa em toda a sua dimensão ou podem ser realizados “recortes” a serem avaliados, como por exemplo, componentes que dizem respeito à estrutura, ao processo e aos resultados.

A *estrutura* corresponde a todos os elementos que compõe o desenho institucional, a organização do sistema, o elenco das ações ofertadas e a disponibilidade de recursos (físicos, humanos e financeiros); o *processo* diz respeito às ações e procedimentos oferecidas pelos profissionais de saúde e como se estabelece a relação dos mesmos como o usuário. Por fim, os estudos sobre *resultados* geralmente se detêm sobre as mudanças ocorridas no estado de saúde (ou no comportamento) dos indivíduos atendidos, buscando assim, avaliar o impacto sobre o estado de saúde da população, a partir dos cuidados recebidos.

Dessa forma, enquanto a avaliação de *resultados* procura responder à pergunta: *em que medida os resultados esperados foram atingidos a partir da implementação de um programa, política ou conjunto de ações*; a de *processos* busca investigar *como o programa funciona e quais os mecanismos que o fizeram atingir tais resultados* (SILVA, 1999). Já a avaliação de *estrutura*:

Deveria permitir as perguntas do tipo: o pessoal é competente? A organização administrativa favorece a continuidade e a globalidade? Esses recursos são suficientes para oferecer o leque completo dos serviços prestados? (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997:35).

Para a presente pesquisa será adotada a *avaliação de processo* cujo foco é no funcionamento do programa, sendo realizada enquanto o programa ou política está posta em marcha, ainda quando se pode reorientá-la, tal que possíveis erros de formulação, falhas nos instrumentos ou problemas verificados na formulação possam ser corrigidos. Para essa abordagem, o objetivo é investigar adequação entre meios e fins, considerando-se o contexto em que a política está sendo implementada – seus aspectos organizacional e

institucional, social, econômico e político – bem como seu conteúdo específico (VIANA, 1997).

A adoção da pesquisa normativa seria uma possível alternativa, caso o interesse desse estudo se tratasse das ações e serviços oferecidos pelos Programas Saúde do Adolescente (Prosad), que se caracterizava como um programa específico dentro da política nacional voltada para a saúde dos adolescentes, com normas e critérios definidos. Porém, a partir das diretrizes dos SUS, a saúde do adolescente passa a ser atribuição, especialmente, dos profissionais que compõem a equipe das unidades de saúde da família, com ênfase assim, na atenção básica. Desta forma, o que pretendemos avaliar não é um programa ou a política destinada a esse público, mas o conjunto de ações que vem sendo desenvolvidas, no movimento da descentralização e reorganização das ações e serviços, sob a óptica da atenção integral.

## **4.2. Delimitando o objeto de Estudo**

### **4.2.1 A avaliação e a integralidade**

A integralidade para Conill (2004) é considerada um atributo complexo e necessário nos estudos sobre a qualidade das ações e serviços prestados. Ao realizar um levantamento de pesquisas desenvolvidas sobre a integralidade na atenção, a autora encontrou grande diversidade de arranjos metodológicos na construção desses estudos e sintetizou algumas dessas opções e aspectos: análise de poucas ou múltiplas dimensões, incorporação de outros elementos associados, informações de fontes primárias e secundárias, participação de gestores, profissionais ou usuários e decisão se o enfoque será no sistema, no cuidado individual ou em ambos.

Ainda para Conill (2004), os estudos desenvolvidos no Brasil assumem a tendência de conceber a diretriz da integralidade de maneira ampliada, considerando a gama de serviços ofertados atrelados ao seu caráter contínuo e coordenado. Além disso, observa-se a preocupação de trabalhar a questão do cuidado e as condições de gestão que o determinam. No entanto, apesar de localizar alguns trabalhos sobre a dimensão da integralidade, a autora afirma:

Estudos avaliando a implantação da diretriz de integralidade em suas relações contextuais e organizacionais são ainda escassos, o mesmo ocorrendo com aqueles que se referem aos resultados de modelos mais integrais (CONILL, 2004:1418).

Nesse sentido, Pinheiro & Luz (2003) apontam que os estudos no campo da saúde tendem a realizar pesquisas de cunho macroinstitucionais (temas relacionados ao setor privado *versus* setor público, democracia representativa *versus* democracia direta etc), por outro lado, o número de estudos que se dedicam a investigar questões relacionadas à dimensão microinstitucional (especialmente ligados à discussão da integralidade na atenção à saúde) ainda são reduzidos.

Observa-se assim, uma lacuna na produção de conhecimento sobre a integralidade das ações de saúde, ao mesmo tempo em que, estudos nessa linha, representam oportunidades de conhecer de maneira mais consistente e apropriada os frutos e resultados dessa prática nos serviços de saúde, como ressaltado por Pinheiro & Luz (2003:19):

Dessa perspectiva, o estudo sobre os atores e suas práticas no cumprimento do princípio da integralidade, no contexto da reforma do sistema, ganha notoriedade e pertinência para o campo da saúde coletiva. Privilegiando a participação de atores sociais e suas práticas no cotidiano dos serviços de saúde, parte-se do pressuposto de que são as instituições, em seu agir cotidiano – os serviços – os espaços onde as ações políticas ganham materialidade política e social e expressam formas de criação e apropriação da produção/reprodução da vida coletiva.

Sobre a avaliação de serviços destinados aos adolescentes, Ayres & França Junior (2000) sugerem que os estudos contemplem critérios que ultrapassem a “ordem estritamente técnica” e que não se restrinja à visão de apenas um dos lados envolvidos na atenção à saúde.

Dessa forma, o presente trabalho buscará avaliar como estão sendo oferecidas e desenvolvidas o conjunto de ações que refletem o princípio da integralidade na atenção à saúde dos adolescentes; prestada por diferentes profissionais de saúde, em um território definido, a fim de melhor dimensionar o modelo de atenção à saúde voltado para os mesmos. Além disso, os adolescentes também serão escutados, uma vez que, considerados sujeitos de direitos, podem e devem dimensionar os elementos da saúde que lhes dizem respeito.

#### **4.2.2 Abordagem do estudo**

Neste estudo serão adotados os postulados da pesquisa qualitativa que mostram-se mais pertinentes aos objetivos desejados. Compreende-se que o referencial qualitativo amplia o esquema explicativo, ao trabalhar com o universo de significados, aspirações, crenças, valores e atitudes, abrangendo um espaço mais profundo de relações, processos e

fenômenos que muitas vezes não são possíveis de serem apreendidos por meio da operacionalização de variáveis (MINAYO, 1994).

Lobo (2001), chama a atenção para a importância de se estar atento aos diferentes elementos do contexto capazes de influenciar as atividades ou ações a serem investigadas e aponta a abordagem qualitativa como a mais adequada para o tipo de avaliação adotada nesse estudo:

Em se tratando de processos, a avaliação se estrutura de forma que privilegie análises qualitativas. A idéia de processo supõe variações político-institucionais num continuum de tempo e espaço. O desenho de estratégias de avaliação de processo pode ser bastante complexo, envolvendo variáveis que vão desde os atores envolvidos até os mecanismos que impulsiona, ou refreiam a consecução de objetivos. A questão da cultura organizacional responsável pelo desenvolvimento das atividades se reveste de especial importância (LOBO, 2001:81).

Dá a importância de se buscar reflexões que envolvam as dimensões do conteúdo e do contexto do modelo de atenção destinado aos adolescentes, considerando que tais reflexões possibilitarão um maior entendimento das insuficiências, limitações e impropriedades diante da experiência concreta, ou seja, do dinamismo da vida social ou dos conflitos éticos próprios à vida cotidiana (SCHRAIBER, 1997).

As premissas e potencialidades da abordagem qualitativa podem ser ainda favorecidas, no caso desta investigação, pela experiência profissional da autora como pesquisadora sobre o grupo populacional de adolescentes, em instituições públicas e organizações não-governamentais. As leituras, debates, estudos e compartilhamento de experiências sobre o período da adolescência, bem como o contato com propostas e modelos de intervenção voltados a essa população, podem auxiliar a compreensão sobre tema, seja na perspectiva referida pelos profissionais, seja pela ótica dos programas governamentais (SOUZA LEÃO, 1999).

## **4.3 Procedimentos Metodológicos**

### **4.3.1 Instrumentos de Coleta**

As pesquisas qualitativas de campo exploram, particularmente, as técnicas de observação e entrevistas, devido à propriedade que estas possuem de permitir aprofundar a complexidade de um problema (RICHARDSON, 1985). Enfatizando tal afirmação, Donabedian (1984) reforça a utilização da observação direta e da revisão de registros para avaliar a qualidade do processo da atenção à saúde, o que, segundo o autor permitiria uma



reconstrução mais aproximada do cenário pesquisado. Dessa maneira, a técnica de entrevista, a observação direta e a análise de documentos foram os instrumentos de coleta de dados adotados no estudo.

### **A entrevista**

A entrevista considerada instrumento de coleta de dados primários, caracteriza-se por permitir a troca de informações entre as pessoas, possibilitando ao entrevistador recolher informações através da fala dos atores sociais. Também permite que ao longo do processo sejam introduzidas outras questões que podem surgir de acordo com as informações que se deseja obter (MINAYO, 1994; TANAKA & MELO, 2001).

As entrevistas com roteiros semi-estruturados foram dirigidas a cada um dos entrevistados, de acordo com a sua inserção institucional: gestores, gerentes, profissionais de saúde (das unidades de alta complexidade; especializada e básica, incluindo o Pacs), usuários e interlocutores privilegiados (ver roteiros nos anexos de I a IX, respectivamente). As questões abordadas com os participantes foram relativas às necessidades especiais dos adolescentes; aos serviços e ações oferecidas e a relação com outros serviços e setores. Assim como, sobre os avanços e desafios na busca pela atenção integral à saúde dos adolescentes.

### **Observação direta**

Em relação a técnica da observação, Cruz-Neto (1994) cita duas possibilidades do pesquisador se posicionar sobre o fenômeno estudado: quando o pesquisador é um *participante observador*, condição que exige do investigador a clareza para si e para o grupo a sua participação - podendo se envolver no cotidiano do grupo estudado, através da observação de eventos do dia-a-dia. Outra possibilidade refere-se ao pesquisador enquanto *observador participante*, que corresponde à participação como uma estratégia de complementar o material recolhido através das entrevistas.

Magnani (1986) afirma que em muitos estudos o discurso dos atores é a única fonte de informação, porém, o autor chama a atenção que existem outras “práticas significantes” que permitem a busca de novas informações, uma vez que, discurso e prática não se opõem, mas se complementam na compreensão do que está sendo investigado.

Assim, partindo dessa discussão, foram registradas informações consideradas relevantes para o desenvolvimento da pesquisa, levando-se em consideração o contexto em que se inseriam as experiências investigadas. Tais observações possibilitaram a extração de significados produzidos e repassados para e pelos adolescentes junto à participação dos demais envolvidos.

### **Dados secundários**

Os dados secundários, por sua vez, são informações adquiridas por meio de documentos impressos (estudos, boletim de produção, documentos oficiais etc.), manuscritos pessoais ou audio-visuais (TANAKA & MELO, *op.cit*). Nesse sentido, foram realizadas:

- análise temática de documentos de gestão municipal, estadual e nacional sobre a política e modelo de atenção voltados aos adolescentes, enfocando a discussão da integralidade da atenção e da descentralização dos serviços;
- análise do banco de dados de sistemas de informação em saúde, a fim de coletar e conhecer as principais expressões de morbi-mortalidade entre os adolescentes. Para esse levantamento foi considerado o âmbito nacional e municipal. Para a coleta de alguns dados foi necessária a autorização do Secretário Municipal de Saúde (ver solicitação no anexo X).

### **4.3.2 Área do estudo e sujeitos**

#### **Área do estudo**

Para Minayo (1994), os critérios de seleção de uma amostra devem preocupar-se em definir claramente o grupo social mais relevante para entrevista e privilegiar os sujeitos sociais que detêm os atributos que o pesquisador pretende conhecer, de modo que a escolha do *lócus* contenha o conjunto de experiências relevantes à investigação.

Partindo dessas considerações, a presente pesquisa teve como *lócus* privilegiado o Distrito Sanitário III do município de Recife, que se destaca pela iniciativa de algumas ações no campo da saúde do adolescente que podem indicar o início do processo de reorganização da política destinada a esse público, já calcada na lógica de descentralização

dos serviços. Além disso, é o Distrito mais antigo da cidade e conta com a maior rede de serviços públicos oferecidos, entre os demais.

A rede de serviços do Distrito III, é composta por uma maternidade; um hospital pediátrico; duas policlínicas; seis centros de saúde; dois centros especializados e um ambulatório especializado da mulher. Na área de saúde mental, conta com dois Caps, um centro de prevenção, tratamento e reabilitação do alcoolismo e uma residência terapêutica – distribuídos entre os 29 bairros que o compõe<sup>15</sup>.

## **Sujeitos**

Os sujeitos participantes da pesquisa foram profissionais de saúde de diferentes instâncias da atenção à saúde da Secretaria Municipal de Saúde do Recife e do Distrito Sanitário III. Além disso, foram entrevistados dois adolescentes e três interlocutores privilegiados que totalizaram 18 entrevistas, discriminadas a seguir:

### **Gestores e gerentes**

- Gestora de atenção à saúde do município de Recife;
- Gestora estadual da área de atenção à saúde do adolescente;
- Gestor municipal da área de atenção à saúde da criança e do adolescente;
- Gerente do Distrito Sanitário III.

### **Profissionais de saúde/adolescentes**

- Chefe de Educação em Saúde do DS III;
- Duas agentes comunitárias de saúde; uma enfermeira e um adolescente da USF Córrego da Fortuna;
- Uma agente comunitária de saúde; um médico e um adolescente da USF Santa Tereza;
- Uma ACS, representante do Programa de Agentes Comunitários de Saúde;
- Coordenador do Centro de Referência da Criança e do Adolescente (CERCA);
- Hebeatra da Policlínica Clementino Fraga;

---

<sup>15</sup> Aflitos; Alto do Mandu; Apipucos; Derby; Dois Irmãos; Espinheiro; Graças; Jaqueira; Monteiro; Parnamirim; Poço; Santanta; Sítio dos Pintos; Tamarineira; Alto José Bonifácio; Alto José do Pinho; Mangabeira; Morro da Conceição; Vasco da Gama; Brejo da Guabiraba; Brejo de Beberibe; Córrego do Jenipapo; Guabiraba; Macaxeira; Nova descoberta; Passarinho; Pau Ferro; Casa Amarela e Casa Forte.

- Psicóloga do Hospital Agamenon Magalhães.

### **Interlocutores privilegiados**

- Atual coordenadora do movimento integrado de profissionais que trabalham com adolescentes (MIP); também ex-técnica da área da criança e do adolescente da Prefeitura do Recife da atual gestão e vice-presidente da organização Casa de Passagem;
- Integrante do departamento de adolescência da Sociedade de Pediatria e ex-coordenadora do núcleo do Prosad do Hospital Agamenon Magalhães, além de pioneira no trabalho de saúde voltado para adolescentes;
- Adolescente vinculado a projetos da ONG Instituto Papai, que atua no campo da saúde do adolescente em Recife.

A partir do contanto com o gestor municipal da área da criança e do adolescente e com a gerente do Distrito Sanitário III, foram discutidos os critérios de escolha e selecionadas, intencionalmente, as unidades de atenção básica, especializada e a de alta complexidade que, juntas, representaram a amostra dos serviços de saúde oferecidos aos adolescentes no Distrito Sanitário III,<sup>16</sup> nos diferentes níveis de atenção. Assim, os critérios de escolha para adoção dessas unidades foram:

- Unidades Básicas: duas unidades de saúde da família: USF Santa Tereza e Córrego da Fortuna, que realizavam atividades e ações individuais e coletivas com os adolescentes e que estavam mais estruturadas no desenvolvimento das mesmas. Além de uma representante do programa agentes comunitários de saúde (Pacs), pioneira no trabalho desenvolvido junto aos adolescentes no DS III.
- Unidades de Referência: a Policlínica Clementino Fraga que no momento da pesquisa contava com uma equipe mais organizada no atendimento voltado para os adolescentes e porque, a Policlínica Albert Sabin (outra possibilidade de escolha) estava com uma profissional da equipe de licença; o Centro de Referência para

---

<sup>16</sup> Com exceção do centro de referência para crianças e adolescentes (CERCA) que é uma de unidade referência do município de Recife, especializada no atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência, localizada no Distrito IV.

Crianças e Adolescentes (CERCA), unidade de referência para adolescentes vítimas de violência do município de Recife.

- Unidade de alta complexidade: o Hospital Agamenon Magalhães, único representante desse nível de atenção localizado no DS III.

### 4.3.3 Considerações Éticas

Na ocasião dos agendamentos foi esclarecido o objetivo geral do estudo e solicitada a colaboração para a coleta de dados. A participação dos entrevistados no estudo foi condicionada à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo XI), que acompanhou uma carta da autora, solicitando a colaboração (anexo XII, XIII). As entrevistas foram gravadas em fita cassete, com o conhecimento e autorização do entrevistado e com duração livre, sendo preservada a identidade dos profissionais, que foram referidos através dos cargos e funções que ocupam.

A entrevista com os adolescentes também foi condicionada à assinatura do termo de consentimento, e no caso daqueles que tinham idade menor que 18 anos, foi solicitada a autorização de seus pais ou responsáveis (anexo XIV). Eles, assim como os demais participantes, receberam uma carta esclarecendo objetivos do estudo (anexo XV).

O projeto do presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM), com o nº de registro 19/04.

### 4.3.4 Plano de Análise

A expressão mais comumente usada para referir-se ao tratamento dos dados de uma pesquisa qualitativa é *Análise de Conteúdo* que pode ser definida como um conjunto de técnicas de análise de comunicação que busca obter indicadores que permitam inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 1977). Esse conjunto de técnicas pode ser utilizado em distintas situações em que esteja presente o elemento da comunicação, como sugere a autora a seguir:

Em última análise, qualquer comunicação, isto é, qualquer transporte de significações de um emissor para um receptor controlado ou não por este, deveria poder ser escrito, decifrado pelas técnicas de análise de conteúdo (BARDIN, 1997:32)

Os objetivos dos métodos da análise de conteúdo buscam “ultrapassar a incerteza”, questionando se o que é julgado pode ser compartilhado por outros; além de procurar permitir uma leitura mais atenta, a fim de aumentar a compreensão do conteúdo analisado (BARDIN, *op. cit.*).

No presente estudo, será adotada a análise temática que é, entre outras, uma das técnicas da análise de conteúdo. Essa técnica busca o “descortinamento” dos “núcleos do sentido” que compõe a comunicação, que, quando localizados, podem significar algo para o objetivo da investigação. Já o *tema* pode ser entendido como uma unidade de registro para estudar as tendências, as atitudes etc. e geralmente é usado nas análises de entrevistas individuais e em grupo (*id. ibid.*).

A análise categorial temática pode ser denominada como um exercício de classificação dos elementos de significação que constituem a mensagem com o objetivo de condensar e representar de maneira simplificada os dados brutos (*idem.*). Assim, através desse tipo de análise, foi realizada a seleção daquelas categorias que pudessem responder aos objetivos da pesquisa.

Assim, partindo-se da discussão acima, foi realizada a seleção daquelas categorias que pudessem responder aos objetivos da pesquisa, tendo como eixo central da análise a *integralidade da atenção*, considerando a *integralidade focalizada* na prática de saúde oferecida no espaço singular de cada serviço de saúde e a *integralidade ampliada* entendida como fruto de uma articulação de cada serviço de saúde e entre os demais setores. Enquanto o primeiro eixo abordará a integralidade na equipe de trabalho e a integralidade entre as ações de assistência, promoção e prevenção; o segundo eixo se deterá sobre a integralidade entre os níveis de atenção à saúde: primário, secundário e terciário e a integralidade entre as ações de saúde e as ações intersetoriais.

## **Capítulo V**

### **Discutindo e avaliando a integralidade na atenção à saúde do adolescente**

## 5. Integralidade: ainda no plano da utopia?

### 5.1 Integralidade Focalizada

#### 5.1.1 Integralidade na equipe profissional: sua formação e constituição

##### A atenção básica e a necessidade de capacitação para seus novos integrantes

Discutir o papel de cada profissional, assim como a dinâmica entre os mesmos ajudará a compreender uma das dimensões desse estudo: a *integralidade na equipe de trabalho*, buscando avaliar tanto a formação da equipe com a inserção de profissionais de diferentes áreas do saber, como o modo de agir e interagir dos mesmos nos seus respectivos espaços de trabalhos. As repercussões dessas práticas, e as próprias práticas, certamente irão corroborar ou dificultar o olhar integral sobre o sujeito adolescente.

No que se refere à sensibilização e capacitação dos profissionais envolvidos na atenção à saúde da cidade do Recife, estas são questões que se apresentam como uma grande preocupação e desafio dos gestores responsáveis pela re-organização do sistema de saúde. Essa “preocupação” também está registrada na proposição da Lei Orgânica relacionada aos recursos humanos, a qual assegura que a política para os trabalhadores da Saúde deve cumprir o objetivo de organizar um sistema de formação em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal (CONASEMS, 1999).

No cenário da formação profissional, especial atenção tem sido destinada aos profissionais que, a cada dia, passam a fazer parte da estratégia que visa reestruturar a rede da atenção básica<sup>17</sup> através da criação de unidades de saúde da família. Recém formados; profissionais aposentados; trabalhadores mergulhados na lógica do “antigo” modelo etc., deixam o campo da formação ainda mais complexo e necessário, como frisa adiante a responsável pela sensibilização dos profissionais de saúde e também ex-coordenadora do Gama:

E aí, as turmas eram heterogêneas, né? Tinha, às vezes, pessoas bem jovens... profissionais jovens que tinham acabado de sair da universidade, e que estavam se inserindo no Programa Saúde da Família, e tinha profissionais mais antigos, que já trabalhavam, e já estavam até se aposentando, mas que foram agora pra o Programa Saúde da Família. Então, você veja, que chegava gente, que gostava,

<sup>17</sup> Segundo o relatório da gestão da área de saúde do adolescente e do jovem do Ministério da Saúde (BRASIL MS, 2002), foi iniciado o processo de capacitação de profissionais da atenção básica, através do projeto de capacitação à distância das equipes de atenção básica, do qual participaram os estados do Ceará; Acre e Rio de Janeiro, como experiência piloto. Nem o gestor municipal, nem o estadual dessa área citaram a participação de Recife e/ou Pernambuco nessa iniciativa do governo federal.



às vezes, de atender adolescente, e tinha gente que não gostava e não queria, em absoluto. Não é? Então, a sensibilização foi feita justamente para isso [...] (Ex-coordenadora do Gama).

Assim, a capacitação voltada para as especificidades da população adolescente teve o objetivo de sensibilizar os profissionais e desmistificar questões relacionadas ao trabalho junto a esse grupo. As questões já preconizadas pelo Prosad como, doenças prevalentes na adolescência; acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento; gravidez na adolescência; violência etc., foram abordadas.

Médicos, enfermeiros e alguns dentistas, do Distrito Sanitário V participaram da primeira capacitação sobre saúde do adolescente, em 2003, que contou com o total de 80h (20h de sensibilização; 40h de capacitação e 20h de dinâmica de grupo). Porém, ao dar prosseguimento ao trabalho de formação para outros Distritos, houve a deliberação de que essas atividades iam ser realizadas através de um Curso de Especialização em Saúde da Família, ministrado pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e Universidade de Pernambuco (UPE)<sup>18</sup>, via recursos do Programa de Expansão do Saúde da Família. O gestor da área de atenção à saúde da criança e do adolescente explica o porquê da adoção desse novo rumo:

E aí, nesse cenário que entrou como variável nova – o Proesf – Programa de Expansão do Saúde da Família – com financiamento, e a Prefeitura decidiu que estaria fazendo um curso de especialização em Saúde da Família. Nesse novo cenário, a partir de setembro de 2003, o grupo gestor da prefeitura decide que nenhuma capacitação pode ocorrer, que não seja por dentro do curso de especialização em Saúde da Família [...] Então se avaliou que não dá para, além de sair para a especialização, sair para [...] do ponto de vista da atenção à saúde como um todo, de formar um especialista, sem sombra de dúvida isso é um grande [...] porém, do ponto de vista específico da saúde do adolescente, a gente teve uma redução importante (Gestor da área de atenção à saúde da criança e do adolescente do Recife).

Dessa forma, o que havia sido idealizado e preparado para ser cuidadosamente repassado sobre a saúde do adolescente, passou a ser uma das várias temáticas a serem abordadas no curso de especialização “genérico” em Saúde da Família.

Em relação às atividades de formação junto aos agentes comunitários de saúde (ACS), foi realizada uma capacitação com uma carga horária de 40h para, aproximadamente, 200 ACS com a participação de representantes dos seis Distritos Sanitários. Essa capacitação ocorreu concomitante a dos técnicos - enquanto a Sociedade

---

<sup>18</sup> A UPE ficou responsável pela capacitação dos profissionais dos Distritos Sanitários I, II e III e a UFPE pelos DS IV, V, e VI. As aulas aconteciam com periodicidade variada e previsão de conclusão do curso era dezembro de 2004.

de Pediatria ficou responsável por esta última, a Casa de Passagem ficou com a atribuição de levar a discussão sobre a saúde do adolescente aos ACS.

No Distrito Sanitário III, *locus* do presente estudo, o processo de capacitação dos ACS é, segundo o gestor da área da criança e do adolescente do Recife, diferenciado por contar com a iniciativa de atores mais sensíveis à discussão, havendo assim, maior preocupação com a organização, monitoramento e supervisão das ações de formação. O chefe de Educação em Saúde do DS III descreve abaixo o trabalho que desenvolve na região:

... Eu criei essa estrutura, início, meio e fim, porque o que acontecia era que a prefeitura demandava muito curso e não dava estrutura. Do início, só dava o início, o meio e o fim se perdia [...] Nós trabalhamos com 22 comunidades da periferia do Distrito III, com 77 agentes de saúde, em torno de 77 agentes de saúde capacitados durante três meses e meio, para formar o grupo de adolescentes dentro dos PSF (Chefe de Educação em Saúde do DS III).

O interlocutor acima citado ressalta ainda que o ciclo da capacitação dos ACS também compreende a etapa de passagem do aprendizado para os adolescentes das respectivas comunidades. Durante esse exercício, há avaliação do desempenho dos ACS, realizado por duas pessoas responsáveis pelo curso. Concluído este processo, os ACS estão aptos a formarem seus grupos de adolescentes, denominado de *Adolescente Educador em Saúde (Aesa)*.

Dessa maneira, os agentes comunitários de saúde passam a coordenar as atividades coletivas junto aos adolescentes, com o cuidado de se reunirem quinzenalmente, sob a supervisão do chefe de Educação em Saúde, para trocarem experiências e discutirem os rumos dos trabalhos. Como a procura de novos ACS interessados em desenvolver ações com essa população é grande; é constante a preocupação com a formação desses profissionais que, como veremos, vêm desempenhando um papel fundamental no campo da saúde do adolescente.

Vale ressaltar que de acordo com a gerente do DS III, a adesão dos ACS a determinados grupos ou ações é uma decisão que parte de uma divisão interna do grupo de agentes, assim, participa das atividades dirigidas aos adolescentes quem se mostra interessado pela discussão.

## A constituição e formação da equipe nas unidades estudadas

Nas duas unidades de saúde da família que fizeram parte do estudo: Córrego da Fortuna (CF) e Santa Tereza (ST) há apenas uma equipe de trabalho. Ambas também contam com uma equipe de trabalho semelhante, com exceção da presença do dentista e do auxiliar de consultório dentário na USF Córrego da Fortuna. Além disso, o número de ACS nessa unidade é de oito agentes, enquanto da USF Santa Tereza (ST) é de seis<sup>19</sup>.

Do grupo de seis ACS da unidade de ST, todas desenvolvem trabalhos junto aos adolescentes e passaram pela formação específica para essa população; na unidade de CF, por sua vez, apenas duas ACS, no conjunto de oito, foram capacitadas e realizam atividades com os mesmos.

Focalizando o trabalho na equipe da USF Córrego da Fortuna, encontramos um cenário em que todos os profissionais, de alguma maneira, acolhem o adolescente. Enquanto a enfermeira faz o exame físico nos adolescentes, orienta sobre doenças sexualmente transmissíveis e distribui preservativos; a dentista os atende em um dia específico da semana; a médica presta assistência *quando for alguma coisa mais urgente que precise de um encaminhamento para fora* e as ACS desenvolvem atividades coletivas semanalmente com os adolescentes, além de abordá-los nos seus respectivos domicílios durante as visitas domiciliares.

Dinâmica não muito diferente ocorre na USF de Santa Tereza, o diálogo com a enfermeira e o médico da unidade, segundo o depoimento de uma das ACS, é tranquilo e facilitado porque são profissionais *muito abertos* e que apóiam as iniciativas das mesmas no trabalho desenvolvido junto aos adolescentes. A relação com as próprias companheiras de trabalho também é perpassada por uma *postura de solidariedade* entre as ACS que costumam revezar a atividade de facilitar os encontros em grupo com os adolescentes.

Nas duas unidades, apesar dos técnicos não terem formação específica sobre saúde do adolescente, se dispõem em apoiar as atividades coletivas junto aos mesmos, assim como em assistí-los na unidade, quando necessário. Enquanto na USF Córrego da Fortuna, a dentista e a enfermeira participam mais ativamente das atividades em grupo desenvolvidas junto aos adolescentes, esta última inclusive responsável pela passagem do módulo temático *sexualidade e gravidez na adolescência*; na USF Santa Tereza a

---

<sup>19</sup> O número de ACS é relativo à quantidade de famílias existentes na área coberta pela USF. No caso da USF Córrego da Fortuna há 1020 famílias e 610 adolescentes; na USF Santa Tereza são 748 famílias e 235 adolescentes residentes na comunidade.

enfermeira e o médico parecem colaborar através da retirada de alguma dúvida ou esclarecimento das ACS, como esclarecido abaixo pelo médico da USF:

Então ele [o médico] tem que repassar informações também, que muitas vezes as ACS não têm, ou não tem de maneira mais ampla, certo? Então a gente tem que entrar nesse grupo, a gente tem que ser fator de informação também e de cooperação. A agente de saúde não pode estar sozinha; ela não pode estar sozinha no processo de transformação. Ela tem que estar acompanhada e bem acompanhada. Então a gente tem que está, de certa forma, como observadores do processo, mas também como atores do processo (Médico da USF Santa Tereza).

O relato acima mostra que a equipe de técnicos pode ser considerada como um “aporte” para o trabalho realizado pelas ACS, além de reforçar a fala da agente da unidade de que há abertura para o diálogo com os mesmos. O respectivo interlocutor acrescenta ainda que ele é apenas um dos componentes de ação no processo saúde-doença e que seria muito importante a existência de uma equipe multidisciplinar na unidade, a fim de discutir as demandas dos adolescentes.

No que se refere aos momentos de encontro e discussão entre a equipe, o médico afirmou que *a gente tem a tarde todinha da sexta feira para ir discutindo e levantando os problema e a partir daí, triar, o que é que a gente vai fazer. Vai agir e onde vai agir*. Mais adiante contudo, ao discorrer sobre sua participação no curso de especialização em saúde da família, afirma que as aulas estão sendo nas sextas à tarde e que por esse motivo o horário da reunião com a equipe estar comprometida. Outra questão que chamou a atenção foi o fato do médico fazer menção ao dia da realização do grupo, errado, por duas vezes durante a entrevista<sup>20</sup> – equívocos como esse nos levam a pensar em que medida a comunicação entre os profissionais está tão fluída; além de implicar o não compromisso do técnico em encaminhar adolescentes que chegam à consulta médica para as atividades coletivas desenvolvidas na unidade.

O exemplo acima contraria o que Schraiber & Mendes-Gonçalves (2000) chamam de *trabalhador coletivo* – aquele que conhece as práticas dos demais trabalhos e se encarrega de captar demandas para interagir no conjunto das ações oferecidas, a partir de seu próprio desempenho.

Na USF Córrego da Fortuna, segundo a enfermeira da unidade, as reuniões coletivas são espaços para programar a semana, para tomada de decisões e para discutir divergências, além de reservar os momentos de confraternização. Porém, o que

---

<sup>20</sup> O profissional está na unidade há um ano e, segundo a ACS que participou do estudo, o grupo sempre aconteceu no mesmo dia da semana desde iniciado.

anteriormente era discutido em um turno inteiro de trabalho, foi reduzido para duas horas de troca e interlocução porque houve a necessidade de constituição de um grupo de idosos nesse horário.

Para Paduzzi e Palma (2000) o momento de supervisão é um instrumento valioso de reflexão sobre a organização do trabalho, no qual os atores buscam a articulação entre a teoria e a prática de vários elementos envolvidos no processo. Assim, priorizar agenda e disponibilidade para os encontros da equipe, torna-se indispensável para o crescimento do grupo e o melhor funcionamento do trabalho.

As ressalvas apontadas certamente contribuem para o distanciamento da oferta da atenção integral, por outro lado, é legítimo afirmar que há interesse das equipes em incluir o adolescente na agenda de suas atribuições.

Entretanto, uma outra discussão cabe nesse momento: para que a interdisciplinaridade torne-se uma prática dentro dos serviços, é pré-condição a presença de profissionais de diferentes áreas do saber, dessa maneira, como lidar com uma realidade que *a priori* compromete a atenção à saúde do adolescente? Se o próprio Ministério da Saúde (BRASIL, 1988a) preconiza que, no nível da atenção básica, a presença do médico, do enfermeiro, do odontólogo (em alguns casos) e dos agentes comunitários de saúde é suficiente para responder às demandas da população que depende dos serviços do SUS, então há uma discussão, ou melhor, um obstáculo à prática da integralidade que transcende à capacidade de trabalho da equipe da USF.

Essa questão tem sido alvo de constantes questionamentos por parte de alguns autores que abordam o caráter contraditório entre a garantia de acesso a um número limitado de profissionais e a referência à prática integral (ALBUQUERQUE, 2003)

E se as USF contam com uma equipe mínima, o que dizer da do programa de agentes comunitários (Pacs) que, no caso da unidade pesquisada - Alto de Antônio Félix, é composta por uma instrutora supervisora (enfermeira) e 28 agentes comunitários de saúde?

Em se tratando da atenção aos adolescentes, a discussão sobre a composição da equipe abarca uma dimensão ainda maior porque a demanda por serviços assistenciais é pequena, ao passo que aspectos e conflitos próprios do cotidiano têm uma grande dimensão. E estes, por sua vez, demandam aproximação com profissionais de outros campos do saber, como relata um dos adolescentes entrevistados nesse estudo:

É... tem muitos adolescentes que precisam de... ter uma conversa, para acalmar o estresse, porque tem muitos adolescentes que são muito estressados. É com a namorada, é com fulano, é com sicrano, é com o pai, entende? Então poderia ter

também um negócio assim, como é que se diz aquele... é... [...] é psicólogo... (Aesa do grupo da USF Córrego da Fortuna).

O que poderia ser considerado como uma “saída” para as situações que o Pacs e PSF não resolve, parece ser uma discussão ainda em curso, trata-se da implementação das equipes de retaguarda para cada 10 ESF, composta por especialistas de diferentes áreas com o objetivo de dar suporte as mesmas. Nesse sentido, a gerente do DS III, ressalta:

... Na verdade a gente tem uma questão da equipe de retaguarda que deve ser, com o nome que está sendo dado agora de Ação Avançada<sup>21</sup>, ser trabalhado na próxima gestão, que entraria justamente o psicólogo, o assistente social, a nutricionista... (Gerente do DS III).

Em que pese o processo de reestruturação das ações e serviços de saúde, a gerente do Distrito III também aponta que existem duas Policlínicas que estariam atuando na área do Distrito como equipes de retaguarda, com profissionais específicos para o atendimento aos adolescentes: o Albert Sabin e o Clementino Fraga. No entanto, o relato da hebeatra desta última unidade, ilustra a pouca consistência da atual composição da equipe para este fim:

Então, a que é que se resume hoje: eu, sozinha, e a psicóloga, que não é específica para adolescente; ela atende o posto todo. Mas eu tenho um bom entrosamento com ela e encaminho meus pacientes pra ela, e tenho um retorno desses pacientes... porque o resto do pessoal, assim, é uma enfermeira só pro posto, então ela não pode contribuir porque ela já tem muitos programas...vários programas, programa de hipertensão, programa de diabetes... então ela tem um monte de coisas. Então, no momento, só estou eu, sozinha (Hebeatra da Policlínica Clementino Fraga).

A entrevistada acima acrescenta que a assistente social, sua companheira de trabalho junto aos adolescentes, está de licença médica e que por este motivo o grupo de adolescentes realizado na unidade pelas duas profissionais foi, temporariamente, suspenso. Também assinala que há outras especialidades na unidade como ginecologia, dermatologia, nutrição, odontologia e terapia ocupacional que, a depender da necessidade, recebem os adolescentes. Contudo, ressalta que essa equipe não é voltada exclusivamente para essa população.

Com exceção do “entrosamento” da hebeatra com a psicóloga, pouca ou nenhuma troca é realizada entre os profissionais a fim de possibilitar a discussão de casos sob diferentes olhares e, nesse caso, ainda que o sujeito esteja diante de uma equipe multidisciplinar, corre grande risco de ser visto de maneira fragmentada. Daí a

<sup>21</sup> Essa ação pode ser entendida como: “eles [especialistas] vão até a comunidade para fazer visita domiciliar, para atender junto com o médico do PSF em algumas áreas específicas...” (Gerente do DS III)

preocupação de Pinheiro (2001) em afirmar que além da necessidade de contar com uma equipe com profissionais de diferentes formações, é importante estar atento para revisão de valores, que por muito tempo foram calcados na racionalidade médica, com foco no procedimento objetivo e curativo.

Primeiramente, a formação de uma equipe *multi* e interdisciplinar voltada para a atenção à saúde do adolescente é, segundo os gestores entrevistados, inviável diante do novo sistema de saúde que, além da integralidade, também tem a universalidade das ações como princípio:

... Mas que ele [o adolescente] vai perpassar [a política de atenção à saúde], porque se não a gente vai dizer assim: eu vou ter um urologista para o adolescente, um urologista para o idoso, um urologista para a criança e não pode ser assim. A política é maior do que isso [...] porque se não, eu não vou ter profissional para isso (Gestora de atenção à saúde da prefeitura do Recife).

Desse modo, a proposta apresentada é que as equipes de retaguarda funcionem para todos os segmentos populacionais, partindo-se da lógica de território. No entanto, é importante levar em consideração que, por mais paradoxal que pareça, é pensando as particularidades de um determinado grupo ou segmento da população que se consegue ser mais integral<sup>22</sup>, ou seja, é contemplando as especificidades que se consegue dar respostas mais satisfatórias e resolutivas também. Do contrário, pode-se estar à frente de uma cilada capaz de contradizer preceitos do SUS que prevêem o direito à atenção continuada e coordenada, com qualidade, conforme sustenta os interlocutores abaixo:

... Mas tem casos que o pessoal do Saúde da Família não dá conta. Então o lógico era você tirar algumas unidades e você ter equipes mais bem preparadas para atender, a psicóloga atender [...] Que tivesse essas unidades de referência, que começasse a ter. Aí era preciso virar o baú da memória, pra ver quem já fez curso, quem é que tem interesse, quem quer continuar sendo capacitado pra isso, pra poder estar constituindo esses núcleos, entendeu? (Ex-coordenadora do Gama).

... Eu acho importante que tenha uma equipe de retaguarda [...] que possa atender àqueles casos mais difíceis. Por exemplo, um Posto de Saúde grande não ter um psicólogo específico para adolescente [...] o adolescente realmente precisa, eu noto essa diferença, ter um trabalho no Serviço, que tenha profissionais específicos trabalhando com o adolescente (Hebeatra da Policlínica Clementino Fraga).

Qual a solução então, para responder às demandas dos adolescentes de maneira integral, dentro da perspectiva do novo sistema de saúde? Seria como propôs as interlocutoras acima, através da criação de equipes de retaguarda com especialistas em saúde do adolescente, respeitando a noção de território e calcada na oferta organizada?

---

<sup>22</sup> Para uma discussão mais aprofundada sobre a questão, ver Mattos (2001).

Talvez. Fortalecer os centros de referências especializados em violência e drogas voltados para a população a que se destina esse estudo? Também. Mas, sem dúvida, o principal desafio é a revisão de conceitos, atitudes e práticas dos profissionais que lidam direta e indiretamente com os sujeitos adolescentes, como aponta Pinheiro (*op. cit.*).

Isto não significa que seja irrelevante a conformação de uma equipe multidisciplinar, no entanto, é sabido que muitas vezes os profissionais são locados em determinadas unidades de trabalho por razões que ultrapassam o interesse e o conhecimento aprofundado em determinada área, questões relativas à disposição ou carência de vagas; conveniência de horário etc. são comumente observadas nos serviços públicos de saúde<sup>23</sup>. Nesse sentido, a formação continuada torna-se indispensável para a resignificação de valores que vêm, certamente, desde a formação universitária.

E mais uma vez a discussão sobre a importância da formação profissional retorna. Como anteriormente assinalado por Nunes (1995), a grade curricular, especialmente da área médica, tende a focar as ciências biomédicas, deixando à margem aspectos relacionados ao contexto social, comprometendo assim, a visão integral da saúde. Reverter essa corrente, é um dos desafios que começa a repercutir na realidade de algumas graduações, como mostra a experiência a seguir:

Um avanço, eu acho que é a gente estar nos cursos de Medicina, nos cursos de Enfermagem, fazendo com que esse profissional da Saúde veja o ser humano como um todo. Eu acho que começar na base já é um grande começo. Porque se hoje, meu aluno, 3º período, não é, ele já sai dali entendendo que ele não pode ver o homem esfacelado, isso já é uma grande valia para a atenção à saúde do adolescente [...] tendo seu objeto de trabalho não como objeto, mas sujeito-sujeito, numa relação sujeito-sujeito, que isso é de muita importância. Então, se a gente conseguir isso daqui a algumas gerações, eu, lá no meu túmulo, vou ficar contentíssima! (Ex-coordenadora do Gama).

É bem verdade que as repercussões dessas mudanças começarão a ressoar no cotidiano dos serviços a médio e longo prazo, mas certamente, iniciativas dessa ordem proporcionarão a constituição de equipes mais porosas ao conhecimento do outro, facilitando assim a integralidade e equidade entre o conjunto de profissionais.

Para Campos (1992) a postura dos médicos tende a dificultar o trabalho em equipe por geralmente entenderem que a relação médico-paciente é suficiente para solucionar o problema apresentado. Além disso, o autor ressalta que o envolvimento de médicos em ações integrais é difícil e comumente eles não se dispõem à realizar atividades de educação em saúde. Essa discussão remete a uma colocação do Gestor da área de atenção

---

<sup>23</sup> Essas informações foram trazidas por alguns profissionais do Prosad do Cisam ao explicarem porque começaram a trabalhar com o público adolescente, durante uma oficina facilitada pela pesquisadora.



à saúde da criança e do adolescente que destaca, mais uma vez, a necessidade de se mexer nas estruturas da formação médica:

E tem outro aspecto, e assim, e de onde se tirou que só o assistente social pode trabalhar a promoção da saúde, e de onde se... e de onde se tira que o médico não pode trabalhar aspectos de promoção, pra gente desconstruir a formação do próprio médico? Nem valorizando assim só a questão do médico. Mas se eu quero desconstruir essa formação do médico, eu tenho que começar a dizer que é uma atribuição dele trabalhar a questão de promoção, necessariamente (Gestor da área de atenção à saúde da criança e do adolescente do Recife).

Além de está presente no modo de organização dos serviços, a centralização na figura do médico está no imaginário social (PINHEIRO & LUZ, 2003), levando um dos adolescentes entrevistados a expressar seu estranhamento diante da experiência vivida junto a um médico:

Duas horas... né, por semana, um médico está discutindo com os adolescentes da comunidade e tal. Esse Programa vai ficar na minha lembrança para o resto da vida, porque era uma coisa que não surgiu da gente, surgiu de uma pessoa que a gente nem esperava. Um médico, que tinha lá seu carro, tinha lá sua casinha, tal... pela história, poderia não se preocupar com quem está aí, na história, que não tem o que ela tem. E aí ficou muito interessante, muito marcante na minha vida porque ela discutia, era uma pessoa super jovem, nova, tinha um vocabulário muito jovem também, sabe? A gente mesmo se sentia, às vezes, tímido, por causa da história da camisinha, timidez, um entrave das pessoas, 'ah, não quero usar, não vou usar, porque..' e aí, sabe, ela mostrava, de uma forma brincando, os perigos que se passava se a pessoa não usasse camisinha, e tal (Adolescente vinculado a projetos da ONG Instituto PAPAI).

O papel do médico em levar informações que promovam saúde e diminuam chances de possíveis agravos ou enfermidades é, nessa experiência, percebido como uma transgressão. Certamente, quando mais “médicos transgressores” surgirem nas comunidades, maior adesão da população adolescente aos serviços e ações de saúde, ocorrerá.

E os “outros” integrantes da equipe? Seria uma postura anti-integral não discorrer sobre a necessidade de capacitação de profissionais que também formam a equipe de saúde, por “mais mínima” que ela seja, no caso das USF, para além dos técnicos de nível superior. Peduzzi & Palma (2000) ressaltam, entretanto, que as atividades de desenvolvimento daqueles trabalhadores que estão no nível médio e elementar, geralmente se traduzem em *treinamentos simplificados ou “adestramentos”, que mais reiteram a desigualdade social no trabalho.*

Assim, a ausência<sup>24</sup> de sensibilizações e capacitações voltada para os auxiliares de enfermagem chama a atenção, especialmente porque a forma como os adolescentes são acolhidos nos serviços de saúde é decisiva para a adesão desse grupo a esses espaços, como enfatizam Grossman *et al.* (2004). Assim, uma equipe em que nem todos os profissionais estejam sensíveis a determinada questão pode comprometer o andamento e a qualidade de trabalho pretendida.

O relato de um dos adolescentes pode ilustrar a importância da maneira como a pessoa os acolhe e as repercussões de um atendimento hostil, por parte da recepcionista num posto de saúde:

Eu vejo como demanda dos adolescentes, são as próprias pessoas que estão lá, trabalhando [...] porque é complicado você chegar às vezes no Posto de Saúde, a recepcionista lá, tá lá pra fazer a ficha, você diz seu nome, a pessoa com a cabeça cheia de coisa, você diz seu nome, aí você fala baixo ou, às vezes, fala alto, sei lá, sabe, aí a recepcionista já chega e 'blah!', vem todo um barulho, uma falta de respeito... (Adolescente vinculado a projetos da ONG Instituto PAPAI).

Ou seja, o que poderia ser uma oportunidade para convidar o adolescente a participar de atividades de educação em saúde, recreativas, ou simplesmente, para deixá-lo à vontade, se perde na burocracia e desumanização de parcela dos serviços de saúde que, muitas vezes, subestima a necessidade de cursos e capacitações para seu pessoal.

Uma outra situação, essa fruto da observação direta da pesquisadora, trata-se de um adolescente do sexo masculino que se dirigiu à USF Córrego da Fortuna e solicitou uma consulta médica para o mesmo a uma das ACS presentes na unidade, a reação da agente foi a de dizer que ela iria à área em que ele morava no dia seguinte e que agendaria a consulta com a *mãe* dele. Ele consentiu e foi embora. Essa história é emblemática para retratar a não visibilidade dos adolescentes como sujeitos que têm demandas de saúde e como sujeitos que podem responder por suas necessidades; além de apontar forte preconceito de gênero, o que reforça ainda mais a maciça presença feminina no cenário dos espaços de cuidado.

Dessa forma, percebe-se a relevância de envolver o máximo de integrantes da equipe na discussão sobre saúde do adolescente. Não é interessante, por exemplo, que parcela das ACS desenvolva trabalhos com adolescentes e se capacitem para tal, proporcionando assim, a inserção e inclusão dos mesmos, quando outra parcela (de ACS e outros profissionais) não está atenta para a questão e termina por excluí-los de possíveis

---

<sup>24</sup> Segundo a gerente do DS III, embora tenha havido algumas capacitações para os auxiliares de enfermagem, nenhuma delas abordou o tema da saúde do adolescente.

benefícios. Isto não significa dizer que todos deverão voltar seus olhares para os adolescentes e deixarem de lado suas outras demandas, nem que todos os ACS devem passar e permanecer tendo capacitações sobre adolescentes (a não ser que se interessem pela discussão), mas que, minimamente, existam sensibilizações para todas as profissionais, a fim de sinalizar o debate. Até porque a atenção integral, segundo Ceccim & Feuerwerker (2004) só é possível quando o campo da formação possibilita a adoção de práticas integrais.

Sobre o trabalho desenvolvido pelos agentes comunitários de saúde, a maior parte dos interlocutores ressaltou sua importância frente à nova política de atenção à saúde, assim como foram enfáticos em afirmar a necessidade de capacitá-los para, cada vez mais, torná-los profissionais com grande potencial de mudanças no que diz respeito às ações e políticas voltadas aos adolescentes.

Diante da “equipe mínima” das USF; de uma equipe de retaguarda ainda em fase de estruturação e de uma reforma curricular que trará resultados paulatinos, com o passar do tempo; a figura do ACS pode ser considerada como a grande “dissidente” frente a uma equipe técnica formada fundamentalmente sob a égide do conhecimento biomédico.

Dessa maneira, investir nesse profissional para atuar coletivamente junto aos adolescentes, como tem feito o Distrito Sanitário III, além de estratégico, pensando a garantia de interlocução com a comunidade; é frutífero, pensando e assistindo ao empenho e a motivação desprendida pelos mesmos na construção de seu papel como educador. A possibilidade de encontrar “alternativas” no trabalho dos ACS, diferentemente, ou para além do preconizado pelo Ministério da Saúde já fora apontado por alguns autores:

Como contraponto à possível rigidez dessa divisão de trabalho da equipe, identificamos que o trabalho dos agentes comunitários pode ir além de suas atribuições básicas, inserindo novas ações, evidenciando uma flexibilização das tarefas designadas pelo Ministério da Saúde, por exemplo, quando o agente assume atividades de grupo voltadas para a educação em saúde (BRAGA DA SILVA *et al.*, 2004:84).

Essa discussão encontra ressonância na proposta de fortalecer os agentes comunitários de saúde para a realização de trabalhos em grupo na comunidade, como afirma um dos idealizadores dessa idéia, o chefe de Educação em Saúde do DS III:

O que eu observo é que ações das agentes de saúde, que ela tem o papel de atendimento dentro da comunidade [...] então ela passa a marcar consultas, a visitar os usuários, mas ela não é fortalecida para trabalhar com grupos. Que é o papel da ACS, trabalhar com grupos. Não é a enfermeira e a médica (Chefe de Educação e Saúde do DS III).

Trabalhar com grupos, no entanto, requer habilidade e um certo processo de aprendizagem. Daí a recorrência em afirmar que esses profissionais precisam estar preparados para, além de atuarem coletivamente, estarem abertos ao diálogo com os adolescentes, caso contrário os ACS é que passaram a ser vistos como bichos esquisitos na comunidade, deixando escapar oportunidades valiosas de produzir saúde. Um pouco dessa problemática pode ser compreendida no trecho abaixo, trazido por um adolescente:

Eu penso que a principal necessidade dos adolescentes hoje é um agente comunitário, sabe, que não seja conservador [...] E aí, ter um diálogo também, sabe, não diálogo excludor, porque assim, eu percebi que as comunitárias [...] uns são evangélicos, católicos, tem uma tradição religiosa e tal, sabe, e quando a pessoa tem uma gíria, tem outro gingado, tem toda uma coisa diferente da dele, né, eles simplesmente exclui, acha que aquele é mais um louco da comunidade, mais um doidinho... mais uma doidinha, sabe, mais um jovem, mais um adolescente rebelde sem causa, né... sempre tem essas coisas assim. Tem toda essa... [...] Então, é os agentes comunitários. Eu digo os agentes comunitários, porque é o que está mais próximo da comunidade, entendes? Eu não falo nem os médicos, nem a recepcionista que fica lá no Posto, e tal. Mas eu falo mais do agente comunitário porque é o que está mais perto das pessoas, é dali da comunidade, entendes? Vai na casa das pessoas, senta, toma um café, conversa. Mas, sabe, é uma conversa ainda meio... tipo, antiga (Adolescente vinculado a projetos da ONG Instituto Papai).

Depoimentos como esse são preciosos para discutir práticas capazes de alcançar ou afastar os adolescentes, a questão da linguagem e do posicionamento diante das demandas mais comuns nessa fase. Posturas que, quando abertas ao diálogo e à resignificação se aproximam do outro e se aproximando do outro, é possível tê-lo como aliado no processo de construção e desconstrução de significados, valores e experiências. Nesse sentido, os relatos das ACS podem ser ilustrativos:

... A gente procura assim, manter a cabeça aberta para idade deles e assim, procura mesmo se colocar no lugar deles pra que o entendimento seja o melhor possível (ACS USF Santa Tereza).

... E eu fiquei sobre as mudanças pubertárias [módulo temático]. Então a gente... a minha dificuldade era que eu tive uma criação evangélica muito rígida. Então falar de sexualidade para adolescente... Quando o menino, que eu acho que eu fiquei vermelha, amarela, de toda cor, me perguntou o que era ereção, eu não sabia o que responder, mas eu disse: 'Não, eu tenho que responder', entendeu? Então eu fui lá embaixo e desenrolei e respondi pra ele (ACS1 USF Córrego da Fortuna).

Nem sempre, no entanto, as ACS têm instrumentos e conhecimento específico para lidar com determinadas questões que surgem, especialmente, quando os adolescentes se agregam. Uma das agentes da USF Córrego da Fortuna, aponta que algumas vezes se vê de *mãos atadas* diante de situações que não tem certeza de qual seria a reação mais

adequada, atrelada à dificuldade de acesso a profissionais especializados, para possível esclarecimento ou encaminhamento.

Através da observação direta nessa unidade foi possível presenciar determinadas situações que ressaltam, por um lado, a disponibilidade das profissionais de desenvolverem um trabalho de qualidade junto ao grupo de adolescentes (preocupação em convidar especialistas para debater alguns temas que têm menos propriedade; iniciativa de buscar material educativo; realização de dinâmicas para atrair os participantes etc.), além dos relatos que exprimem o tamanho da motivação e envolvimento despreendidos:

Porque eu gosto mesmo de participar, de estar com eles, de conseguir alguma coisa pra eles, alguma informação, algum folhetozinho que eu levo novidade pra eles... eu gosto (ACS da unidade do Pacs da comunidade Alto Antônio Félix).

A gente trabalha até feriados. Trabalhou do feriado de?... (ACS2 da USF Córrego da Fortuna).

Por outro lado, também é possível perceber algumas posturas que podem parecer meio “antigas” e “conservadoras” por parte das ACS, como a escolha da passagem de um vídeo sobre mudanças corporais que enfocou a questão da reprodução e procriação, em detrimento de aspectos relativos à descoberta do corpo, prazer etc. Ou ainda, quando há a exposição de características da adolescência e se opta por elementos que ressaltam mais aspectos negativos do que positivos dessa fase, como: *sem limite; rebeldia; instabilidade emocional; agitação; dono da verdade*.

Braga da Silva (2004) vem questionar assim, o papel da formação dos agentes comunitários de saúde, pois considera que a quantidade e a qualidade de habilidades requeridas para o exercício dessa função é intensa e diversa, deixando a questão diante de uma problemática: como lidar com as demandas complexas do cotidiano sem contar com uma formação contínua e que abranja saberes que ultrapassem o saber biomédico?

Como apontado anteriormente, talvez a iniciativa de realizar encontros periódicos<sup>25</sup> com as ACS que desenvolvem ações com os adolescentes, seja uma possível resposta a essa problemática, como descrito a seguir:

---

<sup>25</sup> As reuniões são realizadas quinzenalmente, sob a supervisão do chefe de atenção à saúde, havendo rodízio no local dos encontros. A pesquisadora observou um encontro que aconteceu na associação de moradores da comunidade Alto José Bonifácio no dia 20 de agosto de 2004, no qual a pauta de discussão foi: encontro da juventude e a participação dos adolescentes educadores em saúde; caminhada pela cidadania dos adolescentes; projeto da rádio comunitária que envolve a participação dos adolescentes; estatuto da ONG que as ACS pretendem fundar; dentre outros informes.

A gente troca informações, troca dinâmicas... Às vezes muda até o módulo, porque viu que a outra fez assim e deu certo, aí a gente acha interessante e muda... (ACS1 da USF Córrego da Fortuna).

Porém, apesar dos espaços de supervisão representarem um momento privilegiado de reflexão sobre o trabalho, portanto, uma oportunidade para as agentes repensarem sua prática e aperfeiçoá-la, certamente eles não suprem o conhecimento e aprendizado vindos de freqüentes e sistemáticas capacitações.

Dessa maneira, parece que planejar e incentivar atividades de formação para as ACS é o caminho que possibilitará mais respostas às necessidades de saúde dos usuários, nesse caso, os adolescentes. Ou seja, um caminho que permitirá maior aproximação da atenção integral.

Por fim, a unidade de alta complexidade que foi objeto da pesquisa, foi o Hospital Agamenon Magalhães, o qual durante muito tempo, segundo a ex-coordenadora do grupo de adolescentes, contou com uma equipe *multi* e interdisciplinar no atendimento aos adolescentes, através do núcleo do Prosad. Atualmente o hospital mantém poucos profissionais que participaram do grupo na unidade, dentre esses, uma Psicóloga que relata: *fiquei de bombeiro*, ou seja, quando precisam, diante de alguma emergência, a chamam.

A ex-coordenadora do Gama também aponta a ausência de “otimização” das pessoas da equipe que permaneceram no Agamenon, segundo a interlocutora, as mesmas poderiam estar direcionando a atenção no público adolescente que recorre ao hospital, em busca de procedimentos “mais complexos”. Com exceção de algum caso de gravidez que complica, a profissional referida no trecho abaixo é sub-aproveitada:

Veja, lá na internação não ficou nenhuma equipe, porque também poderia ter ficado alguém da equipe, ser treinado só pra isso, pra abrir espaço pra ter uma enfermaria do adolescente. Não foi. Agora, nesse período último, uma colega minha, Pediatra, que também é professora lá na faculdade, [nome da profissional], não foi transferida pra canto nenhum e ficou lá, como se fosse assim, uma pessoa que recebesse quem tá chegando, só pra dizer que o atendimento não está mais... só que, de vez em quando, entra alguém com tentativa de suicídio pela... emergência do hospital, ou alguma gestante adolescente, que complicou, aí chamam ela pra poder ver (Ex-coordenadora do Gama).

Segundo Conill (2004), há uma tendência nos estudos sobre integralidade em considerar as práticas da atenção básica como *locus* privilegiado para observar esse princípio, contudo, é importante que o momento da internação também seja visto como uma oportunidade para estabelecimentos de vínculos que venham proporcionar maior

autonomia do usuário, como apontado anteriormente por Cecílio (2001). Além disso, mesmo que os adolescentes não representem um segmento populacional que tem expressão nas internações e emergências, esse quadro muda de tom quando se trata de parto e acidentes por causas externas.

Parece que, a partir da discussão acima, muitos desafios se colocam frente à necessidade de acolher o adolescente de maneira integral. Discutir sobre a importância da inserção de um profissional que não seja formado “essencialmente” na área biomédica, capaz de apreender com mais facilidade as demandas relacionadas à vivência dos adolescentes; antes disso, garantir ao menos a “equipe mínima” para aquelas comunidades cobertas apenas pelos agentes comunitários de saúde e pela Enfermeira supervisora; fortalecer as equipes de retaguarda a fim de que, especializada ou não, seja sensível ao público adolescente e, sem dúvida, investir na formação de todos esses profissionais de forma programada e continuada.

## **5.1 Integralidade Focalizada**

### **5.1.2 Integralidade entre as ações de promoção, assistência e prevenção**

Para compreender a importância de cada tipo de ação destinada aos adolescentes é fundamental entendê-las a partir das principais demandas de saúde desse grupo populacional. Como afirmam Ayres & França Junior (2000) tanto a atenção voltada para a demanda espontânea quanto para a organizada, podem ser pouco produtivas se a ação oferecida não se adequar às reais características das preocupações e questões dos principais interessados.

Nesse sentido, uma primeira discussão sobre a forma como o adolescente do sexo feminino e do sexo masculino vivenciam determinadas mudanças e o modo como se relacionam com as instituições de cuidado merecem ser consideradas, como ressalta o adolescente abaixo:

Eu tava descobrindo meu corpo ainda, sabe, tem toda aquela coisa... fiquei nojado, nascendo pêlos, nas partes, e... eu não tava... ‘que é isso que tá acontecendo comigo? Será que eu tô doente’, sabe? [...] a própria vergonha de chegar e, sei lá, estar usando o Sistema Único de Saúde pra estar falando de sua vida pessoal, pra um agente comunitário, médico, sabe? [...] A vergonha, ela predomina, a gente nunca... os homens, principalmente, quer mostrar que ‘ah, eu tenho saúde, basta eu pegar um pouco de espinafre, né, e aí tô com saúde, tô forte’ (Adolescente vinculado a projetos da ONG Instituto PAPAI).

A leitura das relações de gênero nas práticas e ações de saúde permitem a compreensão de que as demandas dos homens e das mulheres jovens estão perpassadas por modelos que atribuem papéis e expectativas diferenciadas, a partir da variável sexo. Se pensarmos nas características de morbidade, que requerem *assistência*, vemos que os homens não podem carregar um filho em sua barriga, mas por que são responsáveis pela maciça procura dos serviços de saúde quando se trata de complicações decorrentes de agressões e acidentes (muitas vezes associados ao uso indevido de drogas)?

De acordo com Medrado (1997) & Lyra *et al.* (2002) os homens, especialmente os mais jovens, são incentivados a se defender e a atacar, sendo socializados para responderem às expectativas sociais, de modo pró-ativo, em que o risco não é algo a ser evitado e prevenido, mas enfrentado e superado. Certamente, esse modelo termina por reforçar a adoção de práticas que desestimulam o auto-cuidado e a procura de cuidados nas instituições de saúde.

Durante a pesquisa, os interlocutores não problematizaram a questão de gênero na atenção voltada para os adolescentes, mas alguns fizeram menção a aspectos fundamentais que remetem a essa discussão. Por exemplo, o fato do serviço não ter a “cara” do menino e o fato de não se mencionar o pai da criança quando se aborda o tema da gravidez na adolescência, foram alguns dos exemplos trazidos:

... Foi a questão que o centro de saúde não tem a cara do menino [...] tá entendendo? Então eles não se sentem à vontade de procurar um posto de saúde porque o centro de saúde é só materno-infantil... (Gestora da área técnica da saúde do adolescente do Estado de PE.).

Outra questão é a questão do menino. Onde é que o menino entra nessa discussão[gravidez na adolescência]? A gente só vê a menina. Quer dizer mais uma vez responsabiliza a mulher nessa faixa etária (Gestor da área de atenção à saúde da criança e do adolescente do Recife).

O não envolvimento dos homens com assuntos do campo da saúde e direitos reprodutivos está associado à posição de que os atos de conceber e criar filhos constituem experiências humanas atribuídas culturalmente às mulheres, incluindo muito discretamente o pai. Na maior parte das vezes, a paternidade é concebida sob a ótica feminina, reforçando a idéia de que são as mulheres que carregam literalmente a gravidez. Muito pouco se pergunta ao homem sobre sua participação, responsabilidade e desejo no processo de reprodução, principalmente quando este homem está na fase da adolescência (LYRA, 1997)



Transitar nos espaços considerados “femininos” não parece tarefa fácil, seja para os pais adolescentes, seja para os adolescentes que ainda não são pais. Nesse sentido, a enfermeira da USF Córrego da Fortuna conta sua estratégia para atrair os adolescentes do sexo masculino ao posto de saúde, na tentativa de deixá-los à vontade:

Até para pegar um preservativo, as meninas chegam aí... se não tiver, eu tenho até uma caixinha ali, aí eu deixo a caixa ali, secreta né? As meninas vêm, pegam numa boa. Os meninos têm vergonha de pegar, aí eles vêm escondidinho... já deixo aqui na minha sala, uma caixa de preservativos. Às vezes eles vêm, tem papel, enrolam direitinho... uns vêm até com jornal, uma revista, uma coisinha... (Enfermeira da USF Córrego da Fortuna).

E por falar em preservativos, também do plano da *prevenção* pode-se apontar tendências que reforçam a importância de se incorporar a dimensão de gênero nas ações e trabalhos desenvolvidos. Segundo dados do Programa Nacional de DST/Aids, é entre as mulheres adolescentes (13 a 19 anos) que a Aids e outras doenças sexualmente transmissíveis (DST) tem, proporcionalmente, crescido mais. O início da vida sexual com parceiros mais velhos, atrelado à anatomia e fisiologia do corpo feminino, mais propícia à infecção pelo HIV, podem explicar o fenômeno (BOLETIM GESTOR, 2004).

Porém, existe uma outra questão que é o baixo poder de negociação das meninas mais novas em convencer seus companheiros a usarem o preservativo, ou seja, estamos diante de mais uma situação em que a desigualdade de gênero pode favorecer o aparecimento de agravos e enfermidades. Considerando esse cenário, é indiscutível a relevância de se trabalhar o *empoderamento* das adolescentes do sexo feminino, contudo, não se pode deixar de estimular os meninos a participarem e se envolverem na discussão, e assim, não perder a oportunidade de resignificar práticas e valores que parecem tão enraizados.

A possibilidade de revisão de discursos e práticas que levam à adoção de novos posicionamentos diante do modo de levar a vida, encontra o campo da promoção da saúde seu campo mais fértil. Nesse sentido, questões relacionadas ao envolvimento com drogas, violência e sexualidade, encontram na arena dessas práticas oportunidade de diálogo, aprendizado e resignificação.

Estudos apontam, por exemplo, o potencial do adolescente como agente de mudança pode ser ilimitado, quando bem apoiados e conduzidos (SERRANO, 1995). Atrelada à condição de ser um grupo que pode ser visto como um potencial agente promotor de saúde para seus pares e sua comunidade, os adolescentes são uma população relevante para o desenvolvimento de trabalhos de educação em saúde, por possibilitar,

dentre outros benefícios, a redução nos índices de agravos que chamam a atenção da saúde pública, como apontado abaixo:

E também eu acho que é uma fase, uma das fases mais importantes pra você trabalhar. Você trabalhando bem o adolescente, você vai prevenir inclusive as doenças crônicas degenerativas (Gestora da área técnica da saúde do adolescente do Estado de PE.).

Até as políticas do governo, enquanto não atuar com os adolescentes... eu acho que de todas as áreas, de todos os riscos, a adolescência, a abordagem com adolescentes é prioridade número um, o adolescente, porque só vai acabar essa violência quando se trabalhar com o adolescente, se você não atuar com o adolescente a coisa não vai andar (Enfermeira da USF Córrego da Fortuna).

Nesse caminho, Ayres (1990) defende a organização de atividades em saúde voltadas para esse segmento populacional por acreditar que é um período da vida calcado por transformações físicas e psicológicas que, em nossa sociedade, estão relacionadas a amplos redimensionamentos de papéis sociais. Na tentativa de embasar a necessidade de ações para os adolescentes, o autor aponta algumas de suas particularidades: a faixa da adolescência constitui no Brasil, uma fatia da população com coeficientes de mortalidade por *causas externas* diferente de outros grupamentos etários; a grande quantidade de queixas trazidas pelos adolescentes aos serviços de saúde sem apresentarem um motivo claro, revelando, dessa forma, 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 a “antecipação” da iniciação sexual.

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

Quando a gente vai olhar o perfil epidemiológico da cidade, a gente vai ver adolescentes... olhar primeiro mortalidade. Quando a gente vai olhar a mortalidade, de que os adolescentes estão morrendo? Hoje, na cidade do Recife é em torno de 340, 360 óbitos/ano. Basicamente, de quem morre, esses adolescentes de 10 a 19 anos? Basicamente de quem morre? De causas externas, homicídios [...] Agora, a maioria absoluta, meninos (Gestor da área de atenção à saúde da criança e do adolescente do Recife).

Eles vêm demais aqui com problema, eles dizem ‘de saúde’, uma dor, uma tosse, né, alguns problemas de atraso menstrual, as meninas vêm... Mas quando você começa a conversar, a gente vê que muita coisa tem... é tipo de doença psicossomática, né? [...] Uma dor abdominal que às vezes não tem uma causa, uma dor nas costas, ‘ah, é uma dor na coluna’, é uma dor no ombro, e que, na realidade, quando a gente começa a conversar, a gente vê que tem é problemas, muitos problemas familiares... (Hebeatra da Policlínica Clementino Fraga).

Então geralmente são meninas que começam a sexualidade de forma bem precoce, assim, acaba de menstruar já iniciam sua atividade precoce. Então a gente observou isso, que essas meninas têm uma tendência maior a ter parceiros, e mais gravidezes (Médico da USF Santa Tereza).

Partindo dessa discussão, resta a pergunta, como responder às demandas dos adolescentes diante de um leque de questões que, muitas vezes, estão para além do setor saúde? Mais uma vez Ayres & França Junior (2000:71) contribuem ao sugerir que o espaço de organização e participação grupal é, dentre outras ferramentas, um forte elemento para emancipação e autonomia dos adolescentes, os quais, na sua opinião, estão ávidos *por informação, por espaços e temas para a discussão e reflexão, por oportunidades de experimentar-se, por apoio para aventurar-se, por subsídios para defender-se contra opressões de ordem social, política, econômica etc.*

A partir do reconhecimento das necessidades específicas desse grupo e pela busca do fortalecimento do papel político do adolescente na comunidade, nasce o projeto Aesa – Adolescentes Educadores em Saúde, com o objetivo de discutir, problematizar e atender os adolescentes moradores do Distrito Sanitário III da cidade do Recife. Baseado no princípio da promoção da saúde, o projeto já trabalha com 22 comunidades do DS III e alcança cerca 630<sup>26</sup> adolescentes através de atividades em grupo realizadas nas respectivas comunidades<sup>27</sup>.

De acordo com a gestora de Atenção à Saúde, o Distrito III adota uma linha de trabalho que privilegia o diálogo com a comunidade e o respeito ao usuário, o que favorece a adesão dos mesmos às políticas específicas desenvolvidas na região. A gerente do DS III, por sua vez, explica que a realização do projeto partiu de uma *idéia simples* que deu certo pela valorização e percepção de determinados elementos, como, a oportunidade de *empoderar* os agentes comunitários de saúde para desenvolverem atividades educativas junto aos adolescentes, assim como, estimular os próprios adolescentes a participarem das decisões políticas da comunidade.

A estratégia de “ir atrás” dos adolescentes nos ambientes em que vivem, em vez de esperá-los nos serviços de saúde, é uma antiga recomendação dos estudiosos da área (SERRANO, 1995), que parece se materializar através da iniciativa de alguns técnicos e gestores, aliado ao interesse de certos ACS em desenvolverem ações junto a esse público. De acordo com o Chefe de Educação e Saúde do DS III, o diferencial do projeto Aesa é

---

<sup>26</sup> Esses números são referentes ao mês de agosto/2004, período em que foi realizado o levantamento dos dados.

<sup>27</sup> A capacitação de ACS e outros profissionais para a implementação do Aesa, bem como sua ampliação para todos os Distritos Sanitários (com destinação de mais recursos), foram propostas aprovadas que aparecem no relatório da VI Conferência Municipal de Saúde do Recife, nos itens gestão do trabalho em saúde e atenção à saúde, respectivamente (CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2003).

justamente o forte vínculo estabelecido com a comunidade, em contraste com o modelo adotado pelos núcleos dos Prosad que, segundo ele, estariam dentro de uma estrutura meio de doença dentro do atendimento dos serviços.

Entre a vontade de trabalhar com os adolescentes e a formação do grupo nas respectivas comunidades em que atuam, os ACS passam por um curso de três meses, no qual são abordados módulos temáticos relacionados à população adolescente (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; IST/Aids; violência e planejamento e ações educativas) que contam com a participação de especialistas de diferentes áreas.

Concluído o curso, os ACS convidam os adolescentes a participarem do grupo e iniciam a discussão com os mesmos, seguindo a seqüência dos módulos temáticos vistos na capacitação. Quando há o encerramento dessa etapa, os Adolescentes Educadores em Saúde se formam e recebem um certificado de conclusão de curso. Considerados, segundo o chefe de Educação em Saúde do DS III, prontos para atuarem na comunidade através de da atuação em campanhas anti-rábica e contra a dengue, bem como, em feiras de saúde e outros encontros educativos.

A quantidade de adolescentes e o local de realização dos grupos variam de acordo com a demanda de cada comunidade, assim como, com os recursos que dispõem para oferecer ao projeto. Porém, as necessidades de saúde do adolescente não se restringe, apesar de ter uma considerável relevância, às ações de promoção, dessa maneira, como será que estão sendo oferecidos outros serviços nas unidades de saúde participantes do estudo?

Na USF Córrego da Fortuna, no que diz respeito à assistência, os serviços de odontologia são os mais procurados pelos adolescentes, segundo uma das ACS da unidade. Entretanto, as vagas para consultas são bastante restritas porque há muita demanda e apenas um dentista para responder à procura de três comunidades (além de Córrego da Fortuna, São Brás e Sítio dos Pintos). Restando assim, para os adolescentes de Córrego da Fortuna apenas duas vagas por mês<sup>28</sup>, já que as outras duas regiões completam a cota de seis usuários por turno. Nesse sentido, o relato de um Aesa da USF CF vem corroborar com o que foi referido pela ACS:

---

<sup>28</sup> Os atendimentos odontológicos são divididos por segmentos populacionais a cada semana e os adolescentes são atendidos nas segundas-feiras, da terceira semana do mês.

Eu não cheguei a fazer nada ali [USF Córrego da Fortuna] ainda por conta do blá-blá-bla, bla-bla-bla. Então eu estava fazendo no Dames, da Rural, entendeu? [sobre o que é blá-blá-bla ] é conversa da turma: a pessoa chega lá: óia fulano... 'quero marcar tal coisa para tal doutor', 'não, porque não tem isso, aquilo outro'. Cheguei lá uma vez para marcar dentista, 'ah, porque dentista é assim mesmo [...] Então deixa para lá (Aesa da USF Córrego da Fortuna).

O depoimento acima, além de revelar a preocupação em cuidar de sua saúde bucal, aponta dois elementos que merecem ser explorados, o primeiro deles diz respeito à proximidade do serviço de saúde do “espaço” do usuário, ou seja, o que recorrentemente é enaltecido como o grande diferencial da estratégia do PSF, o contato com a comunidade, pode se mostrar, nesse sentido, um empecilho para a chegada dos adolescentes à unidade. O fato dos profissionais manterem uma relação quase familiar com os “pacientes” termina por afastá-lo com receio de que seus problemas ou questões de saúde sejam do conhecimento de muitos.

Em que pese os limites e contradições do processo de descentralização dos serviços, certamente a postura adotada pelos profissionais pode minimizar os efeitos negativos trazidos pela proximidade estabelecida entre o serviço e a comunidade. Assim, assegurar o direito do adolescente de sigilo profissional e respeito à privacidade são atitudes capazes de atrair esse público à unidade (BRASIL, MS, 2001a). Uma outra questão diz respeito à importância de maior flexibilidade na organização dos serviços - horários estabelecidos e agendamentos com muito tempo de espera costumam dificultar a adesão dos adolescentes (AYRES, 2000; GROSSMAN *et al.*, 2004).

A enfermeira da unidade, por exemplo, costuma criar algumas estratégias com os adolescentes da comunidade para favorecer a inserção dos mesmos, ela explica:

Elas [adolescentes do sexo feminino] nem vêm no horário da prevenção, elas vêm em outro horário, até para ninguém saber que elas têm vida sexual ativa, e tem que respeitar né? Elas vêm em um horário assim, que não seja... elas dizem 'olhe...', aí lá vêm e conversam. Umas me param muito na rua, né? [...] Elas param, aí, 'olhe, eu tenho uma coisa para confessar, um segredo' [...] é porque eu queria fazer minha prevenção... 'agora eu queria que ninguém soubesse'. Então a gente vê aqui, em um horário que ninguém sabe. Tem muitas até que chegam aqui, vêm com o livro né? Aí diz, vim fazer uma pesquisa... (Enfermeira da USF Córrego da Fortuna).

Olhe, se for consulta médica, é toda aprazada. Até por conta da demanda [...] mas eu sempre recebo sem está aprazado [...] Aí eles vêm espontaneamente, e como eu fico aqui no horário de almoço... eu não vou para casa, então sempre que eles querem, passam aqui (Enfermeira da USF Córrego da Fortuna).

Embora os relatos acima ilustrem a disponibilidade da profissional em flexibilizar os horários e o formato dos atendimentos, ele também ilustra a pouca familiaridade dos adolescentes em recorrerem aos serviços de saúde, parece que, ao buscar atenção e

assistência, estão em busca de algo que, em princípio, não lhe é destinado. Mais uma vez, surge a necessidade de questionar o quão o sistema de saúde se organiza de modo que seja *suficientemente atrativo* para os adolescentes, como expõem o gestor dessa área:

Então quando a gente vai fazer uma análise de demanda em qualquer unidade, a gente vê a participação da faixa etária de 10 a 19 anos, como é pequena, dentro do universo porque, também, o Saúde da Família, ainda, assim como o próprio PROSAD, não consegue ser suficientemente atrativo e ter uma relação de acolhimento e confiança com a unidade, com os profissionais de saúde. Então, teoricamente, nós temos cobertura, mas eu acho que a gente não conseguiu desenvolver, ainda... necessidade que sejam mais atrativos (Gestor da área de atenção à saúde da criança e do adolescente do Recife).

Tornar os serviços mais atrativos, como? Essa pergunta remete ao outro ponto que merecia ser explorado no relato do Aesa da USF Córrego da Fortuna, quando expressa o desejo de ser atendido por determinada especialidade e não é contemplado: *‘quero marcar tal coisa para tal doutor’, ‘não, porque não tem isso, aquilo outro’*. Certamente, não contar com uma equipe *multi* e interdisciplinar é um dos pontos que influenciam a baixa adesão desse grupo às unidades de saúde. Existem outros aspectos, como espaço físico inadequado em que não há sala de espera reservada aos adolescentes nos horários de atendimento e, quando na consulta, a prevalência da assistência com enfoque biológico e curativo, incluindo-se discretamente as medidas preventivas e de promoção da saúde (GROSSMAN *et al.*, 2004).

Focar no biológico, é desfocar o olhar do conjunto de variáveis que traduzem ou impedem saúde, é desconsiderar que as condições sociais, sanitárias e de moradia se expressam nas enfermidades ou na ausência delas. É assim, deixar de responder às reais necessidades de parcela significativa do público que recorre aos serviços públicos de saúde. Quem está mais perto desses adolescentes pode apontar exemplos nesse sentido:

Se você vai pra comunidade, aí você encontra uma série de conseqüências do mal-trato da própria comunidade em cima dele [adolescente]. Seja porque não tem rede de esgoto – aí você chega... os meninos têm muita parasitose, muitas doenças de pele, eles se apresentam com muitas doenças de pele... (Ex-coordenadora do Gama).

Aqui na comunidade há um tempo atrás eles tinham muito a doença do rato, né? Hoje em dia a gente vê a preocupação deles até de dizer que o lixo é... faz parte do meio ambiente e o lixo traz doenças, né? E é a doença do rato, quando vem... quando dá uma chuva que sai arrastando o lixo, entope canaleta... prejudica a nossa comunidade, prejudica a nós mesmos. E tenho notado que agora é difícil você encontrar um adolescente na rua descalço, principalmente no inverno. Era comum, eles tomavam banho dentro da água, não é? Hoje em dia, é difícil. Quer dizer, muda a cabeça (ACS1 da USF Córrego da Fortuna).

Partindo da discussão acima, Mattos (2004:1414) afirma: *o modo de andar a vida de um sujeito não pode ser compreendido como dissociado do modo como a vida anda num certo lugar, aonde ele vive*. Dessa maneira, conhecer a própria comunidade e compreender as principais fontes de agravos dela decorrentes, certamente é um caminho capaz de proporcionar atitudes mais pró-ativas em busca de possíveis soluções. Não é à toa que a discussão sobre *planejamento de ações educativas nas comunidades* entre no rol das questões contempladas nos grupos formados pelos Aesa, assim como, a participação dos adolescentes em campanhas que visam a sensibilização da comunidade para a adoção de medidas preventivas e de práticas mais saudáveis.

De acordo com o chefe de Educação e Saúde do DS III, das vezes em que houve a mobilização dos adolescentes para atividades com esse fim, os resultados foram exitosos. Na campanha que visava o controle da vacinação anti-rábica no DS III, por exemplo, houve aumento de 20% da vacina na região. Entretanto, alcançar as pessoas da comunidade levando determinada mensagem de saúde, é uma parcela do papel do adolescente multiplicador ou re-editor de informações em saúde; a outra parcela é justamente o exercício de fortalece-los para torná-lo agentes de mudanças de suas próprias práticas e posicionamentos (o que inegavelmente retroalimenta o trabalho desenvolvido na comunidade).

Entra aí o papel dos encontros coletivos com os adolescentes, como exemplo de uma atividade de *promoção da saúde*, que na USF Córrego da Fortuna acontecem uma vez por semana, durante o turno da manhã. As duas ACS responsáveis pelo desenvolvimento do grupo, batizado de *sem limite para a ação*, explicam que já estão realizando a segunda turma dos Aesa na comunidade e que atualmente contam com a participação de aproximadamente 30 adolescentes, não havendo disparidade entre número de meninos e meninas.

O tamanho do grupo é uma preocupação para as educadoras porque uma quantidade elevada de integrantes inviabiliza a proposta do trabalho. Porém, a procura dos adolescentes é grande e conta com um “agravante” a mais – como as comunidades vizinhas não têm ACS desenvolvendo atividade semelhante, então os que são de outra área recorrem à USF CF a fim de participarem do grupo. A possibilidade de criar outra turma no turno da tarde já foi pensada, mas segundo as ACS, a *sobrecarga de trabalho* não permite essa possibilidade.

Os encontros são realizados em uma escola pública próxima da unidade, parceria que, por um lado é interessante porque há o apoio da instituição para as atividades do

grupo, através da doação e/ou empréstimo de material de escritório, equipamentos, fornecimento do lanche etc., mas por outro, há a expectativa da diretora de que as educadoras “recebam” alunos da escola para passarem a fazer parte dos Aesa:

Porque assim, existe a indicação da diretora, de alguns adolescentes da escola participarem do grupo, entendeu? Aí esses adolescentes são indicados pela diretora [...] Identifica aquele adolescente... com um comportamento difícil, aí a gente aceita, entendeu? A gente não... a gente aceita... eu acho que a dificuldade é essa, porque tá misturado... (ACS2 do USF Córrego da Fortuna).

Na observação direta realizada em num dos encontros dos Aesa, as ACS afirmaram que a diretora estava querendo encaminhar 20 alunos para o grupo, porém elas não teriam condições de aderir mais participantes, além de não puderem cogitar a abertura de outra turma.

Nas negociações entre os atores sociais, é comum que existam as contrapartidas, porém, é importante o estabelecimento de critérios que estejam de acordo com o propósito do projeto, para não comprometer o desenvolvimento do trabalho. Se a adesão ao grupo é espontânea, qual o papel e a influência da diretora na indicação dos participantes?

Essa discussão remete, em primeiro lugar, à necessidade de mais profissionais aptos e dispostos a desenvolverem trabalhos junto aos adolescentes, já que há demanda por parte dos mesmos. Em segundo lugar, à atenção e o cuidado por parte das ACS em não restringirem as ações destinadas a essa população àqueles que freqüentaram ou freqüentam as reuniões do Aesa. Essa questão, inclusive, é uma preocupação apontada pela gerente do DS III, quando ressalta:

A obrigação do PSF é com 100% desses adolescentes, né? Não é só com os adolescentes que vieram pro grupo [...] Quer dizer, ela vai ter que saber que das 550, 600 pessoas que ela tem sob a responsabilidade dela, 80, 50, são adolescentes, e que esses ela tem que ter responsabilidade. Ela não tem que saber somente se os 20 do grupo usam camisinha... (Gerente do DS III).

Contemplar todos os adolescentes da comunidade, cobertos pela USF Córrego da Fortuna, parece se apresentar como mais um desafio, porque, ainda que as duas ACS da unidade que trabalham com adolescentes o percebam para além do espaço do grupo; as outras agentes da unidade, certamente não terão esse mesmo olhar.

Por estar mais próximo à unidade e mais próximo das discussões relacionadas à saúde, os Aesa terminam por ter atenção diferenciada no que diz respeito às ações de *promoção*, assim como, de *assistência e prevenção*. Apesar das educadoras considerarem que não existe privilégio para os adolescentes por fazerem parte do grupo, apontam que o



convívio com profissionais da unidade leva à maior confiança e abertura, fazendo os mesmos recorrerem ao espaço de saúde; como descrito no trecho abaixo:

Agora, privilégio de consulta eles nunca tiveram não. Agora, o que a gente nota é que depois, porque [nome da enfermeira], ela vai dar o módulo de 'sexualidade e gravidez na adolescência' [...] ou eles se dirigem à gente pra marcar uma horinha com ela, ou então eles mesmos vêm e falam com ela [...] Privilégio, não tem não, tem, assim, do grupo de adolescente ter aquela confiança de vir procurar [nome da enfermeira] ou a Dra. (ACS1 da USF Córrego da Fortuna).

Na USF Santa Tereza, por sua vez, a ACS ressaltou que existia *certo privilégio* dos Aesa, justamente por manter-se mais perto da unidade:

Ela [Aesa] tava com um problema de ouvido, a gente tava no grupo e ela tava sentindo dor. Então assim, imediatamente, eu peguei ela, desci, e levei pra sala do médico, que ela foi atendida. É óbvio que tem. Por que? Porque tá mais próximo da gente do que aquele adolescente que a gente não tá vendo todo dia, toda semana [...] Então assim, existe um certo privilégio que não é uma coisa assim, gritante (ACS da USF Santa Tereza).

As atividades desenvolvidas junto aos Aesa nessa unidade ocorreram uma vez por semana, com duas turmas, uma de manhã e outra à tarde e são realizadas na própria unidade de saúde da família. Diferentemente da USF CF, já havia trabalhos de grupos voltados para adolescentes em Santa Tereza, porém, segundo a ACS da unidade, depois que a estrutura do Aesa surgiu no Distrito, houve capacitação e então o grupo se fortaleceu, com garantia da assiduidade e maior envolvimento dos participantes.

Através da observação direta, a pesquisadora pôde perceber alguns aspectos que chamaram a atenção na dinâmica do grupo, primeiramente o fato de serem mais novos do que os da USF CF; além do fato de, dos 11 adolescentes presentes no encontro, quatro eram novatos e os outros sete, eram constituídos de dois pares e um trio de irmãos, revelando assim, a tamanha adesão familiar ao grupo. Questionados sobre esse tipo de organização, os Aesa responderam que os irmãos convidavam, eles iam, gostavam e ficavam.

Estudos sobre a saúde do adolescente costumam enfatizar a importância de aproveitar as oportunidades da 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, MS, 2001b). É possível perceber que, ao menos no caso dos adolescentes educadores em saúde, a relação é inversa, ou seja, a partir do momento em que os adolescentes participam das atividades coletivas oferecidas nas USF, as práticas de assistência e prevenção lhe parecem mais acessíveis. Talvez a ordem dos fatores não altere o resultado, talvez seja até mais

interessante dessa maneira porque, supostamente, estão mais esclarecidos e orientados em relação às práticas de saúde e suas possíveis demandas.

No entanto, as ações dos profissionais que compõem as USF precisam se estender aos demais adolescentes residentes das respectivas áreas da comunidade. As oportunidades na área de atuação não podem ser descartadas, ou melhor, devem ser criadas e aproveitadas, sob a ameaça de enfraquecer o argumento recorrentemente utilizado para defender o trabalho das USF junto aos adolescentes – o da capilaridade da ação. 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.

Dentre essas oportunidades destaca-se a possibilidade de encaminhamento e/ou recomendação para as atividades da Academia da Cidade - núcleos que desenvolvem atividades físicas sob a supervisão de uma equipe composta por nutricionista, médico e professor de educação física (RECIFE, 2004).

Chama a atenção, no entanto, a falta de referência das agentes das USF a qualquer tipo de encaminhamento ou de parceira, com as ações desse projeto. Com exceção da hebeatra da policlínica que afirma referenciar os adolescentes para as ações da Academia realizadas no Sítio da Trindade (território do DS III), não houve menção da participação dos Aesa nesses espaços. Nesse caminho, o chefe de Educação em Saúde considera que o projeto da Academia “virou para o idoso”, elemento que talvez influencie o não estreitamento do vínculo das atividades oferecidas pelo projeto, com o público adolescente.

Entre os três adolescentes que participaram do estudo, apenas um citou as atividades da Academia da Cidade, através de um relato que reforça a não inclusão desse segmento com a proposta:

[Iniciativas] Da Prefeitura do Recife eu vejo, agora assim, eu não vejo a inclusão de adolescentes. É... eu tenho uma experiência da Jaqueira, o pessoal da Jaqueira assim, eu vejo mais pessoas idosas. (Adolescente vinculado a projetos da ONG Instituto PAPAÍ).

O gestor da área da criança e do adolescente anuncia, por outro lado, que já existe a preocupação de incorporar os adolescentes na Academia da Cidade através do encaminhamento das USF e, mais ainda, que as atividades não se resumem apenas à prática de exercícios físicos, mas abrangem discussões em torno de questões relacionadas à

saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes - com a devida preparação dos profissionais para o desenvolvimento de atividades com esse caráter.

Se, ao longo do processo de implementação e fortalecimento da Academia da Cidade, ao menos os exercícios físicos e a prática de esportes se mantiverem, os adolescentes agradecem:

... Interessante porque não fica com aquele estresse, com aquele negócio preso dentro dele, entendeu? O adolescente tem que ter esporte para ele se soltar, uma natação, para conversar, tem que ter uma capoeira para se mover, entendeu? (Aesa da USF Córrego da Fortuna).

... O esporte ele é necessário para os adolescentes, a questão do lazer... [...] É muito interessante porque, sabe, é motivo até de se jogar queimada, é motivo de se jogar vôlei, você está se ajudando no corpo, mentalmente, sabe, você não tem espaço para outra coisa, você pensa, sabe, centra no esporte, seja ele futebol, skate, natação (Adolescente vinculado a projetos da ONG Instituto PAPAÍ).

Atrelada as práticas de promoção, as de assistência não podem ser desconsideradas porque, ao contrário do que paira no imaginário social, os adolescentes também adoecem.

Eles relatam:

Tem essa coisa assim, que eu vejo muito na minha comunidade, essa coisa da... por ser adolescente, jovem, você tem saúde pro resto da vida. Você não precisa ir a médico, você não precisa se cuidar, não precisa ter higiene com seu corpo, sabe? Você é jovem. Então... nada pega em você (Adolescente vinculado a projetos da ONG Instituto PAPAÍ).

Rapaz, eu acho que acho assim... eu acho que o adolescente precisa ter aquele teste, que a turma fala, de anemia né? Porque tem muito adolescente que hoje é anêmico. Tratamento de pele, porque tem muito adolescentes que estão muito sujos, tudo muito encarnado, de pano branco, de impingem que... (Aesa da USF Córrego da Fortuna).

Sobre as ações de *assistência*, dentre as práticas com esse caráter, desenvolvidas na USF Santa Tereza, a procura pelo dentista também se destaca. De acordo com a ACS, existe apenas um odontólogo (que não está locado nessa unidade, mas em uma próxima) para responder a várias unidades de saúde, sem haver prioridade ou dia específico de consulta para adolescentes, que vão sendo *encaixados junto com o restante das pessoas*.

Também não há programação voltada, particularmente, para atender esse segmento nas atividades da enfermeira e do médico da USF, este último, que é Pediatra, afirma que a maior parte dos adolescentes que chegam à unidade apresenta problemas relacionados a déficit de crescimento e à sexualidade, chamando-lhe a atenção o início da atividade sexual *precoce* e da gravidez na adolescência, uma vez que essa é uma faixa etária que,

segundo ele, comumente, apresenta problemas como o baixo peso ao nascer e o nascimento prematuro do bebê, por ser gerado:

Por uma mãe que não estava preparada para a gestação, porque ainda estava em crescimento, né? Em vez de ela está nutrindo, guardando energia para o crescimento, ela está gastando com aquele fetozinho, né? [...] Então a gente tem assim, está aumentando o número de adolescentes que iniciam a atividade sexual precoce e a gente vê isso nas regiões sócio-econômicas desfavoráveis aqui, porque mesmo num grupo homogêneo a gente encontra heterogeneidade, certo? [...] Então, geralmente são meninas que começam a vida sexual bem precoce, assim, acaba de menstruar, já inicia a sua atividade precoce (Médico da USF Santa Tereza).

Para concluir, o profissional acrescenta que geralmente o pai da criança também é adolescente, o que lhe é tido como problemático porque não haverá constituição de uma nova família e, dessa maneira, a menina termina ficando na casa da mãe, onde muitas vezes seu pai também condena a gravidez....

Quando o interlocutor acima levanta a discussão da gravidez na adolescência e ressalta a prevalência desse fenômeno nas regiões em que as condições sócio-econômicas são mais precárias, encontra eco em estudos e pesquisas que apontam a baixa escolaridade e a baixa condição social como fatores decisivos para a elevada fecundidade entre as gestantes adolescentes (LIMA *et al.*, 1985; BRASIL, MS, 1999; AQUINO *et al.*, 2003).

Porém, também é importante considerar que a assistência pré-natal postergada ou o não acompanhamento do pré-natal podem ser decisivos para o desencadeamento de problemas na gravidez, para além da variável idade materna e situação sócio-econômica (CORREA & COATES, 1993). Mas de que assistência estamos falando?

Quando a discussão sobre o atendimento médico centrado no curativo e biológico encharca a literatura, é porque existe uma razão. Quando Nunes (1995) afirma que a formação médica costuma deslocar o social para a periferia da formação, é porque exemplos como o citado acima, continuam presentes nas práticas e discursos de muitos profissionais de saúde.

Desconsiderar a dimensão do desejo e do prazer sexual; da curiosidade e descoberta do corpo; do *status* de ser mãe etc., num processo de iniciação sexual e de gravidez é deixar de reconhecer a integralidade no seu aspecto mais primário: de que existem desejos e sentimentos colados a um corpo que, quando percebidos de maneira descolada, compromete qualquer tipo de assistência prestada.

Pensar, dessa maneira, a integralidade entre as ações de *assistência, prevenção e promoção* da saúde, requer, antes de tudo, pensar na forma como as mesmas estão sendo

oferecidas e trabalhadas junto aos adolescentes. Nesse sentido, se conformar com práticas de assistência que resumem eventos da vida a processos quase patológicos pode ser considerado um descaminho à atenção integral.

Assim como a necessidade de serviços de assistência (centrados na pessoa e não na doença), o oferecimento de ações de promoção da saúde são essenciais para a garantia da atenção integral, especialmente se esse público é formado por adolescentes. Assim, as ferramentas utilizadas para garantir essas práticas também precisam ser melhor compreendidas. A experiência da ACS do programa de agentes comunitários de saúde pode ser ilustrativa. Sem “desfrutar” das equipes que constituem as USF, portanto com menos alcance das atividades de prevenção e assistência, a ACS aposta no fortalecimento do grupo de Aesa, sem fechar os olhos para os outros adolescentes da comunidade:

E quando tem um grupinho, assim, quando eu chego numa casa, aí é que eu gosto mesmo. Quando tem um grupo de uns cinco adolescentes, mais de um, né? Aí é que eu aproveito, porque ali a gente tem um debate sobre... sobre assim, a prevenção... (ACS da unidade do Pacs da comunidade Alto Antônio Félix).

Por outro lado, a ACS ressalta a condição privilegiada dos encontros coletivos para discutir e problematizar questões relacionadas à saúde. Muitos autores discorrem sobre as potencialidades de trabalhar em grupo por considerar que através desse recurso é possível que os adolescentes busquem entre seus pares, respostas para suas inquietações e ansiedades, levando assim, a questões que favorecem a emancipação e autonomia dos mesmos (AYRES & FRANÇA JUNIOR, 2000; BRASIL, MS, 2001b).

Para Albuquerque (2003) o elemento da educação é fundamental na promoção da saúde, podendo assumir diferentes contornos - desde um modelo pedagógico que favoreça a reflexão e a problematização, até uma educação formal que pouco considera o saber do outro na construção do conhecimento. Parece que tanto a educadora do Pacs, quanto as ACS das unidades de saúde da família se preocupam com aspectos da facilitação do processo que o façam destoar da pedagogia freqüentemente adotada nas escolas tradicionais:

... Apesar de a gente lá no grupo tentar fazer uma forma que não fique parecendo com a escola, pra não ficar cansativo, né? (ACS da unidade do Pacs da comunidade Alto Antônio Félix).

É, depende do grupo. E depende, assim, do que é colocado no momento. Porque às vezes, é como eu te falei, os módulos [temáticos] são os mesmos, mas cada momento é um momento diferente do outro e, às vezes, o momento pede mais pra que a gente continue mais com aquele módulo, mais dois encontros, entendeu? [...] Até, assim, as coisas têm que ser colocadas pra eles de uma forma bem descontraída, entendeu? Sem se prender muito a escrita, sem se prender muito a papel, a livro...entendeu? (ACS 2 da USF Córrego da Fortuna).

Deixá-los criar e organizar determinados eventos e atrações e até mesmo facilitar o encontro, também pode ser considerado um incentivo ao desenvolvimento de habilidades e potenciais de cada um dos adolescentes presentes no grupo:

A idéia da gente é o seguinte: como a gente forma eles ‘educadores em saúde’, multiplicadores, alguns que a gente percebe assim, que tem mais desenvoltura, a gente começa a colocar como facilitador do grupo [...] Mas a gente participou da II Mostra de Artes e Educação, a gente participou da feira do MIP, a gente tem participado de tudo assim, e eles são quem organizam mesmo, a gente deixa mesmo assim, ‘organizem’, a gente está só orientando, dizendo onde é o caminho. É, dando o suporte (ACS da USF Santa Tereza).

Este relato remete à noção de protagonismo juvenil que *busca uma forma de ajudar o adolescente a construir sua autonomia, através da geração de espaços e situações propiciadoras da sua participação criativa, construtiva e solidária na solução de problemas reais na escola; na comunidade e na vida social mais ampla*. Sendo, para tanto, fundamental o papel dos adultos e de instituições para orientar e apoiar os adolescentes a galgarem seus caminhos (BRASIL, MS; 2001b:22). Nesse sentido, Medrado-Dantas (2002) traz sua contribuição ao reforçar a importância do papel pedagógico do educador nesse processo. Para o autor, muito mais do que coadjuvante, a função do educador é complementar e recíproca a do educando.

Atividade que já proporciona reflexão e crescimento para os adolescentes, certamente contaria com mais informações, esclarecimentos e segurança, com a participação de um educador. O trecho abaixo ilustra a iniciativa de um adolescente que facilita um grupo de discussão a partir da vivência anterior de três anos em encontros coletivos orientados por um profissional de saúde:

É um grupo mais, como eu diria, meu Deus... é um grupo que não tem registro, é um grupo de discussão assim, é como se fosse uma roda de diálogo, a gente marca um dia pra discutir certos assuntos, que é de interesse nosso na área de Saúde [...] A gente se encontra a cada 15 dias, pra estar discutindo, e durante esses 15 dias que a gente tem pra... que a gente não se vê e tal, a gente está fazendo outras coisas dentro da comunidade [sobre participantes] É, sou eu quem... facilitador da discussão. Eu sinto uma pena, porque às vezes eu não posso... sabe, responder todas as perguntas, todos os debates e toda essa coisa de... eu fico sempre dando as estradas [...] É, eu fico sempre dando as estradas assim, eu falo assim pra eles: ‘o que eu sei é que se você for no Conselho Municipal de Educação, eles podem te dizer alguma coisa assim, ou com a Secretaria de Saúde...eles podem te dizer alguma coisa assim, você pegar informação melhor’ (Adolescente vinculado a projetos da ONG Instituto Papai).

A iniciativa acima também remete a uma questão que perpassa as três unidades básicas de saúde que participaram do estudo e que desenvolvem o projeto Aesa: o momento da formação dos adolescentes. Se, por um lado, as agentes ressaltam os frutos do

seu trabalho, como, a participação de um adolescente da USF Córrego da Fortuna no projeto Escola Aberta, na função de instrutor de capoeira; a aprovação no concurso para o Asinha<sup>29</sup> de um integrante do grupo na USF Santa Tereza e a aprovação de um integrante dos Aesa do Pacs da comunidade Alto Antônio Félix para a função de agente comunitário de saúde; por outro, apontam as incertezas na continuidade do trabalho:

Porque tem a formatura... o ano passado teve a formatura, esse ano teve a formatura deles, não sabe se para o ano vai ter, né, mas, mesmo tendo a formatura, a gente não pode dizer 'se formou não vai mais pro grupo' (ACS1 da USF Córrego da Fortuna)

Aí o pessoal, às vezes até me questiona, feito outra colega me questionou, né, que ela tinha formado e agora, tava só com os que estava chegando. Eu disse: 'Ôxe! E os que se formou?' Porque, a partir do momento que vocês perdem o contato com eles, eles... é assim, pode até perder a responsabilidade que ele tem com você... não com você, com o grupo. (ACS da unidade do Pacs da comunidade Alto Antônio Félix).

Dentre as muitas atribuições das ACS que desempenham o papel de educadoras dos Aesa, mais uma se faz presente: discutir os objetivos do projeto, assim como traçar possibilidades, no sentido de pensar o que se pretende do adolescente após a conclusão do curso. Esse exercício é fundamental para fazer aliados na discussão, além de fortalecê-los na busca de um projeto profissional. O adolescente “formado” participará apenas de momentos e eventos esporádicos de campanhas, feiras etc? Estarão aptos a formarem seus próprios grupos, sem recursos e apoio da prefeitura? Serão estimulados e preparados para prestarem concurso para ASA, Asinha ou ACS? Essas questões merecem atenção e apoio de outros atores envolvidos e comprometidos com a saúde do adolescente no Distrito e no município.

Assinalados os aspectos das unidades da atenção básica, passemos a discorrer, mais sucintamente, sobre a unidade especializada e a de alta complexidade. A Hebeatra da policlínica Clementino Fraga foi a primeira profissional a apontar a preocupação com a questão da *prevenção*, no que diz respeito à imunização, voltada para o público adolescente:

E uma outra coisa que aqui tem também é vacinas, né? Imunização [...] Eu sempre recomendo, sempre olho o cartão de vacina de todos os meus pacientes e mando [...] Então a gente tem uma atenção especial também para vacina aqui (Hebeatra da Policlínica Clementino Fraga).

---

<sup>29</sup> Agente de Saúde Ambiental (ASA), na versão “jovem” - a partir de 16-18 anos - faixa etária referente ao ensino médio.

Segundo o gestor da área de atenção da criança e do adolescente do Recife, a cobertura de vacinas na área da saúde do adolescente ainda se apresenta como um grande problema, vacinação contra tétano e hepatite, por exemplo, têm coberturas muito baixas, revelando que, apesar de parecer uma questão superada, não o é.

Outro aspecto relacionado à *prevenção* diz respeito à distribuição de preservativos no posto, de acordo com a interlocutora, existe um cadastro na unidade e os adolescentes recebem uma cota todo mês. Em relação às ações de *assistência*, a população adolescente pode contar com vários especialistas, como nutricionistas, para os quais são encaminhados àqueles com problemas associados à obesidade; desnutrição e anemia; além de ginecologista, dermatologista, dentista e psicólogo.

Dentre as demandas mais freqüentes que aparecem na policlínica, o atraso menstrual; as doenças sexualmente transmissíveis; problemas psicológicos relacionados a conflitos familiares e na escola, assim como, agravos corriqueiros como gripe e tosse, chamam a atenção. No quesito *assistência* à saúde dos adolescentes, parece que a unidade é bastante demandada e, certamente, tamanha procura está associada ao tempo que desenvolve ações e serviços para esse público. Quando a hebeatra que participou do presente estudo chegou à policlínica, há aproximadamente quatro anos, já havia profissionais direcionados à saúde do adolescente.

Entretanto, foi a interlocutora quem, junto com a assistente social e a psicóloga, formaram as atividades coletivas para os adolescentes. Atrelada à realização semanal dos grupos, essa equipe também estimulou a participação dos adolescentes em duas feiras de saúde que ocorreram na cidade, nesse período.

Com a re-organização dos serviços de saúde, a proposta é que as ações de promoção da saúde sejam eminentemente desenvolvidas na atenção básica e que os serviços especializados atuem em casos especiais, como o próprio nome sugere, porém, existem questões como, a parcial cobertura do Pacs e PSF e a sobrecarga de pacientes para os profissionais da atenção básica que ainda inviabilizam essa lógica de funcionamento (ALBUQUERQUE, 2003).

Nesse sentido, questionar o papel do grupo de adolescentes numa unidade de saúde considerada especializada, pode ser precipitado. Mesmo que existam outras maneiras e formas de promover saúde, o desfocamento de um conjunto de pessoas em nome de uma suposta ordem do sistema de saúde pode gerar cansaços e desentusiasmos evitáveis e, em última instância, negociáveis.



Através da escuta de alguns profissionais que fizeram parte do núcleo do Gama do Hospital Agamenon Magalhães, é possível perceber o pesar diante do desfecho dado à atenção ao adolescente na unidade. Em um nível de atenção em que as ações assistenciais devem predominar, a predominância de adolescentes é pequena; com exceção dos casos de parto nas adolescentes do sexo feminino.

Para concluir, chama a atenção o desenvolvimento do projeto Aesa na região, que aponta o início de um caminho possível para o fortalecimento das ações de *promoção* da saúde, junto aos adolescentes. Alimentar o trabalho dos agentes comunitários, no que diz respeito ao respeito à carga horária desprendida na preparação dos encontros; ao apoio na questão da estrutura física dos locais de reunião dos grupos; ao fornecimento de material educativo de qualidade em quantidade suficiente etc., são fundamentais para que essa iniciativa ganhe mais adeptos e mais mobilidade.

Em relação às práticas de *prevenção* e *assistência*, mais parece que o país não é signatário de nenhuma convenção que garante a prioridade dos serviços e ações para o público adolescente. Podemos afirmar até mesmo, que por parecer tão saudável, os adolescentes são preteridos nas consultas médicas ou protocolos de vacina quando comparados com outros segmentos populacionais. Com exceção do cuidado à adolescente gestante, nas unidades de atenção básica, não existe a garantia de acesso aos serviços oferecidos. Na policlínica, por sua vez, talvez pelo histórico da unidade e pela iniciativa da hebeatra, há uma atenção mais acolhedora e menos fragmentada - com as ressalvas relativas à discussão de que um conjunto de profissionais de diferentes áreas, não necessariamente corresponde à prática da atenção integral.

## 5.2 Integralidade Ampliada

### 5.2.1 Integralidade entre os níveis de atenção: básica, média e alta complexidade

#### Os níveis de atenção em fase de consolidação

Além da importância das ações de promoção, prevenção e assistência para se aproximar da integralidade na atenção, o acesso aos níveis de complexidade do sistema também é indispensável para o alcance desse conceito e dessa prática, conforme documento do Ministério da Saúde voltado para a saúde dos adolescentes (2001a). Um sistema hierarquizado que assegure o acesso aos níveis de complexidade dos serviços, nos quais haja respostas adequadas para a resolução dos problemas, é uma das recomendações citadas em um estudo que busca traçar e programar estratégias para a saúde integral do adolescente (MORENO *et al.*, 1995).

Mattos (2004) chama a atenção, no entanto, que a integralidade não pode ser entendida como sinônimo de acesso aos níveis do sistema; mas será revelada quando a dimensão da prevenção e da assistência estiver atrelada ao acesso, de modo que haja sempre uma dimensão ampliada das necessidades de saúde do usuário.

A literatura aponta que a maior parte das ações de saúde desenvolvidas para os adolescentes concentra-se na atenção básica, assim como, é nesse nível de atenção que são resolvidos a maioria de seus agravos (BRASIL, MS, 2002). Reforçando tal afirmação, a gerente do Distrito Sanitário III aponta:

Esse é o *locus* aonde a saúde do adolescente deve ser trabalhada. Nós consideramos que a maior parte, talvez até mais do que 90% das ações referentes à saúde do adolescente, são ações da atenção básica, e, portanto elas estão colocadas no âmbito das ações de uma Equipe de Saúde na Família [...] Na Atenção Básica, você tem o seu lugar, você tem o seu espaço, você tem o seu dia, você tem a abordagem específica do agente comunitário, da enfermeira, do médico, do auxiliar de enfermagem, para o adolescente. Com políticas específicas, com propostas específicas, com atendimento clínico específico (Gerente do DS III).

A interlocutora acima acrescenta ainda que os médicos das unidades básicas receberam capacitações voltadas para determinadas doenças de pele e para o tratamento de doenças sexualmente transmissíveis. Considerando a habilidade dos técnicos para responder a alguns dos possíveis agravos apresentados pelos adolescentes; muitos passos ainda precisam ser dados para que esse público seja percebido de maneira especial e

prioritária – como recomendado, inclusive, nas convenções, tratados e normas adotados e elaborados pelo Brasil.

Com exceção da assistência odontológica na USF Córrego da Fortuna, que atende dois adolescentes da respectiva área, por mês, não existe dia específico voltado para esse segmento nas consultas médicas e com a enfermeira nas duas USF que participaram do estudo. E, em se tratando do Pacs, a situação se agrava pela dificuldade de contar com os serviços de assistência.

Em relação às atividades de promoção, vimos o quão se precisa avançar para não restringir as ações com esse caráter apenas aos Aesa e, no que diz respeito à questão do espaço para o desenvolvimento dos grupos, o cenário não é mais otimista. Na USF Córrego da Fortuna, houve um longo processo de negociação com a escola da comunidade que, em um primeiro momento não aceitou a proposta; na USF Santa Tereza o número de cadeiras é menor do que o número de participantes e na unidade do Pacs, a agente ressalta alguns trechos de sua trajetória de “luta por espaço”, ao longo de cinco anos de trabalho junto aos adolescentes:

Aí... o que foi que a gente fez? Consegui um espaço, que era usado como Associação, que na verdade é uma garagem, mas era usada como Associação. Aí eu falei, né, com a liderança, lá [...] Eu tô sentindo falta de cadeira lá no meu grupo, porque, pelo menos, graças a Deus, espaço eu tenho, porque eu tava no Córrego do Eucalipto, aí depois subi pro Alto, aí fiquei na escola, a diretora me cedeu um espaço lá, que era uma arezinha dela, mas era bem pequenininha, aí não comportava a quantidade de adolescentes que eu tava. Aí, foi o tempo que a Associação ficou livre, aí eu falei com o Presidente da Associação, e ele me cedeu o espaço [...] (ACS da unidade do Pacs da comunidade Alto Antônio Félix).

E como será que anda o espaço do adolescente nos níveis de atenção que transcendem a atenção básica? Antes de abordar esse ponto, no entanto, é importante discutir o que estar sendo compreendido como atenção de média e alta complexidade entre os atores que lidam com a questão. De acordo com a gerente do DS III, o que se denomina de média e alta complexidade na saúde do adolescente precisa estar esclarecido entre os gestores e profissionais para a devida organização do fluxo dos serviços. Na sua opinião, muitas especialidades que compõem as equipes das policlínicas (psicologia, serviço social, nutrição etc.) poderiam ser consideradas como uma *atenção básica complementar*, ficando a média para:

...Endócrino, gineco, a própria obstetrícia, [...] traumatologia-ortopedia, a própria ortodontia, né, e algumas outras questões aí que a gente precisasse ver [...] o Caps [Centro de Apoio Psicossocial]– AD [álcool e drogas] ele está na Média. Naquele dia a gente colocou mais ele na Alta, mas ele está na Média mesmo (Gerente do DS III).

Das áreas específicas citadas acima, a atenção ao uso de álcool e drogas (através dos Caps - AD), conta com centros específicos. Por enquanto, segundo a respectiva interlocutora, a referência do DS III nesses casos é o Caps infanto-juvenil (ADI) do Distrito Sanitário II - um centro voltado exclusivamente para crianças, adolescentes e jovens. A gerente ainda afirma que o objetivo é, a depender da permanência da gestão, criar um Caps- ADI no próprio o Distrito.

O abuso de drogas preocupa o chefe de Educação e Saúde do DS III, na região, especialmente o da maconha por se tratar de uma droga mais atrativa e que facilmente passa a ser incorporada no cotidiano dos adolescentes e jovens. A educadora do Caps, por sua vez, ressalta o crescimento de adolescentes iniciando o uso de drogas, cada vez mais cedo, em sua comunidade.

As ACS das duas USF, por outro lado, não apontam essa questão como problema em suas respectivas áreas de atuação, ou ainda, não o percebem entre os adolescentes que estão mais próximos da unidade de saúde, como ilustra o trecho abaixo:

Mas assim, a gente não tem problema com droga, entre eles. Pelo menos os que a gente tem trabalhado aqui dentro da unidade, não tem nenhum que tenha problema com droga, com essas coisas, pelo menos que a gente saiba. E como a gente trabalha assim, muito junto, fica difícil a gente não saber esse tipo de coisa, né? Aí não... (ACS da USF Santa Tereza).

A seguir, o depoimento de um adolescente que certamente pode ser considerado um alerta para os educadores e técnicos das USF estarem mais atentos para manifestações, ritos e hábitos da comunidade que ultrapassam a formalização de uma simples visita domiciliar:

... Eu trabalho com o pessoal do skate, que pô, os caras são fechados pra caramba, sabe? E aí eu vivi uma coisa errada lá, que era o uso da seringa, dividido pra quatro pessoas, velho! Os caras injetando crack, cocaína que, pô, eu pensava que tava distante de nós, mas assim... lá dentro da comunidade, tá ligado? (Adolescente vinculado a projetos da ONG Instituto Papai).

Ainda fazendo referência aos serviços de média complexidade, os centros de Testagem e Aconselhamento<sup>30</sup>, assim como, os relacionados ao atendimento de vítimas de violência física e sexual, foram citados pela gerente do Distrito III como apropriados para

<sup>30</sup> A procura pelo teste de HIV/Aids ou a presença de algum adolescente soropositivo nas unidades estudadas não foi citada. No entanto, o adolescente representante da ONG Instituto Papai afirma: "lá na minha comunidade, a gente ficou sabendo de dois casos de AIDS, os cabras tavam com o vírus ainda. Então assim, os agentes comunitários deixam os caras de lado, não têm nenhuma experiência, não têm nenhuma consciência [...] São adolescentes, os caras, um tem 16 anos e o outro tem 18. Então assim, não há nenhum trabalho". Parece que, assim como no caso das drogas, talvez falte disposição e disponibilidade dos ACS em enxergar determinadas problemáticas, mesmo que estejam muito próximas. Distanciam-se, dessa maneira, da possibilidade de chegar mais perto e, conseqüentemente, da possibilidade de fazer referencia aos serviços adequados.

integrarem esse nível de atenção. Em relação a esses últimos, a região conta, na sua rede de serviços, com duas instituições que trabalham com vítimas de violência sexual: a maternidade Barros Lima e o Amem (Ambulatório Especializado da Mulher); e uma outra voltada para as vítimas de violência física, o hospital pediátrico Helena Moura, que está começando a se especializar no atendimento de crianças e adolescentes.

Quando o assunto é a atenção de alta complexidade, o fenômeno da gravidez na adolescência logo é lembrado. De acordo com o Ministério da Saúde, a gravidez de mulheres com menos de 17 anos é considerada de alto risco, portanto, devem ser assistidas em unidades de alta complexidade (BRASIL, MS, 2000). Porém, conforme aponta a gerente do Distrito III:

Na prática, o que acontece é que elas [gestantes adolescentes] estão na atenção básica [...] não encontram vaga no alto risco, e terminam ficando no baixo risco, na maioria das vezes. A gente orienta que elas tenham um olhar diferenciado, mesmo dentro do baixo risco, mas elas só conseguem a vaga no alto risco, que é restrito, quando elas têm algum outro sinal de complicação. Se [...] o único fator de alto risco for a adolescência, ela termina permanecendo, pela falta de vagas (Gerente do DS III).

A gerente do distrito coloca também que deveria haver uma “média complexidade” para assistir às adolescentes grávidas, na sua opinião, esse nível de atenção responderia melhor às necessidades das gestantes dessa faixa etária. Entretanto, o que está em processo de definição e organização dos fluxos de serviços, bem como de seus respectivos níveis de atenção, por parte dos atores do Distrito III, parece não estar em total consonância com o que a gestora de atenção à saúde considera. Em um determinado trecho, no qual a gestora discorre sobre a lógica do novo modelo, deixa claro, por exemplo, que atribui às policlínicas o *status* de unidade do nível secundário/média complexidade de atenção:

Então, os grupos que já vinham funcionando nas policlínicas, *que são unidades secundárias*, a gente não desmanchou, porque ele está em processo (Gestora de atenção à saúde do Recife).

Essa discussão faz pensar em, até que ponto os profissionais e gerentes que estão mais próximos da “realidade de saúde” de determinado território, terminam por tomar decisões, negociar espaços políticos etc., para além do que é preconizado na esfera central.

### **A relação entre os níveis de atenção**

A enfermeira da USF Córrego da Fortuna afirma que o procedimento na unidade tem sido o de referenciar para o Hospital Agamenon Magalhães apenas quando a gestante tem menos de 15 anos de idade, ressalta, entretanto, que mesmo nesses casos, a

adolescente só permanece se apresentar alguma “anormalidade”, devido à falta de vagas no hospital. Dessa forma, a tendência tem sido manter o acompanhamento pela equipe da atenção básica do território.

Como discutido anteriormente, a gravidez na faixa de 10 a 14 anos merece especial atenção porque tende a requerer maiores cuidados, por outro lado, o acompanhamento adequado do pré-natal é fundamental para dirimir possíveis problemas dessa ordem (CORREA & COATES, 1993) A partir dos relatos dos interlocutores é possível perceber que a atenção a crianças e gestantes contam com máxima prioridade dentro das ações da equipe das unidades de saúde da família, certamente, ainda como resquício do histórico de criação do programa de agente comunitário de saúde (Pacs) que tinha como grande meta a diminuição da mortalidade infantil.

Por ser considerado no atual sistema, o nível que deve ficar responsável pelos encaminhamentos a serviços mais especializados, a atenção básica enfrenta a dificuldade de filtrar o que “realmente precisa” ser referenciado para os níveis ditos mais complexos na rede de serviços. Como manter, assim, a atenção coordenada e continuada à população de adolescentes de baixa renda?

Na USF Córrego da Fortuna, as ACS da unidade explicam que a maior demanda dos adolescentes presentes no grupo é de acompanhamento psicológico e que seria possível encaminhá-los para as duas policlínicas de referência no distrito (Clementino Fraga e Albert Sabin), caso não houvesse a dificuldade de “encaixá-los” na consulta médica para daí serem referenciados:

.. Aí pensando nisso a gente pode... tem uns acompanhamentos psicológicos no Albert Sabin, no Clementino Fraga... agora, esse aí também teria que estar incluído numa consulta, antes de ser encaminhado ele tem que está dentro de uma consulta [...] E dentro das consultas a gente tem que colocar aquelas prioridades mesmo, porque as vagas são poucas... ...é um médico só, entendeu? Aí realmente existe essa dificuldade para a gente (ACS2 da USF Córrego da Fortuna).

Para além da dificuldade de garantir a consulta pela insuficiência de técnicos na unidade, mais uma vez não se observa qualquer menção ao fato dos adolescentes serem considerados um público prioritário nas ações e serviços de saúde. O que seriam *aquelas prioridades mesmo*, citado pela agente acima? Eleger aqueles que necessitam mais de apoio psicológico não é tarefa fácil, contudo, os relatos das ACS sobre os depoimentos trazidos pelos adolescentes no momento do grupo, indicam que os conflitos vivenciados pelos mesmos não são desprezíveis.

Outro problema relacionado à prática de referência dos serviços, apontado pelas educadoras das duas USF, diz respeito à falta de recurso financeiro dos usuários na busca da assistência:

Eles não têm condições, até porque, quando a gente marca alguma coisa com eles que é para ir de ônibus, é uma dificuldade pra conseguir uma passagem (ACS2 USF Córrego da Fortuna).

... Porque assim, a gente trabalha numa comunidade carente, as pessoas não têm passagem pra ir para o centro de saúde marcar uma consulta, pra daqui a dois dias, três dias, ir de novo... então o ideal é que esse paciente já vá pra ser atendido, resolver tudo... (ACS da USF Santa Tereza).

Usuário que chega com o atendimento agendado; usuário que precisa abrir prontuário para marcar consulta. Técnicos e agentes comunitários que entram em contato <sup>31</sup> com pessoas dos serviços especializados do Distrito III para solicitar vagas; técnicos que referenciam os adolescentes para centros e hospitais que não se localizam no território do Distrito pela facilidade dos contatos pessoais etc. Existem inúmeras situações que ilustram a fragilidade na organização do fluxo dos serviços, reforçando a necessidade de maior esclarecimento dos procedimentos que devem ser adotados para essa prática funcionar de maneira adequada. Abaixo, alguns exemplos capazes de caracterizar a miscelânea referida:

Veja, a gente, quando encaminha o paciente, tem alguns serviços que são feitos, a gente mesmo liga e marca a consulta, e só dá ao paciente a data e a hora da consulta. Alguns, o próprio paciente tem que ir, como é o caso do Clementino Fraga, ele precisa ir pra abrir um prontuário, pra marcar consulta [...] Mas geralmente, assim, a gente trabalha com o pessoal, aí começa a conhecer todo mundo, aí liga pra um colega que trabalha lá, e esse colega já vai facilitando... (ACS da USF Santa Tereza).

... Porque tem pessoas que têm mais dificuldade, né, que trabalha, para marcar... aquela coisa, às vezes está com dúvida [...] Aí a gente marcando daqui eu comunico para lá [Ambulatório Especializado da Mulher - Amem], para [nome] que é gerente, ou se não é [nome] que é administradora (Enfermeira da USF Córrego da Fortuna).

A gente não tem um bom circuito na parte hebeátrica, a gente não tem uma... a gente conhece assim, uma parte hebeátrica do HC [Hospital das Clínicas], é interessante o que eles fazem... assim, eu conheço alguns locais em Olinda, eu conheço, na policlínica ali no centro mesmo, de Olinda, eles fizeram uma parte de hebeatría, contrataram um pediatra que cuida só da parte hebeátrica, então formaram grupos, é bem interessante. Mas aqui no Distrito Sanitário III, a gente tem uma dificuldade [...] O Imip mesmo, eu sou de lá [...] a gente conhece, né, a gente sabe todas as pessoas, amigos, então a gente manda, sem problema nenhum (Médico da USF Santa Tereza).

---

<sup>31</sup> De acordo com o documento da área de atenção à saúde do adolescente e do jovem (BRASIL, MS, 2001b), sempre que possível o contato telefônico com as instituições de referência deve ser mantido, especialmente quando se tratar de algum caso mais grave. Entretanto, o correto preenchimento dos formulários padronizados é considerado de grande relevância para a garantia da referência, assim como, o máximo de informações dos serviços existentes (horários, profissionais de referência, endereço), por parte da unidade.

A seguir, algumas iniciativas do Distrito relacionadas à organização do fluxo, explicitadas por alguns interlocutores da pesquisa. Esses relatos certamente sugerem falta de domínio da dinâmica dos serviços que atendem adolescentes:

O Clementino deve ter talvez [serviços para adolescentes], eu não sei, não estou bem sabendo, chegou um... veio um formulário com os novos atendimentos. Eu li, mas no momento, passou. Aí se tiver eu não estou sabendo no momento... (Enfermeira da USF Córrego da Fortuna).

E agora, por último, a gente recebeu um comunicado do Distrito, que a gente tá com pediatras especificados nesses... específicos nesses problemas de adolescência e tal. Se eu não me engano, é no Albert Sabin. E aí a gente sempre tá encaminhando, o médico faz um resumo da história do paciente, tudinho, e manda bem direitinho (ACS da USF Santa Tereza).

A insipiência da integralidade ampliada torna-se mais evidente quando a hebeatra da policlínica Clementino Fraga ressalta que não houve mudanças significativas no processo de acolhimento dos adolescentes na unidade - eles continuam chegando de maneira espontânea - ao menos para sua especialidade. Com exceção de alguns casos que chegaram via conselho tutelar e via agente comunitário de saúde, a maioria da demanda ainda é constituída por adolescentes que não são encaminhados por profissionais de saúde das unidades de saúde da família.

Segundo a gerente do Distrito, o Albert Sabin e o Clementino Fraga são unidades “reservadas” preferencialmente para atender as áreas da região do Distrito que não são cobertas pelo PSF, além de atenderem possível público de classe média. Esses elementos talvez expliquem, parcialmente, o porquê da demanda maciçamente espontânea na policlínica, porém, outra discussão nasce a partir dessa questão. A hebeatra do Clementino defende que, mesmo que haja os encaminhamentos a partir das Unidades de Saúde da Família, a demanda espontânea deveria ser preservada. A liberdade do adolescente de recorrer a um profissional com o qual já houve o estabelecimento do vínculo de confiança é o principal argumento da interlocutora<sup>32</sup>. Dessa maneira, como lidar com a perspectiva da hierarquização e regionalização dos serviços, sem perder de vista o respeito à liberdade do usuário de buscar respostas onde costuma encontrá-las?

A reorganização da rede, de modo que a concentração da *demanda espontânea* passasse a ser contemplada pela *oferta organizada* dos serviços foi anteriormente apontada

---

<sup>32</sup> A maneira como os usuários são acolhidos pelos profissionais de saúde pode influenciar, dentre outras coisas, na própria adesão ao tratamento. No caso do público adolescente, esse elemento ganha maior dimensão pelas características já apontadas sobre a necessidade de serviços atrativos para sua aproximação.



por Paim (1999) como iniciativa fundamental para a concretização dos preceitos do SUS. Nesse sentido, a gerente do DS III ressalta abaixo a tentativa de organização da rede:

...Ele é esse intermediário [ACS], né? O que na verdade fica pendente aí é que ele não passa pra média complexidade sem passar na básica, né? Quer dizer, isso que existia antes, quer dizer, da pessoa ir direto pro Hospital Agamenon Magalhães, passa a não mais existir. Mas isso, de certa forma, é um fator também considerado, por nós pelo menos, como positivo, né, porque organiza o Sistema... (Gerente do DS III).

A maneira como os serviços interagem e interatuam é fonte de discussão entre os atores que buscam estratégias capazes de responder mais adequadamente às necessidades de saúde da população. Pestana & Mendes (2004) afirmam, por exemplo, que a coordenação entre as ações seriam menos fragmentadas se, ao contrário de um sistema piramidal e hierarquizado, existisse uma rede horizontal integrada, na qual a atenção primária estaria no centro da comunicação entre os serviços. E para o desempenho de seu papel, no modelo proposto:

A atenção primária à saúde deve cumprir três funções essenciais: o papel resolutivo, intrínseco à sua instrumentalidade como ponto de atenção à saúde, o de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população; o papel organizador, relacionado com sua natureza de centro de comunicação, o de organizar os fluxos e contrafluxos das pessoas pelos diversos pontos de atenção à saúde; e o de responsabilização, o de co-responsabilizar-se pela saúde dos cidadãos em qualquer pontos de atenção à saúde em que estejam (PESTANA & MENDES, *op. cit.*, p. 42).

Enquanto a proposição do modelo acima não ganha adesão na agenda de gerentes e gestores da saúde, o conjunto de ações baseado na hierarquização dos serviços continua a esbarrar em inúmeros obstáculos, inclusive, na tentativa de solucionar problemas que ainda persistem do “antigo” modelo de atenção à saúde.

Parece que o processo de mudança consegue caminhar no plano teórico com proposições cuidadosas e pertinentes, por outro lado, o plano da ação enfrenta uma longa travessia, como já apontado por Schraiber (1997), até iniciar seus primeiros passos. Nesse sentido, uma prática que recorrentemente tropeça na dinâmica das unidades de saúde da família é a contra-referência dos serviços. Através dessa prática, os profissionais de saúde tomam conhecimento dos procedimentos realizados com o usuário, portanto, é uma ação indispensável para a atenção coordenada e continuada (BRASIL, MS, 2001b). Ou será dispensável como sugerem os trechos abaixo?

... Aí então, lá nessa ficha [de encaminhamento] nós colocamos o que é que queremos, o encaminhamento para onde é, e tem a avaliação né? O porquê, a justificativa do encaminhamento e, embaixo, nessa ficha, tem a contra-

referência, né? Que é para dizer o que aconteceu. Não funciona muito essa volta, de vez em quando um... (Enfermeira da USF Córrego da Fortuna).

... O paciente não volta para você, você fica sem saber o que é que foi feito por ele, né? E até de aprender mais, porque a gente está sempre aprendendo [...] Então eu acho que essa co-referência não chegou, acho que os especialistas ainda não têm consciência da importância de manter esse vínculo com o que está na ponta, certo? Ter esse *rapport*... (Médico da USF Santa Tereza).

O funcionamento “problemático” da prática da contra-referência é reconhecido pela gestora de atenção à saúde do município. Na sua opinião, os processos de mudança levam tempo e eles necessitam de creditação para que, tanto os médicos das USF se aprimorem, quanto os especialistas os reconheçam como capazes de acompanhar os pacientes, na atenção básica. No que se refere ao trabalho de sensibilização junto aos especialistas no campo da saúde do adolescente, o gestor dessa área acrescenta que:

Agora sem sombra de dúvidas, [nome da pesquisadora], eu não tenho a menor dúvida, que o investimento, em que pese as desculpas que possamos ter em relação a um investimento no saúde da família, investimos menos do que era necessário na rede especializada nesse campo específico (Gestor da área de atenção à saúde da criança e do adolescente do Recife).

E no nível mais alto de especialidade, pelo menos até enquanto se pensar o sistema de saúde no formato de uma pirâmide, está o Hospital Agamenon Magalhães - representante da alta complexidade da atenção no Distrito Sanitário III. No entanto, ainda que tenha uma grande estrutura e venha passando por processos de mudança para “especializar” os serviços oferecidos, o hospital é apontado pelos técnicos das USF como pouco acessível às referências das unidades básicas. Enquanto a Enfermeira da USF Córrego da Fortuna afirma que ele está “lotado” e que prefere encaminhar os adolescentes para o Amem; o Médico da USF Santa Tereza pontua que os serviços de média e alta complexidade não estão respondendo às demandas das unidades de saúde da família que, na sua opinião, deveriam ser privilegiadas, porque estão com as vagas ocupadas por pacientes vindos do interior.

O gestor da área da criança e do adolescente ressalta que, além de haver necessidade de ajustes na relação de referência entre os serviços ambulatoriais, existem questões relacionadas à internação do adolescente que merecem mais atenção, o interlocutor explica:

Mas quando precisa de internamento é outro nó, a gente tem um nó para referenciar para as clínicas especializadas, nas policlínicas, mas tem um nó de quando o adolescente precisa ser internado, aonde ele vai? Para clínica médica? Não teria problemas, desde que o acolhimento fosse adequado [...] A maioria dos adolescentes tá caindo onde? Na clínica médica. Então pega o leito dos adultos e o adolescente fica ali, na maternidade é assim, nos Hospitais Gerais é

assim. O Hospital pediátrico, que é uma função da pediatria ampliada, o número de leitos em Hospitais Pediátricos para adolescentes é nulo, muito pequeno (Gestor da área de atenção à saúde da criança e do adolescente do Recife).

Ou seja, do primeiro contanto com as agentes comunitárias de saúde até o acolhimento nos serviços de média e alta complexidade, muitas barreiras precisam ser ultrapassadas e ainda assim, resta a incógnita de uma atenção adequada.

### 5.2.2 Integralidade entre os serviços de saúde e outros setores

Segundo Cecílio (2001) a integralidade ampliada inclui a relação entre as unidades de atenção à saúde, e estas com outros setores afins. Dessa maneira, o sistema de referência e contra-referência não deve se limitar aos serviços de saúde, mas contemplar o encaminhamento para outros setores, como escolas, atividades profissionalizantes, esportivas, culturais etc. (BRASIL, MS, 2001b). Até porque, o intercâmbio entre diferentes setores está diretamente vinculado à noção de promoção da saúde (BRASIL, MS, 2001b) - “prática” privilegiada na atenção à saúde dos adolescentes.

Ayres & França Junior (2000) ressaltam a importância dos encaminhamentos nos serviços de atenção básica (que se propõe a ser a “porta de entrada” do sistema), chamando atenção para a relevância da inclusão de alternativas “heterodoxas”, como a referência à práticas esportivas e atividades culturais. Assim, uma das perspectivas da integralidade seria contemplada a partir da consideração de ações que ultrapassam o *stricto* campo da saúde:

Então eu vejo que a integralidade [...] só dessa forma é que o adolescente pode ter um resgate de cidadania e ele pode ser inserido na sociedade, não é? Deixar de ser excluído, bem como que ele possa vislumbrar uma perspectiva de futuro, que é inserir eles na questão da iniciação ao trabalho, né, na profissionalização, buscando alternativas e... para o crescimento pra vida adulta, e a inserção no mercado de trabalho. Quer dizer, é um trabalho da Integralidade, que você envolve todos os setores da sociedade (Coordenadora do MIP).

Entretanto, as iniciativas que respondem às ações intersetoriais não fazem parte do cotidiano dos serviços, sendo realizadas, geralmente, de maneira assistemática e pontual pelas unidades que desenvolvem trabalhos junto aos adolescentes. Nesse sentido, os depoimentos dos gestores de atenção à saúde e o da área da criança e do adolescente, podem ser ilustrativos:

O trabalho intersetorial tem sido muito mais discurso do que prática, né? Tem sim, inúmeras iniciativas pontuais, mas não uma coisa sistematizada na cidade (Gestor da área de atenção à saúde da criança e do adolescente do Recife).

Integralidade, Intersetorialidade, ela é muito fácil no discurso e muito difícil na prática. Não é? Mas a gente vem construindo, ao longo do tempo, um avanço também em relação a isso (Gestora de atenção à saúde da prefeitura do Recife).

O avanço do plano teórico para o plano da prática intersetorial pode ser sinalizado através de algumas ações oferecidas pela prefeitura do Recife, presentes, dessa maneira, no Distrito Sanitário III. De acordo com a gerente desse território, destaca-se o projeto *Círculos Populares de Cultura, Esportes e Lazer*, que tem como propósito atrair jovens e também adultos para a prática de esportes variados, como explica a interlocutora abaixo:

Os Círculos são, tipo assim, a organização do que já existia na comunidade como 'pelada' [...] quer dizer, forma-se como uma Escolinha de Esportes dentro das comunidades, com um professor de educação física e na verdade, com a discussão educativa e comunitária em torno disso, né? Então [...] eles começaram a fazer vários tipos de campeonato (Gerente do DS III).

Uma outra iniciativa, esta, por sua vez, proposta pelo chefe de Educação e Saúde do Distrito e em processo de implantação, trata-se da criação de uma rádio comunitária denominada *Comunidade Aesa*, que tem como objetivo, dentre outras coisas, sensibilizar e mobilizar adolescentes para as atividades realizadas na região. Talvez a rádio seja uma estratégia interessante para “compensar” a falta de tempo das ACS que trabalham com os adolescentes para se articularem com outros setores.

De acordo com as ACS da UFS Córrego da Fortuna, nem tempo para preparar as atividades pedagógicas para os Aesa é encontrado, no cotidiano do serviço. A única parceria citada foi com a escola municipal que cede o espaço para a realização dos grupos e apóia com material etc. - ou seja, resume-se mais a um apoio operacional do que o estabelecimento do diálogo entre o campo da saúde e da educação.

Na USF Santa Tereza, por sua vez, a queixa é justamente a ausência de uma escola na área de abrangência da unidade, segundo a ACS, se houvesse uma instituição de ensino ligada à USF, seria possível realizar um trabalho mais abrangente com a mesma. Mas as insatisfações não se esgotam por aí. Em um dos encontros dos Aesa na respectiva unidade, a pesquisadora pôde registrar algumas questões relacionadas à inserção de “outros saberes” nos encontros e como eram recebidos pelos adolescentes. Por exemplo, as aulas dadas por uma professora de frevo foram apontadas como um atrativo que estimulava a frequência e assiduidade dos participantes que, com o tempo, se “esvaiu” porque a instrutora de dança assumiu outros compromissos e não continuou sua atividade voluntária.

Por outro lado, as ACS chamam a atenção para o projeto que estão elaborando com o intuito de fundarem uma organização não governamental<sup>33</sup> e assim, puderem desenvolver as ações idealizadas. Dessa maneira, dentre essas ações, ressaltam que a cultura e lazer será contemplada e ficará sob a incumbência de um determinado educador, a partir da aprovação da proposta (e seu conseqüente financiamento). Assim, a promessa da ONG é apontada como possível saída para o fortalecimento (ou início) das ações intersetoriais.

Projetos do “Estado” apoiados com recursos de agências de fomento é uma prática cada vez mais freqüente. Porém, é importante garantir recursos da própria Prefeitura para a concretização das ações, tanto porque é dever do Estado prover com a saúde da população, como é estratégico pressionar as instâncias do governo como uma maneira de fortalecer e ampliar a atuação do campo da saúde do adolescente.

As atividades lúdicas e de lazer já desenvolvidas, contrastam-se freqüentemente com a dificuldade de viabilizar recursos. A educadora do Pacs chega a solicitar que os adolescentes economizem dinheiro para que o “passeio” se realize:

Porque, assim, os adolescentes não têm dinheiro, né?. Muitos dependem dos pais... a maioria. Aí é tudo dificuldade, pra eles. Ir assistir um cinema [...] Às vezes eu faço um passeio com eles... mas eles mesmo que conseguem. Eu digo: guarda o dinheiro do vídeo game, guarda o dinheiro dos crepes... juntem pra poder a gente ir (ACS da unidade do Pacs da comunidade Alto Antônio Félix).

Assistir a filmes, discutir, refletir, é um rico exercício que pode responder a um propósito educativo e que certamente poderia contar com as escolas para tornar essa iniciativa viável. O vínculo com a educação<sup>34</sup> pode representar diferentes ganhos para os adolescentes, no entanto, esse contato mais de perto com a saúde ainda é tímido e pouco expressivo. Os interlocutores re-afirmam:

Olhe, aqui, na parte da gente, aí eu acho que teria a própria Educação... Que eu acho que hoje a gente precisa realmente se dedicar mais, é um dos setores que a gente interage, mas que podia ter uma interação muito maior. Eu acho que é porque a Educação ela tem muitas regras a serem seguidas e ela termina tendo uma certa... [...] Dificuldade até de tempo mesmo, né, de interagir mais (Gerente do DS III).

A Educação ainda precisa se aproximar mais. Na Feira de Saúde, a Educação tem se aproximado, tem trazido ônibus com adolescentes pra participar da Feira e levar o assunto pra sala de aula, tá entendendo? (Coordenadora do MIP).

<sup>33</sup> Na reunião quinzenal dos ACS, observada pela pesquisadora, um dos pontos de pauta foi a construção do estatuto da ONG: Movimento de Educadores Populares (MEP) – nome escolhido pelo grupo no encontro.

<sup>34</sup> A esfera federal através do Ministério da Educação e Saúde (coordenação de DST/Aids) está desenvolvendo o projeto *Saúde e Prevenção nas Escolas*, cujo objetivo é fomentar ações de promoção da saúde e educação preventiva, junto à população de adolescentes e jovens que, majoritariamente, freqüenta os ensino fundamental e médio das escolas públicas do país. Em Pernambuco, as cidades de Bonito e Gravatá estão sendo contempladas com as ações do projeto.

Diante da restrição de diálogo com diferentes setores, a questão do meio ambiente é ressaltada como um assunto que desperta o interesse dos adolescentes. Segundo a gerente do DS III, a mobilização dessa população para as atividades que envolvem essa discussão é grande e traz resultados benéficos para toda a comunidade. Certamente, o fato de estar mais próximo à comunidade é um elemento favorecedor do trabalho desenvolvido pelas unidades de saúde da família - a possibilidade de interagir com o ambiente em que se vive, com a escola, grupos de dança, música etc. é muito maior, se comparada com a estrutura tradicional, representada pelos Prosad, no caso da saúde dos adolescentes. Nesse sentido, segundo o gestor da área de atenção à saúde da criança e do adolescente, a estratégia do PSF foi um avanço. Um avanço que, diante do exposto, ainda apresenta muitos recuos e lacunas.

Por fim, chamou a atenção a pouca referência e relação das unidades com as instâncias responsáveis pela proteção da criança e do adolescente. Apenas três interlocutores fizeram alguma menção nesse sentido. O chefe de Educação e Saúde, por exemplo, considera que é necessário o estabelecimento de contanto com o Conselho da Criança e do Adolescente (principalmente no surgimento de casos de abuso sexual), iniciativa que ainda não foi tomada; o adolescente educador em saúde da USF Córrego da Fortuna aponta que o papel dos conselheiros no acompanhamento das famílias é importante na resolução de possíveis conflitos e a ACS do Pacs, por sua vez, relata uma situação em que precisaram acionar o conselho tutelar porque havia uma menina suspeita de sofrer abuso sexual do pai, na comunidade.

Como apontado anteriormente, os casos de violência acometidos nessa faixa etária não se restringem ao alto número de homicídios. Maus tratos, negligencia e abuso sexual são expressões da violência que encontram nas crianças e adolescentes seu público mais vulnerável. Nesse sentido, contar com uma rede de apoio que responda e intervenha é indispensável.

Em Recife, desde 2002, funciona na Unidade de Saúde Lessa de Andrade, o Centro de Referência da Criança e do Adolescente (CERCA) destinado a atender crianças e adolescentes vítimas de violência, através do Programa *Sentinela* da Secretaria de Ação e Política Social do governo federal. Além do Sentinela, no centro de saúde também funciona o programa de saúde mental da prefeitura do Recife, nesse caso, restringe seus atendimentos ao público adscrito no território do Distrito Sanitário IV.

De acordo com o coordenador do CERCA, o programa Sentinela recebe encaminhamentos das unidades de saúde e dos conselhos tutelares do município e sempre tem uma grande demanda na “lista de espera”. Além de desenvolvem atividades terapêuticas, acionam os órgãos competentes para solucionar os respectivos casos, como a Delegacia de Proteção da Criança e do Adolescente (DPCA), o centro de defesa Dom Hélder Câmara (CENDHEC), assim como, os Conselhos Tutelares.

Resta saber se, no caso das unidades estudadas, a necessidade de recorrer a esses órgãos e instituições é pequena, ou se falta maior atenção e proximidade dos profissionais para a “detecção” de casos que necessitem desse tipo de intervenção e encaminhamento. Ainda assim, segundo o interlocutor, a demanda é maior do que a oferta, o que aponta a necessidade de criação de outras instituições semelhantes, a fim de garantir o que já está bem delineado nos documentos da área.

## **Capítulo VI**

### **Considerações finais e recomendações**



## 6. Considerações finais e recomendações

Não é novidade que a integralidade da atenção é um grande desafio, ou ainda no relato de alguns gestores, uma utopia - já que a cidade está diante de problemas “assistências básicos”, ainda não resolvidos. A utopia, para alguns, no entanto, não é um sonho inalcançável, é mesmo uma condição para se aproximar do considerado ideal, para aquilo que se almeja.

Assim, avaliar e identificar lacunas, dificuldades e avanços é uma maneira de investir em determinados rumos e/ou redirecionar caminhos, a fim de alcançar ações e respostas mais pertinentes e também possíveis. Nesse sentido, serão abordadas algumas questões que chamaram a atenção e que são consideradas relevantes no presente trabalho.

No que se refere à integralidade na sua dimensão *focalizada*, a formação profissional dos envolvidos no processo de descentralização deve ser colocada como prioridade. Assim como houve a iniciativa do curso de formação no Saúde da Família, capacitações e cursos devem ser prática corrente entre os profissionais de saúde, especialmente entre aqueles que, na sua maior parte, se incorporam nos serviços com grande *déficit* de conhecimento teórico e técnico pelas conhecidas limitações nas condições de educação e por tantas outras questões.

Dessa maneira, é difícil voltar-se aos adolescentes quando se sabe tão pouco sobre as possibilidades de trabalho com esse grupo e também sobre suas necessidades de saúde. Conhecer e discutir relatórios, leis e documentos, é, por exemplo, uma forma de assegurar que as ações de saúde, de fato, sejam priorizadas para o segmento populacional aqui abordado. Não sabê-lo, por sua vez, remete a lacunas na forma como os serviços se organizam para acolher e prestar atendimento aos adolescentes.

Por outro lado, podemos destacar a iniciativa do projeto Aesa que pode ser entendida como uma prática de promoção da saúde que, além de contemplar/priorizar o público adolescente, é capaz de atraí-lo às discussões e serviços de saúde.

Pensar como se alia as necessidades sociais, psicológicas e também relativas a agravos e doenças biológicas, quando o adolescente se aproxima da unidade, é grande o desafio do que estamos chamando de integralidade *focalizada* e que no caso desse estudo os problemas relativos à sobrecarga de trabalho das agentes comunitárias e dos técnicos; a quantidade restrita de consultas ao dentista (serviço tão procurado pelos adolescentes); a

falta de infra-estrutura para a realização de atividades sistemáticas e assistemáticas etc., podem ser apontados como barreiras para o alcance da integralidade.

Em relação às unidades especializadas, parece que o maior obstáculo é a indefinição diante dos novos rumos da organização do sistema de saúde, tal fato tem levado dúvidas e incertezas aos profissionais, tais como: manter ou não o grupo de adolescentes; receber ou não demanda espontânea, que terminam dificultando o planejamento e a execução do trabalho.

Por outro lado, estamos diante de um processo de transição e resignificação e, como tal, leva tempo e trabalho para a concretização de novas proposições, sendo necessário para efetivação desses novos propósitos levar-se em consideração as resistências ao “novo”, dos atores envolvidos. Atrelado a isso, a falta de fortalecimento político da área de atenção à saúde do adolescente se mostra como uma problemática adicional, o que dificulta que planos e projetos nessa área sejam priorizados.

A integralidade *ampliada*, por sua vez, também está implicada nos processos decisórios e políticos. Dessa forma, discutir, eleger e implementar uma rede de serviços que acolha os adolescentes é fundamental para que ela se concretize, nesse sentido, a implementação de novos serviços, como os Caps e Centros de Referência para as questões de violência, podem ser algumas das iniciativas apontadas como bastante positivas. Além de outras iniciativas como projetos “nascidos” no Distrito Sanitário III, a exemplo da criação da rádio popular. Pouca abertura, no entanto, é encontrada na área da educação, a qual poderia revelar-se como grande aliada, pela proporção de adolescentes encontrados nessa instituição.

Entretanto, a rede de apoio existente no Município e no próprio Distrito III foi pouco referida pelos profissionais que atuam na “ponta”, assim, os problemas que poderiam ser solucionados através de um encaminhamento para determinado serviço, faz as agentes comunitárias de saúde, por exemplo, ficarem com as “*mãos atadas*”, como apontado por elas.

Como anteriormente citada, Bodstein (2002) assinala a importância dos estudos de avaliação alimentarem as ações em saúde, ressaltando que é exatamente na interação entre as práticas de saúde pública e o conhecimento acadêmico que a avaliação se traduz em seu nobre propósito. Dessa maneira, seguem algumas recomendações:

- Ampliação do projeto Aesa para outras comunidades do Distrito III, assim como para os outros Distritos do Município. Certamente essa iniciativa, além de

possibilitar alcance a um maior número de adolescentes, proporcionará maior poder de mobilização da política dos atores envolvidos com a saúde do adolescente. Para tanto, contar com a disposição dos educadores e técnicos das respectivas USF, bem como com a vontade política dos gestores, é fundamental;

- Maior diálogo dos Aesa com movimentos e articulações políticas. Essa inserção é importante para a formação dos mesmos como sujeitos políticos para atuarem ativamente na construção de políticas, ações e serviços;
- Criação de uma área técnica na Secretaria Municipal de Saúde exclusiva para adolescentes, ao contrário do quadro atual em que crianças e adolescentes estão numa mesma divisão técnica - o que muitas vezes termina por priorizar as ações e recursos para o segmento da infância pelo recorrente foco no campo materno-infantil das políticas públicas de saúde;
- Dialogar com as equipes dos núcleos dos Prosad existentes e estabelecer negociações no sentido de aproveitar a qualificação e experiência dos profissionais desses núcleos. É importante frisar que os Prosad nasceram sob os preceitos da atenção integral e, apesar de não ter respondido às expectativas, especialmente, por estar estruturado dentro do cenário de um hospital e pela baixa cobertura alcançada; podem ser pensados como núcleos de atendimento especializado e também de capacitação para outros profissionais;
- Incentivar maior flexibilidade e criatividade na organização dos serviços de saúde (especialmente na atenção básica), a fim torná-los mais atrativos para os adolescentes, através de algumas estratégias: horários mais flexíveis; realização de trabalhos coletivos; eventos comemorativos; incentivo à participação nas ações oferecidas pela Academia da Cidade, Círculos Populares etc.
- Realizar estudos para aprofundar a discussão sobre a prática da intersetorialidade - o que, por exemplo, tem sido pensado e realizado entre as diferentes Secretarias ou Ministérios para o público adolescente;
- Mais uma vez, investir na formação/capacitação dos profissionais. Entrar em contato com a teoria e com discussões que partem dela é o momento de re-inventar a prática, de criticá-la e aperfeiçoá-la. Assim, programar e planejar ações de formação sobre a adolescência e suas necessidades especiais, talvez seja o caminho mais acertado para pensar o modelo integral no plano da prática e não mais no plano da utopia.

**Referências bibliográficas**

ABRAMO, H. W. Considerações sobre a tematização social da juventude. *Revista Brasileira de Educação*. São Paulo. n. especial, p.25-36, maio/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.

AQUINO, E. M. L. *et al.* Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 2, p. 377-388, 2003.

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.; JUNIOR. I.F. Saúde do Adolescente. In: SCHARAIBER, 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.

ARRETCHE, M. T. S. Tendências no estudo sobre avaliação. In: RICO, E. M. (Org.) *Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2001. p. 29-39.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: edições 70, 1977.

BARROS, M. E. D. Política de saúde: a complexa tarefa de enxergar a mudança onde tudo parece permanência. In: CANESQUI, A. M. (Org). *Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995. p. 113-133.

BARROS. M. D. A. *A mortalidade por causas externas em crianças e adolescentes residentes no Recife: análise de tendência da série temporal de 1979 a 1995 e uma avaliação do sistema de informação de mortalidade*. 1999. Dissertação (Mestrado em Saúde Materno Infantil) - Instituto Materno Infantil de Pernambuco, Recife, 1999.

BECKER. D. *O que é adolescência?* 8. ed. São Paulo: brasiliense, 1991.

BODSTEIN, R. C. Política e serviços de saúde na perspectiva sociológica (notas metodológicas). In: CANESQUI, A. M. (Org). *Ciências sociais e saúde*. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997. p. 219-226.

BODSTEIN, R. A autora responde. *Ciências e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 423-429, 2002.

BOLETIM GESTOR. A adolescente e a Aids: o novo desafio. São Paulo: ECOS - comunicação e sexualidade, n. 2, dez. 2004.

BRAGA DA SILVA, R.V. *et al.* Do elo ao laço: o agente comunitário na construção da integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Org): *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: ABRASCO, São Paulo: Hucitec, 2004. p. 75-91.

BRASIL. Constituição, 1988. Da Seguridade Social, Da Saúde, Da Previdência Social. In: \_\_\_\_\_ *Constituição da República Federativa do Brasil*. São Paulo: Saraiva, 1998, p. 91-95.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Normas de atenção à saúde integral do adolescente*. Secretaria de Assistência à Saúde – SAS. Brasília, 1993. v. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Normas de atenção à saúde integral do adolescente*. Secretaria de Assistência à Saúde – SAS. Brasília, 1993. v. 2.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Normas de atenção à saúde integral do adolescente*. Secretaria de Assistência à Saúde – SAS. Brasília, 1993. v. 3.

\_\_\_\_\_. Secretária Executiva. Coordenação da saúde da criança e do adolescente. *Programa de Saúde do Adolescente: Bases Programáticas*. Brasília, 1996a.

\_\_\_\_\_. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde. In: *Gestão Municipal da Saúde: leis, normas e portarias atuais*. Brasília, 1996b.

\_\_\_\_\_. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília, 1998a.

\_\_\_\_\_. *Manual para Organização da Atenção Básica*. Brasília, 1998b.

\_\_\_\_\_. *Saúde e desenvolvimento da juventude brasileira: construindo uma agenda nacional*. Brasília, 1999. Mimeografado.

\_\_\_\_\_. *Gestação de alto risco. Manual técnico; 3 ed.* Brasília, 2000.

\_\_\_\_\_. Área técnica de saúde do adolescente e do jovem. *Manual técnico de saúde do adolescente e do jovem*. Brasília, 2001a. Mimeografado.

\_\_\_\_\_. Área técnica de saúde do adolescente e do jovem. *Organização da atenção à saúde do adolescente e do jovem*. Brasília, 2001b. Mimeografado.

\_\_\_\_\_. Norma Operacional de Assistência à Saúde. In: *Gestão Municipal da Saúde: leis, normas e portarias atuais*. Brasília, 2001c.

\_\_\_\_\_. Área de saúde do adolescente e do jovem. *Relatório Gestão, 2002*. p. 1-9. Mimeografado.

BRASIL. Comissão especial destinada a acompanhar e estudar propostas de políticas públicas para a juventude. *Relatório Preliminar*. Brasília, 2003. Mimeografado.

BRASIL. Ministério da Saúde. Área de saúde do adolescente e do jovem. *Marco teórico e referencial: saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens*. Brasília, 2004. Mimeografado.

BURAK, S. D. Marco conceptual de la salud integral del adolescente. Costa Rica: OPS, 1996. p. 1-17.

BUSS, P. M. Promoção da saúde na infância e adolescência. *Revista Brasileira de Saúde Materno-infantil*, Recife, v.1, n. 3, p. 279-292, set./dez. 2001.

CAMARGO, K. R. Um ensaio sobre a (in)definição de integralidade. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A, (Org.) *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ: ABRASCO, 2003. p. 35-44.

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

CAMPOS, G.W.S. *Reforma da reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1992.

CARAVELAS, L. *Comportamento sexual dos adolescentes e as DSTs/Aids*, Olinda: Casa de Passagem, 2004.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A, (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ: ABRASCO, 2001.

CECCIM, R.B. & FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.20, n. 5, p. 1400-1410, set.-out, 2004.

COMMITTEE ON THE RIGHTS OF THE CHILD. Adolescent health and development in the context of the Convecon. on the rights of the child. In: Convecon, 33, 2003. [Suíça], Unidet Nations, 2003, p, 1-12.

CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE. *Recife Saudável: o desafio da integralidade e do comando único do sistema de saúde* .6., 2003, Recife. Relatório Final , Recife. Prefeitura do Recife, 2003.

CONILL, E. M. Complementando a discussão sobre a atenção básica: podem o acesso, a integralidade e o controle social se constituírem em temáticas de consenso para a avaliação da reforma brasileira? *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 423-429, 2002.

\_\_\_\_\_ Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20 n. 5, p. 1417-1423, set.-out., 2004.

CONSELHO ESTADUAL DE DEFESA DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE (Pernambuco). Estatuto da Criança e do Adolescente, Recife, 1999.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE – CONASEMS. Porto Alegre, RS. Lei nº 8080 e 8142. In \_\_\_\_\_. Porto Alegre, 1990.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. *et al.* A Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. 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. 29-47.

CORREA, M. G.; COATES, V., Gravidez. In: COATES, V.; FRANÇOSO, L.A., BEZOS, G.W. (Org). *Medicina do adolescente*. São Paulo: Sarvier, 1993. p. 259-62.

COSTA, B. L. C. As Mudanças na agenda das políticas sociais no Brasil e os desafios da inovação: o caso das políticas de assistência social à infância e adolescência. In: CARVALHO *et al.*(Org.). *Políticas públicas*. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2003a, p. 27-57.

COSTA, A. M. *Avaliação da política nacional de saneamento, Brasil 1996- 2000*. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003b.

CRUZ-NETO, O. O Trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO M.C *et al.* (Org.). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Rio de Janeiro: Vozes, 1994, p. 51-66.

CUNHA, E. P.; CUNHA. E. S. M. Políticas públicas sociais. In: CARVALHO *et al.*(Org.). *Políticas públicas*. Belo Horizonte: Ed.UFMG, 2003, p. 11-25.

DESLANDES, S. F. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 103-107, jan./mar. 1997.

DONABEDIAN, A. *La Calidad de la Atencion Médica: definición y métodos de evaluación*. México: Ediciones Científicas, S. A. 1984.

DRAIBE, S. (apresentação). In: . RICO, E. M. (Org.). *Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate*. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2001.

ECOS – Comunicação e Sexualidade. *Gravidez de adolescentes entre 10 e 14 anos e vulnerabilidade social*. Estudo exploratório em cinco capitais brasileiras. São Paulo: 2004.

FARIA, R. M. Avaliação de programas sociais – evoluções e tendências. In: RICO, E. M. (Org.) *Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate*. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2001, p. 41-49.

FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. *Revista Brasileira de Saúde Materno-infantil*. Recife, v. 4, n. 3, p. 317-321, jul./set., 2004.

FERREIRA, J. R.; BUSS, P. M. Atenção primária e promoção da saúde. In: Promoção da Saúde. Ministério da Saúde, Brasília: FUNASA (Fundação Nacional de Saúde). 2001, p. 7-14. Mimeografado.

FORMIGLI, V. L. A.; COSTA, M. C. O.; PORTO, L. A. Avaliação de um serviço de atenção integral à saúde do adolescente. *Cadernos de Saúde Pública*. v.16, n.3, jul./set., p. 177-184, 2000.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (FNUAP). *Direitos da população jovem: um marco para o desenvolvimento*, Brasília, 2003.

GROSSMAN, E.; RUZANY, M.H.; TAQUETTE, S.R. A consulta do adolescente. *Adolescência & Saúde*, Rio de Janeiro, v. 1; n 1, mar., p. 09-13, 2004.

GUEDES, A. M. Da integração de programas à integralidade de ações de saúde: algumas reflexões preliminares. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A, (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ: ABRASCO, 2001, p. 127-156.

HUERTAS, L.R. *Reforma sanitaria, promoción de la salud de l@s adolescentes en la región*. Casos de Brasil, Costa Rica y República Dominicana: Estado de la situación y lineamientos estratégicos para la acción, Washington:OPAS,2001.

IBGE; Fundo de População das Nações Unidas. *Situação da População Brasileira*, 2002, Rio de Janeiro, 2002.

IBGE. Censo Demográfico 2000. Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>, acesso em: 20 nov. 2004.

JEOLÁS, L. S.; FERRARI, R. A. P. Oficinas de prevenção em um serviço de saúde para adolescentes: espaço de reflexão e de conhecimento compartilhado. *Ciências & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 611-620, 2003.

KETT, J. F. *Descubrimiento e invención de la adolescencia em la historia*. *Jornal of adolescent health*, Nova York, v. 14, p. 664-672, 1993.

KLEIN, J. D. *Adolescents, health services, and access to care*. New York: From the editorial board, Nova York, v. 27, 2000, p. 293-294.

LAURENTI, R. *Perfil epidemiológico da saúde da população masculina na região das Américas: uma contribuição para o enfoque de gênero*, 1998. (Mimeografado).

LAVINAS, L. Gênero, cidadania e adolescência. In: MADEIRA, F. (Org.). *Quem mandou nascer mulher? Estudos sobre crianças e adolescentes pobres no Brasil*. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos, 1996. p. 11-43.

LIMA, C. P., et al. Gestação na adolescência. *Acta médica*: Porto Alegre, v. 10, p. 477-90, 1985.

LOBO, T. Avaliação de processos e de impactos em programas sociais - algumas questões para reflexão. In: RICO, E. M. (org.). *Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate*. 3d. São Paulo: Cortez, 2001. p. 75-84.



LYRA, J. *Paternidade adolescente: uma proposta de intervenção*. 1997. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1997.

LYRA, J.; *et al.* “A gente não pode fazer nada, só podemos decidir o sabor do sorvete”. Adolescentes: de sujeito de necessidades a um sujeito de direitos. *Cadernos Cedes*. Campinas, v. 22. n. 57., p. 9-21, aug., 2002.

LYRA, J.; *et al.* Homens e cuidado: uma outra família? In: ACOSTA, A.R. & VITALE, M.A.F. (Org) *Família: redes, laços e políticas Públicas*. São Paulo: Instituto de Estudos Especiais da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2003, p. 79-91.

LUZ, M. T. Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas de saúde no Brasil atual. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A, (Org.) *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ: ABRASCO, 2001, p. 17-37.

MADALLENO, M.; OJEDA, E. N.S. Situação social de adolescentes e jovens na América Latina In: MADALLENO, M. *et al.* (Ed). *La salud del adolescente y del joven*. Washington, D.C.: OPS, 1995 p. 70-94 (Publicación Científica; 552).

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, aug., 2002.

MAGNANI, J. G. C. Discurso e representação, ou de como os Baloma de Kiriwina podem reencarna-se nas atuais pesquisas. In: CARDOSO, R. (Org.). *A Aventura Antropológica. Teoria e pesquisa*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986. p. 127-140.

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

\_\_\_\_\_. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A, (Org). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ: ABRASCO, 2003, p. 45- 59.

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

MEDINA, M. G. et al. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, M. Z. & VIEIRA DA SILVA, L. M. *Avaliação em saúde. Dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. 2004. No prelo.

MEDRADO, B. *O masculino na mídia*. 1997. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1997.

MEDRADO-DANTAS, B. *Tempo ao tempo: a gestão da vida em idade*. Tese (Doutorado em Psicologia Social). 2002. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2002.

MENDES, E. V. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. In: Uma agenda para a saúde, 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

MENDONÇA, M.H.M. O Desafio da política de atendimento à infância e à adolescência na construção de políticas públicas equitativas. *Cadernos de Saúde Públicas*, Rio de Janeiro, v. 18. Supl., p. 113-126, 2002.

MINAYO, M. C. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco, 1992.

\_\_\_\_\_. Ciência, Técnica e Arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO M.C *et al.* (Org.). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Rio de Janeiro: Vozes, 1994, p. 9-29.

MONTEIRO C. A, BENÍCIO M. H. A, FREITAS I. C. M. *Melhoria em indicadores de saúde associados à pobreza: descrição, causas e impacto sobre desigualdades regionais*. São Paulo: NUPENS//USP, 1997.

MORENO, E.M.; SERRANO, C.V.; GARCÍA, L.T. Lineamentos para la programación de salud integral del adolescente. In: *La salud del adolescente y del joven*. Washington, D.C.: OPS, 1995 p. 328-343.

MOVIMENTO INTEGRADO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARA ADOLESCENTES. Proposta para atendimento à saúde do adolescente. Recife, 2003. Mimeografado.

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

NUNES, D. N. A questão da interdisciplinaridade no estudo da saúde coletiva e o papel das ciências sociais. In: CANESQUI, A. M, (Org.). *Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995, p. 95-113.

OJEDA, E. N. S. et al. adolescencia y juventud: Aspectos demográficos y epidemiológicos. In: *La Salud del Adolescente y el Joven en las Americas*. Publicación Científica 489. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 1985.

OZELLA, S. *Concepções de adolescente/adolescência: os teóricos e os profissionais*. Relatório apresentado para curso de promoção na carreira docente não publicado. São Paulo: PUC, 1999.

\_\_\_\_\_. Adolescência: uma perspectiva crítica. In: CONTINI, M. C. J. *Adolescência e Psicologia – concepções, práticas e reflexões críticas*. Conselho Federal de Psicologia, 2002. p 16-24.

PAIM, J. S. A Reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: *Epidemiologia & Saúde*, 5. ed. ROUQUAROL, M. Z. Rio de Janeiro: Medsi, 1999. p 473-487.

PEDUZZI, M. E PALMA, J.J.L. A Equipe de saúde. In: SCHARAIBER, 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).

PERALVA, A. O jovem como modelo cultural.. *Revista Brasileira de Educação*. São Paulo. n. especial, p.15-24, maio/jun.1997.

PESTANA, M.; MENDES, E.V. *Pacto de Gestão: da Municipalização autárquica à regionalização cooperativa*. Belo Horizonte: Secretaria de Saúde, 2004.

PERES, F.; ROSENBERG, C. P. Desvelando a concepção de adolescência/adolescente presente no discurso da saúde pública. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 7, n. 1, 1998, p. 53-86.

PINHEIRO, R. As Práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A, (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ: ABRASCO, 2001. p. 65-112.

PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R. & MATOS, R. A. (Org.) *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ: ABRASCO, 2003. p. 7-34.

PINHEIRO, R.; GUIZARD, F. L. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: ABRASCO, São Paulo: Hucitec, 2004. p. 21-36.

RECIFE, Prestação de Contas, Recife, 2004.

RECIFE. Secretaria Municipal de Saúde. *Plano municipal de saúde 2002-2005*, Recife [2002].

RICHARDSON, R. *Pesquisa social: Métodos e técnicas*. São Paulo: Atlas; 1985.

REDE FEMINISTA DE SAÚDE. *Adolescentes, saúde sexual, saúde reprodutiva: dossiê*. Belo Horizonte: Rede Feminista de Saúde, 2004.

RUZANY, M. H. *et al.* Avaliação das condições de atendimento do programa de saúde do adolescente no Município do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 18, n.3, p. 639-649, maio./jun., 2002.

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.; MENDES-GONÇALVES, R. B. Necessidades de saúde e atenção primária. 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. 29 – 47. (Saúde em Debate; 96, Série Didática; 3).

SERRANO, C.V. La salud integral de los adolescentes y los jóvenes: su promoción y su cuidado. In: *La salud del adolescente y del joven*. Washington, D.C.: OPS, 1995 p. 03-14 (Publicación Científica; 552).

SILVA JUNIOR, A. G.; MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: ABRASCO, São Paulo: Hucitec, 2004. p. 241-257.

SILVA, P. L. B. *Modelo de avaliação de programas sociais prioritários*. Programa de apoio à gestão social no Brasil/ sub-componente: desenho e implantação de estratégia de avaliação. Relatório final. Campinas: Unicamp, 1999.

SOUZA LEÃO, L. *A Gravidez na adolescência na perspectiva das organizações não governamentais*. Projeto da disciplina Prática de Pesquisa. Recife: UFPE, 1999. Mimeografado.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. *Avaliação de programas de saúde: Um Modo de Fazer*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001.

\_\_\_\_\_. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. In: BOSI, M. L. M. & MERCADO, F. J (Org). *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 121-136.

TRAVASSOS, C. & LEBRÃO, M. L. Morbidade hospitalar nos jovens. In: BERQUÓ, E. (Org.). *Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas*. Brasília: Comissão Nacional de População e Desenvolvimento, 1998. p. 165-196.

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.

VIANA, A. L. A. Enfoques metodológicos em políticas públicas: novos referenciais para os estudos sobre políticas sociais. In: CANESQUI, A. M. (org.) *Ciências sociais e saúde*. São Paulo:Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997. p. 205-226.

VIANA, A. L. & DAL POZ, M.R. Reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa de saúde da família. *Physis: Revista Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 11-48, 1998.

VIEIRA DA SILVA, L. M. Conceitos, abordagens e estratégias para avaliação em saúde. In: HARTZ & VIEIRA DA SILVA, L. M. (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*, 2004. No prelo.

# ANEXOS

## ANEXO I

### ENTREVISTA – GESTOR MUNICIPAL DE ATENÇÃO À SAÚDE

**TÍTULO DO PROJETO: Saúde do adolescente: ações assistenciais ou de atenção integral à saúde?**

**1. Há quanto tempo ocupa o cargo de atenção básica?**

**2. Qual a sua formação e tempo de formado?**

**3. Como está situado o modelo da saúde do adolescente na atenção à saúde?**

- Já houve algum tipo de re-definição das ações a partir do processo de descentralização? Quais?
- 
- Quais os tipos de ação estão sendo priorizadas (na atenção básica e de média e alta complexidade)?
- Existe um fluxograma da rede de serviços voltada para esse público (como funciona)?
- Outros setores (educação, desportos etc.) estão sendo articulados à saúde para pensar a atenção ao adolescente?
- Estão sendo realizadas capacitações para profissionais de saúde voltadas para as especificidades do público adolescente (formato, duração, temáticas)?

**4. Quais as principais diferenças entre os Distritos Sanitários do município, quando o assunto é a saúde do adolescente?**

**5. Em que medida a rede de serviços oferecida e desenvolvida pelo Distrito Sanitário III (pensando os níveis de atenção) é suficiente para responder a demanda de adolescentes?**

## ANEXO II

### ENTREVISTA – GESTOR MUNICIPAL E ESTADUAL DA ÀREA DE ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE

**TÍTULO DO PROJETO:** Saúde do adolescente: ações assistenciais ou de atenção integral à saúde?

**1. Há quanto tempo ocupa o cargo de gestor dessa área?**

**2. Qual a sua formação e tempo de formado?**

**3. Em relação à atenção à saúde do adolescente:**

- A partir de quando se iniciou o processo de descentralização na área da saúde do adolescente?
- Como está sendo a relação com o Estado/Município nesse processo?
- Em que consiste a proposta da Prefeitura/Estado e no que ela difere da proposta do Estado/Município?
- Existem resistências na adoção e adesão dessa nova proposta (descentralização – SUS); se sim, são de que natureza?
- Já houve algum tipo de re-definição das ações a partir desse processo? Quais? E o que se pretende alcançar?
- Os PSF ainda tem abrangência limitada (no máximo de 40% de abrangência), dessa maneira, qual o perfil do adolescente que se pretende atingir? Existe diferença entre os que estão dentro da área de abrangência e dos que estão fora?

**4. Sobre o modelo de atenção integral:**

- O Sr. considera que existem necessidades especiais para esse público? Em que medida ações que possam responder a essas demandas estão sendo implementadas pela gestão municipal/estadual?
- Quais os tipos de ação estão sendo priorizadas (na atenção básica e de média e alta complexidade)?
- Existe um fluxograma da rede de serviços voltada para esse público (como funciona)?
- Como funciona o procedimento da referência e contra-referência entre os níveis de atenção? Há alguma especificidade em relação a esse grupo etário?
- Outros setores (educação, desportos etc.) estão sendo articulados à saúde para pensar a atenção ao adolescente?
- Estão sendo realizadas capacitações para profissionais de saúde voltadas para as especificidades do público adolescente (formato, duração, temáticas)?

- Na opinião do Sr. o que seria um modelo de atenção integral à saúde do adolescente?
- Quais são os avanços e desafios de uma abordagem integral da saúde do adolescente na atual gestão?

**4. Quais as principais diferenças entre os Distritos Sanitários do município, quando o assunto é a saúde do adolescente?**

**5. Em que medida a rede de serviços oferecida e desenvolvida pelo Distrito Sanitário III (pensando os níveis de atenção) é suficiente para responder a demanda de adolescentes?**



## **ANEXO III**

### **ENTREVISTA – GERENTE DO DISTRITO SANITÁRIO**

**TÍTULO DO PROJETO:** Saúde do adolescente: ações assistenciais ou de atenção integral à saúde?

**1. Há quanto tempo ocupa esse cargo?**

**2. Qual a sua formação e tempo de formado?**

**3. Como está situado o modelo da saúde do adolescente no Distrito em relação a:**

- Incorporação das diretrizes do processo de descentralização? Como avalia o processo, pensando esse público, em particular?
- Existem resistências na adoção e adesão dessa nova proposta?
- Quais são as ações priorizadas no Distrito? Existe um fluxograma da rede de serviços voltada para esse público (como funciona)? (como funciona a(s) unidade(s) de referência e o trabalho desenvolvido nos Postos de Saúde da Família?)
- Como funciona o procedimento da referência e contra-referência entre os níveis de atenção? Há alguma especificidade em relação a esse grupo etário?
- Outros setores (educação, desportos etc.) estão sendo articulados à saúde para pensar a atenção ao adolescente?
- Estão sendo realizadas capacitações para profissionais de saúde voltadas para as especificidades do público adolescente (formato, duração, temáticas)?
- Em que medida a rede de serviços oferecida e desenvolvida pelo Distrito Sanitário III (pensando os níveis de atenção) é suficiente para responder a demanda de adolescentes?
- Quais são os avanços e desafios de uma abordagem integral da saúde do adolescente nos ações e deliberações do Distrito Sanitário?

## ANEXO IV

### ENTREVISTA – PROFISSIONAL DA UNIDADE DE ALTA COMPLEXIDADE

**TÍTULO DO PROJETO:** Saúde do adolescente: ações assistenciais ou de atenção integral à saúde?

- 1. Há quanto tempo ocupa esse o cargo?**
- 2. Qual a sua formação e tempo de formado?**
- 3. Existe uma faixa etária definida para o atendimento na unidade?**
- 4. A equipe é formada por quais profissionais?**
- 5. Quais os serviços/especialidades são oferecidas pela unidade?**
- 6. Quais os serviços/especialidades são mais procurados na unidade pelos adolescentes?**
- 7. Houve algum tipo de re-definição das ações a partir do processo de descentralização? (quais e como afetou a estrutura do serviço)**
- 8. Como os adolescentes chegam à unidade? (apenas demanda espontânea ou existe algum tipo de ação que organize a oferta dos serviços; e o procedimento de referência e contra-referência)?**
- 9. Outros setores (educação, desportos etc.) estão sendo articulados à unidade para pensar a atenção ao adolescente?**
- 10. Estão sendo realizadas capacitações para profissionais de saúde voltadas para as especificidades do público adolescente (formato, duração, temáticas)?**
- 11. Quais são os avanços e desafios de uma abordagem integral da saúde do adolescente nos ações da unidade?**

**ANEXO V****ENTREVISTA – PROFISSIONAL DA UNIDADE ESPECIALIZADA**

**TÍTULO DO PROJETO:** Saúde do adolescente: ações assistenciais ou de atenção integral à saúde?

- 1. Há quanto tempo ocupa esse o cargo?**
- 2. Qual a sua formação e tempo de formado?**
- 3. Existe uma faixa etária definida para o atendimento na unidade?**
- 4. A equipe é formada por quais profissionais?**
- 5. Quais os serviços/especialidades são oferecidas pela unidade?**
- 6. Quais os serviços/especialidades são mais procurados na unidade?**
- 7. Como o sr. (a) caracterizaria os serviços oferecidos na unidade (nível primário, secundário, terciário)?**
- 8. Houve algum tipo de re-definição das ações a partir do processo de descentralização? (quais e como afetou a estrutura do serviço)**
- 9. Como os adolescentes chegam à unidade? (apenas demanda espontânea ou existe algum tipo de ação que organize a oferta dos serviços; e o procedimento de referência e contra-referência)?**
- 10. Qual o tipo de relação entre a unidade de referência e os PSF que atuam no território do Distrito Sanitário?**
- 11. Dentro da unidade existem atividades coletivas com os adolescentes (quais/periodicidade/temáticas abordadas)**
- 12. Outros setores (educação, desportos etc.) estão sendo articulados à unidade para pensar a atenção ao adolescente?**
- 13. Estão sendo realizadas capacitações para profissionais de saúde voltadas para as especificidades do público adolescente (formato, duração, temáticas)?**
- 14. Quais são os avanços e desafios de uma abordagem integral da saúde do adolescente nos ações da unidade?**

## **ANEXO VI**

### **ENTREVISTA – PROFISSIONAL DO PACS A UNIDADES DE ATENÇÃO BÁSICA**

**TÍTULO DO PROJETO:** Saúde do adolescente: ações assistenciais ou de atenção integral à saúde?

- 1. Há quanto tempo ocupa essa função?**
- 2. Qual a sua formação e tempo de formado?**
- 3. Existe uma faixa etária que unidade definiu para caracterizar a faixa de adolescentes?**
- 4. A equipe é formada por quais profissionais?**
- 5. Quais os serviços/especialidades são oferecidas pela unidade?**
- 6. Quais os serviços/especialidades são mais procurados na unidade pelo público adolescente?**
- 7. Como os adolescentes chegam à unidade (demanda espontânea/ação dos agentes comunitários de saúde)?**
- 8. A unidade encaminha os adolescentes para outros serviços quando suas necessidades ultrapassam a estrutura do PSF? (existe algum registro/procedimento quando se faz a referência e contra-referência dos serviços?)**
- 10. Qual o tipo de relação entre o (Pacs) PSF e a(s) unidade(s) de referência que atuam no território do Distrito Sanitário?**
- 11. O PSF oferece alguma atividade coletiva com os adolescentes (quais/periodicidade/temáticas abordadas)?**
- 12. Outros setores (educação, desportos etc.) estão sendo articulados à unidade para pensar a atenção ao adolescente?**
- 13. Estão sendo realizadas capacitações para profissionais de saúde voltadas para as especificidades do público adolescente (formato, duração, temáticas)?**
- 14. Quais são os avanços e desafios de uma abordagem integral da saúde do adolescente nos ações do Posto? E qual a sua opinião sobre a inclusão da saúde do adolescente como atribuição do PSF?**

## **ANEXO VII**

### **ENTREVISTA – ADOLESCENTE REPRESENTANTE DO SERVIÇO DE SAÚDE (AESA)**

**TÍTULO DO PROJETO:** Saúde do adolescente: ações assistenciais ou de atenção integral à saúde?

- 1. Qual a sua idade?**
- 2. Qual a sua função o seu papel no grupo?**
- 3. Você acha que os adolescentes têm questões particulares ou necessidades especiais quando precisam recorrer a um serviço ou unidade de saúde? Quais?**
- 4. Quais as atividades e ações estão sendo desenvolvidas pelo serviço público nesse Distrito? (PSF; Unidade do Distrito; Centro de Referência etc.)?**
- 5. Como você avalia essas ações? (quantidade/abrangência etc.)**
- 6. Existem ações/atividades de outros campos como educação; desportos (esportes) sendo desenvolvida junto a vocês?**
- 7. Na sua opinião como seria uma boa atenção à saúde do adolescente? O que precisaria para responder as necessidades da população na sua idade (10 a 19 anos?)**

**ANEXO VIII****ENTREVISTA – ADOLESCENTE REPRESENTANTE DE UMA ORGANIZAÇÃO NÃO GOVERNAMENTAL (ONG) – INTERLOCUTOR PRIVILEGIADO**

**TÍTULO DO PROJETO:** Saúde do adolescente: ações assistenciais ou de atenção integral à saúde?

- 1. Qual a sua idade?**
- 2. Qual a ONG que você faz parte?**
- 3. Você acha que os adolescentes têm questões particulares ou necessidades especiais para recorrerem a um serviço ou unidade de saúde? Quais?**
- 4. Quais as atividades e ações são desenvolvidas pela ONG?**
- 5. Você acha que essas atividades tem a ver com a sua saúde? Em que medida?**
- 5. Como você avalia essas ações? (qualidade/abrangência etc.)**
- 7. Na sua opinião como seria uma boa atenção à saúde do adolescente? O que precisaria para responder as necessidades da população na sua idade (10 a 19 anos?)**

## ANEXO IX

### ENTREVISTA – INTERLOCUTORES PRIVILEGIADOS

**TÍTULO DO PROJETO:** Saúde do adolescente: ações assistenciais ou de atenção integral à saúde?

**Em relação à atenção à saúde do adolescente:**

- Qual a sua opinião sobre o processo de descentralização na área da saúde do adolescente?
- Qual o atual lugar do Prosad nesse processo?
- Existem resistências na adoção e adesão dessa nova proposta (descentralização – SUS); se sim, são de que natureza?
- O Sr. considera que existem necessidades especiais para esse público? Em que medida ações que possam responder a essas demandas estão sendo implementadas pela atual gestão?
- Quais os tipos de ação devem ser, na sua opinião, priorizadas (na atenção básica e de média e alta complexidade)?
- Como devem se articular, na sua opinião, setores (educação, desportos etc.) para pensar a atenção ao adolescente?
- Na opinião do Sr. o que seria um modelo de atenção integral à saúde do adolescente?
- Quais são os avanços e desafios de uma abordagem integral da saúde do adolescente na atual gestão?

**ANEXO X**

Prezado(a) Secretário de Saúde,

Venho por meio desta comunicar a realização do estudo científico “**Saúde do adolescente: ações assistenciais ou de atenção integral à saúde?**” que tem como finalidade avaliar as ações que refletem o princípio da integralidade na atenção à saúde dos adolescentes, no contexto do processo de descentralização dos serviços.

O estudo faz parte da dissertação de mestrado em Saúde Pública que desenvolvo no Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz (CPqAM/FIOCRUZ), sob a orientação do professor André Monteiro Costa.

Para prosseguir com a investigação, solicito o acesso e a disposição de dados e informações concernentes à saúde do adolescente no município do Recife e, particularmente, no Distrito Sanitário III, por parte dos órgãos e serviços responsáveis pelo levantamento de tais informações.

Agradeço antecipadamente sua atenção e contribuição para o aperfeiçoamento da produção de conhecimento relativo à dinâmica saúde/doença da população adolescente, no âmbito da gestão municipal.

---

(Secretário de Saúde do Município de Recife)

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2004.

Luciana Melo de Souza Leão  
Mestranda em Saúde Pública NES/CpqAM/FIOCRUZ



## ANEXO XI

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DO PROJETO: Saúde do adolescente: ações assistenciais ou de atenção integral à saúde?

INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL: NESC/CPqAM/FIOCRUZ

O Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar do estudo científico que tem como finalidade avaliar as ações que refletem o princípio da integralidade na atenção à saúde dos adolescentes, com enfoque no processo de descentralização dos serviços. Serão investigadas as iniciativas no âmbito da gestão municipal e, mais particularmente, no Distrito Sanitário III.

A participação nesse estudo não causa nenhum tipo de dano à integridade física e psíquica dos participantes, podendo, contudo, haver algum tipo de desconforto caso haja troca ou confronto de opiniões e julgamentos acerca da temática, com outros atores sociais.

Será utilizada a entrevista individual como instrumento de coleta de dados, gravada em fita K7. A identidade do entrevistado será preservada, sendo nomeado o cargo e a função que ocupa. Os resultados do estudo serão divulgados em congressos, publicações científicas e/ou publicações de modo geral.

Através de sua colaboração será possível contribuir para o aperfeiçoamento da produção de conhecimento relativo à dinâmica saúde/doença da população adolescente, particularmente no âmbito da gestão municipal.

Qualquer esclarecimento que necessite poderá entrar em contato com Luciana Melo de Souza Leão, autora do estudo, pelo endereço: Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães sito à Av. Profº Moraes Rego, s/n, Cidade Universitária; telefone: (81) 21012611, ou e-mail: [luckmello@bol.com.br](mailto:luckmello@bol.com.br)

Minha participação é voluntária e está formalizada através da assinatura deste termo em duas vias, sendo uma retida por mim e a outra pela pesquisadora. Poderei deixar de participar a qualquer momento, sem que isso acarrete qualquer prejuízo à minha pessoa.

**Pesquisador** \_\_\_\_\_

**Participante** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2004.

**ANEXO XII**

Prezado(a) Gerente(a),

Este estudo tem como finalidade avaliar como estão sendo oferecidas e desenvolvidas as ações que refletem o princípio da integralidade na atenção à saúde dos adolescentes no Distrito Sanitário III do município de Recife, no contexto do processo de descentralização dos serviços.

O estudo faz parte da dissertação de mestrado em Saúde Pública que desenvolvo no Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz (CPqAM/FIOCRUZ). Será utilizada a entrevista como instrumento de coleta de dados e a identidade do entrevistado será preservada, sendo nomeado o cargo e a função que ocupa.

Sua colaboração é muito importante. Sem ela não será possível realizar o estudo e, conseqüentemente, contribuir para o aperfeiçoamento da produção de conhecimento relativo à dinâmica saúde/doença da população adolescente, particularmente no âmbito da gestão municipal.

Agradeço antecipadamente sua gentileza e atenção.

Luciana Melo de Souza Leão  
Mestranda em Saúde Pública NES/CpqAM/FIOCRUZ

**ANEXO XIII**

Prezado(a) profissional,

Este estudo tem como finalidade avaliar como estão sendo oferecidas e desenvolvidas as ações que refletem o princípio da integralidade na atenção à saúde dos adolescentes no Distrito Sanitário III do município de Recife, no contexto do processo de descentralização dos serviços.

O estudo faz parte da dissertação de mestrado em Saúde Pública que desenvolvo no Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz (CPqAM/FIOCRUZ). Será utilizada a entrevista como instrumento de coleta de dados e a identidade do entrevistado será preservada, sendo nomeado o cargo e a função que ocupa.

Sua colaboração é muito importante. Sem ela não será possível realizar o estudo e, conseqüentemente, contribuir para o aperfeiçoamento da produção de conhecimento relativo à dinâmica saúde/doença da população adolescente, particularmente no âmbito da gestão municipal.

Agradeço antecipadamente sua gentileza e atenção.

Luciana Melo de Souza Leão  
Mestranda em Saúde Pública NESC/CPqAM/FIOCRUZ

**ANEXO XIV**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PAIS OU**  
**RESPONSÁVEIS)**

TÍTULO DO PROJETO: Saúde do adolescente: ações assistenciais ou de atenção integral à saúde?

INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL: NESC/CPqAM/FIOCRUZ

O seu filho, ou adolescente sob sua guarda legal, está sendo convidado a participar da pesquisa: “Saúde do adolescente: ações assistenciais ou de atenção integral à saúde?” Que tem por objetivo avaliar como estão sendo oferecidas e desenvolvidas as ações que refletem o princípio da integralidade na atenção à saúde dos adolescentes, no contexto do processo de descentralização dos serviços.

O adolescente responderá algumas questões sobre as ações e atividades oferecidas pelos serviços de saúde e sobre o que ele acha que é saúde para ele. Ele terá a liberdade de não responder as perguntas que julgar difíceis ou àquelas que preferi não responder.

A participação nesse estudo não causa nenhum tipo de dano à integridade física e psíquica dos participantes. O adolescente tem a liberdade de interromper a entrevista a qualquer momento e deixar de participar do estudo.

Esta entrevista será individual e gravada em fita K7. Será mantida a identidade do participante, sendo divulgada a entidade que representa.

Os dados resultantes da pesquisa serão apresentados em publicações científicas. Não há despesas pessoais para o participante, assim como compensação financeira relacionada à participação.

Qualquer esclarecimento que eu necessite deverei entrar em contato com Luciana Melo de Souza Leão, autora do estudo, pelo endereço: Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães sito à Av. Profº Moraes Rego, s/n, Cidade Universitária; telefone: (81) 21012616, ou e-mail: [luckmello@bol.com.br](mailto:luckmello@bol.com.br)

---

Ficaram claros para mim quais são os propósitos da pesquisa e o procedimento a ser realizado. Concordo voluntariamente na participação do meu filho neste trabalho, sob as condições apontadas acima, a qual será formalizada sob a assinatura deste termo em duas vias, sendo uma retida por mim e a outra pela pesquisadora.

Adolescente: \_\_\_\_\_

Pai ou Responsável: \_\_\_\_\_

Pesquisador: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2004.

**ANEXO XV**

Prezado(a) adolescente,

Este estudo tem como finalidade avaliar como estão sendo oferecidas e desenvolvidas as ações que refletem o princípio da integralidade na atenção à saúde dos adolescentes no Distrito Sanitário III do município de Recife, no contexto do processo de descentralização dos serviços.

O estudo faz parte da dissertação de mestrado em Saúde Pública que desenvolvo no Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz (CPqAM/FIOCRUZ). Será utilizada a entrevista como instrumento de coleta de dados e a identidade do entrevistado será preservada, sendo nomeada a entidade que representa.

Sua colaboração é muito importante. Sem ela não será possível realizar o estudo e, conseqüentemente, contribuir para o aperfeiçoamento da produção de conhecimento relativo à dinâmica saúde/doença da população adolescente, particularmente no âmbito da gestão municipal.

Agradeço antecipadamente sua gentileza e atenção.

Luciana Melo de Souza Leão

Mestranda em Saúde Pública NESC/CPqAM/FIOCRUZ