

Camínhos da Integralidade na atenção primária à
Saúde: recursos conceituais e instrumentos práticos
para a educação permanente da equipe

Adolescência e Juventude

São Paulo

2012

Projeto: Caminhos da Integralidade: Levantamento e análise de tecnologias de cuidado integral à saúde em serviços de atenção primária em região metropolitana

Processo Fapesp: 2006/51688-9

Coordenador geral: José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres

Coordenador de subprojeto: Alexandre Nemes Filho, Ana Silvia Whitaker Dalmaso, Dulce Maria Senna, José Ricardo de carvalho Mesquita Ayres, Lilia Blima Schraiber, Lygia Maria França, Ricardo Rodrigues Teixeira, Yara Maria de Carvalho.

Instituições envolvidas: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; Escola de Educação Física e Esporte da Universidade de São Paulo; Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo; Centro de Saúde Escola Prof. Samuel Barnsley Pessoa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Unidades Básicas de Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo, Unidades de Estratégia Saúde da Família da Prefeitura do Município de São Paulo, Supervisão Técnica de Saúde do Butantã da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo.

Equipe por subprojeto: Organização do Trabalho: Ana Sílvia Whitaker Dalmaso, Marina Peduzzi, Rubens Kon, Hillegonda Maria Dutilh Novaes, Maria Rita Bertolozzi; Raça e Etnia: Dulce Maria Senna, Beatriz Pereira, Thais Lima; Gênero Lilia Blima Schraiber, Ana Flávia Pires Lucas d'Oliveira, Fernando Pessoa de Albuquerque, Stella Maris Nicolau, Wagner dos Santos Figueiredo, Tarcísio de Oliveira Barros Braz; Idoso: Alexandre Nemes Filho, Ângela Maria Machado de Lima, Carine Teles Sangaleti, Denise Zakabi, Juliana Moura; Juventude: José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres, Yara Maria de Carvalho, Mariana Arantes Nasser, Valéria Monteiro Mendes, Luciana Nogueira Fioroni, Rodrigo Marcinkevicius Saltão, Denise Zakabi, José Valadão, Márcia Fernandes; Saúde Mental: Lygia Maria de França Pereira, Estela Mara Rabelo, Maria Tereza da Costa Albuquerque, Talita Luiza Faria.

Apoio: Ricardo Góes

Diagramação: Ricardo Góes



Sumário

Apresentação	03
O projeto	06
Sobre o uso da cartilha: orientações	07
Integralidade e cuidado de adolescentes e jovens na Atenção Primária à Saúde	09
O caminho se faz caminhando	23
O dia a dia no serviço, o percurso de um caminho	32
Possíveis caminhos para o trabalho com adolescentes e jovens	36
Síntese de recomendações específicas	39
Caminhos	41
Caminho 1. Adolescência e juventude: percepções e definições	41
Caminho 2. Atenção à saúde de adolescentes e jovens sob a perspectiva da integralidade: cenas e olhares sobre o cuidado	43
Caminho 3. Adolescência, juventude e direitos em saúde	48
Caminho 4. Adolescência, vulnerabilidade e práticas de saúde	56
Caminho 5. Quadro para avaliação, planejamento e desenvolvimento de atividades para o cuidado integral de adolescentes e jovens	60
Anexos do Caminho 5 - Instrumentos utilizados no Programa de Atenção à Saúde na Adolescência (PASA) do Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa FMUSP	69
Glossário	78

Apresentação

Essa cartilha é fruto do projeto “Caminhos da Integralidade: Levantamento e análise de tecnologias de cuidado integral à saúde em serviços de atenção primária em região metropolitana”¹ e tem o objetivo de contribuir para o trabalho com a temática da integralidade no cuidado em saúde por meio de atividades de educação e treinamento em serviço, a partir de experiências e recomendações relativas a sua operacionalização em instituições de atenção primária à saúde (APS). Para a abordagem da integralidade, a cartilha se subdivide em partes que tratam do conceito de Integralidade, de aspectos da Organização do trabalho e equipe, de Gênero, Deficiência, Envelhecimento, Adolescência e Juventude, Saúde mental e Raça/etnia e saúde.

Público Alvo

Profissionais de Saúde com atuação na Atenção Primária à Saúde (APS), seja em atividades de atendimento direto à população em serviços de atenção primária, seja em Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) nas Unidades de Saúde da Família (USF), na gerência de serviços de saúde, e como apoio para profissionais que se dedicam à condução de áreas técnicas, a cursos de formação e educação permanente e à gestão de programas e sistemas de saúde relacionados à APS.

Assim, o presente texto se dirige a profissionais de nível básico, médio, técnico e superior e às diferentes categorias profissionais que atuam na atenção primária à saúde, como enfermeiros, médicos, agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes sociais, recepcionistas, seguranças, trabalhadores da saúde em geral, e que se propõe a imergir no desafio de prestar melhores serviços à comunidade. Mas nada impede que este material possa ser utilizado também por pessoas que lidem com os diversos temas nela presentes ou queiram conhecer mais acerca de possíveis caminhos para o cuidado integral à saúde, encontrando aqui alguns subsídios para uma frutífera interface com a saúde (professores, educadores sociais, líderes comunitários, os próprios usuários, entre outros interessados).

Metodologia de trabalho proposta

¹ Ayres, J.R.C.M. Caminhos da Integralidade: Levantamento e análise de tecnologias de cuidado integral à saúde em serviços de atenção primária em região metropolitana. Relatório técnico final. Departamento de Medicina Preventiva, FMUSP, São Paulo, abril 2011.

Trata-se de uma cartilha para educação e treinamento em serviço, subdividida em subtemas, que contemplam sempre a abordagem de importantes conceitos teóricos voltados para o trabalho prático com o tema da integralidade do cuidado, roteiros de oficinas e exercícios inspirados em situações e experiências concretas vivenciadas por profissionais de saúde na busca por superação de desafios e recomendações. A cartilha pode ser trabalhada na íntegra ou por tópicos, em diferentes arranjos e encontros entre profissionais de saúde de um mesmo serviço ou por meio do estabelecimento de parcerias com outras instituições.

Faz parte da cartilha um vídeo produzido com os profissionais envolvidos na pesquisa a partir da técnica do Vídeo Psicodrama. Este material pode ser usado em interlocução com a cartilha impressa e traz elementos problematizadores acerca da Integralidade e do Cuidado. Entende-se que o uso do vídeo em diferentes momentos ao longo da cartilha potencializa o texto e o trabalho em saúde, principalmente porque guarda uma dimensão enriquecedora da discussão pretendida, que é dar ‘visibilidade’ ao indizível da experiência de trabalhar e compreender cuidado integral na atenção primária.

Estrutura geral

Cada uma das partes da cartilha está organizada da seguinte forma:

- a) **introdução** com a discussão dos principais aspectos a serem considerados no tema em questão, sob o enfoque da **integralidade**;
- b) **proposta e roteiro de oficinas** de treinamento em serviço para sensibilização/capacitação de aspectos destacados como centrais nos temas abordados, com base em atividades que tenham como mote **situações concretas**;
- c) síntese de **recomendações específicas** sobre o assunto;
- d) **glossário** dos termos e conceitos-chave;
- e) **indicações** de outros materiais (livros, filmes e sites) para ampliar as possibilidades de reflexão visando uma intervenção mais diversificada.

Partes integrantes

A cartilha tem sete partes, subdivididas por tema ou ênfase no cuidado à saúde de determinado grupo populacional. Os textos estão articulados mas podem ser lidos e trabalhados em separado, ainda que estabeleçam correlações freqüentes com as abordagens das outras partes. Recomendamos, no entanto, considerar a cartilha como um todo para o trabalho na APS. Das partes:

I. Integralidade – conceitos introdutórios, síntese da pesquisa e recomendações gerais para os profissionais do serviço.

II. Organização do trabalho e equipe

III. Saúde, gênero e deficiência

IV. Saúde e envelhecimento

V. Saúde, Adolescência e Juventude

VI. Saúde mental

VII. Raça/etnia e saúde.

DVD – Título: **Integralidade. Expressão do Indizível**. “Compõe o conjunto de materiais educativos produzidos pelo projeto “Caminhos da Integralidade” com base em estudos de campo. Foi realizado a partir da técnica do Vídeo Psicodrama, com trabalhadores da saúde e pesquisadores envolvidos no estudo. O vídeo tem duração de 20 minutos e revela um caminho singular de elaboração da “cena da Integralidade”. Recomenda-se aos profissionais e interessados que ao utilizarem o vídeo acessem o ícone “Saiba Mais”, que traz informações sobre a pesquisa, o Vídeo Psicodrama e as aplicações deste material.

O projeto

V- SAÚDE, ADOLESCÊNCIA E JUVENTUDE

Objetivos da cartilha de SAÚDE, ADOLESCÊNCIA E JUVENTUDE

O objetivo desta parte da Cartilha Caminhos da Integralidade² - *Saúde, Adolescência e Juventude* - é apontar a gerentes e trabalhadores dos serviços de Atenção Primária à Saúde possíveis caminhos para a abordagem das necessidades de saúde de adolescentes e jovens (A&J), bem como atingir finalidades pensadas para o bem estar deste grupo populacional, reconhecendo alcances e limitações no modo como o princípio da integralidade vem sendo operado na atenção à saúde de A&J em UBS e em USF, no contexto das recentes reformas do setor, como a municipalização e a responsabilidade local pela atenção primária e a convivência entre as Unidades.

Pretendemos aqui compartilhar as reflexões possibilitadas pela análise dos dados da pesquisa e discutir as experiências de construção da integralidade na atenção à saúde de A&J, buscando destacar aspectos facilitadores e principais dificuldades, bem como trazer elementos e propor algumas recomendações para o trabalho com este grupo. Algumas das situações encontradas no dia-a-dia do serviço, contidas no corpo da cartilha e nos anexos, podem inspirar o pensar e agir em saúde e, sobretudo, a perceber e identificar as necessidades dos A&J no que se refere a sua saúde, mas também ao serviço. Não raras vezes a comunicação entre profissionais e jovens é difícil e entrecortada diante das dificuldades mútuas de expressar e enfrentar os dilemas da vida.

Assumimos, desta forma, o desafio de defender e compartilhar com os leitores o compromisso de demonstrar que as Unidades que investem e priorizam a atenção primária podem ser um espaço potente para a atenção integral à saúde de A&J.

² Ver os objetivos gerais das cartilhas na p. da Apresentação Geral e detalhes do projeto Caminhos da Integralidade na cartilha 1 - Integralidade – conceitos introdutórios, síntese da pesquisa e recomendações gerais para os serviços.

Sobre o uso da cartilha: orientações

Orientações para o uso da cartilha de SAÚDE, ADOLESCÊNCIA E JUVENTUDE:

Este texto é parte da Cartilha Caminhos da Integralidade. Trata-se de um material voltado para a educação e o treinamento em serviço, destinado aos trabalhadores da saúde envolvidos com A&J.

A cartilha foi organizada da seguinte forma:

Corpo do texto: o trabalhador-leitor encontrará referências e orientações relativas aos principais aspectos a serem considerados quando o tema é integralidade e saúde de A&J.

As **caixas** são complementares e aprofundam os temas:

Caixas de explicações: o leitor-trabalhador da saúde encontrará informações e explicações relativas a alguns conceitos importantes para o cuidado integral de A&J.

Caixas de discussões: o leitor-trabalhador da saúde encontrará um texto argumentativo sobre temas importantes e polêmicos quando o assunto é a saúde de A&J e a concepção de cuidado em saúde que estamos adotando.

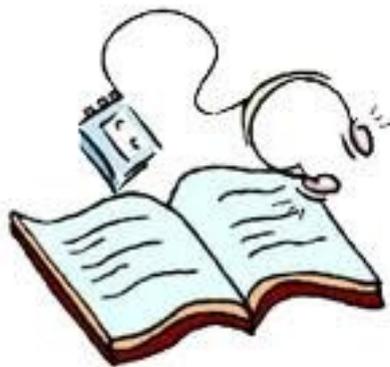
Na primeira parte da cartilha são apresentados os temas introdutórios referentes a adolescência, juventude e suas principais demandas, princípios do SUS e integralidade nas práticas em saúde destinadas à esta população.

A segunda parte expõe a análise que desenvolvemos a partir de fragmentos de observações e entrevistas da pesquisa realizada junto à uma UBS tradicional da região do Butantã.

Ao final, são apresentadas as recomendações específicas sobre o assunto, seguida por roteiros para oficinas e exercícios, um glossário dos termos, conceitos-chave e indicações de outros materiais e sites para aprofundamentos.

Cabe destacar que ao longo do texto utilizaremos três palavras – *pedras*, *pontes* e *caminhos* – para nos referirmos aos modos de fazer os percursos, enfrentar os eventuais desafios e reconhecer as possibilidades relativas aos trajetos para o cuidado e a atenção em saúde de A&J.

Em relação às pontes, temos dois recursos, o vídeo Integralidade. Expressão do indizível e as sugestões de leituras, representados pelas figuras:



Integralidade e cuidado de adolescentes e jovens na Atenção Primária à Saúde

Os profissionais de saúde que se dedicam ao atendimento de A&J em serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) percebem no trabalho diário que os temas saúde, adolescência e juventude trazem importantes desafios para a construção da integralidade do cuidado. Tais desafios são decorrentes do crescimento e desenvolvimento próprios da fase mas, sobretudo, dos processos psico-socioculturais a ela relacionados que tornam complexos tanto o conhecimento das necessidades de saúde e da vida desses indivíduos e coletivos, quanto a formulação de propostas que, efetivamente, atendam a essas necessidades e, ao mesmo tempo, aos objetivos dos serviços de saúde como: promoção de saúde, autonomia, qualidade de vida, prevenção de riscos e doenças, atenção curativa e de reabilitação na melhoria da qualidade de vida da população.

Marcos Etários: Adolescência e juventude:

Organização Mundial de Saúde

Adolescência = segunda década da vida (10 a 19 anos)

Juventude = 15 a 24 anos

De 15 a 19 anos, considera-se adolescente jovem e de 20 a 24 anos jovem adulta.

Lei Brasileira – Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)

Art. 2.º Considera-se criança, para efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade.

Parágrafo único. Nos casos expressos em lei, aplica-se excepcionalmente este Estatuto às pessoas entre dezoito e vinte e um anos de idade.

Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) – Lei n.º 8.069, de 13/7/1990

Portanto, **a adolescência no Brasil** é considerada dos 12 aos 18 anos.

Com 16 anos, o adolescente já pode votar e pode ter registro na carteira de trabalho.

Com mais de 18 anos o jovem que comete um crime pode ser julgado e preso em penitenciária comum; há a obrigatoriedade do voto e do alistamento militar para os homens; e a possibilidade de tirar a carteira de habilitação (motorista).

A Organização Internacional do Trabalho reconhece como jovem a pessoa com até 30 anos.

Quais os limites da adolescência e da juventude?

Quando começa?

Com grande frequência o início da *puberdade* é tomado como marco inicial da adolescência quando tem início os primeiros sinais da maturação sexual. Na menina, caracteriza-se pelo aparecimento do broto mamário e, no menino, pelo crescimento dos testículos.

Tais alterações trazem importantes mudanças no corpo, como rápido aumento de tamanho – “estirão”, crescimento de pêlos, início da menstruação para as meninas e poluções³ e alteração no timbre da voz para os meninos.

Entretanto, a adolescência também é caracterizada por outras mudanças e descobertas, que podem ser chamadas de *processos psicoculturais* da adolescência.

Se perguntarmos a eles sobre o que marcou o início de sua adolescência, alguns farão referência às alterações físicas, mas a grande maioria apontará algumas mudanças ou descobertas que remetem às “primeiras vezes”: o primeiro beijo, o primeiro emprego, o primeiro desentendimento com a família, a primeira grande decepção, etc.

E quando termina?

Quais os limites para a adolescência? E para a juventude? Os limites são mais variáveis e para entender isso é preciso pensar que os significados recaem em valores relativos à proteção/tutela versus emancipação; à imputabilidade legal e à capacidade para o mundo do trabalho, entre outros.

³ Ejaculação involuntária que ocorre durante o sono, considerada normal para esta fase do desenvolvimento.

As conceituações sobre adolescência e juventude remetem a julgamentos relativos a atitudes, comportamentos (imaturidade, impulsividade, podem ser exemplos). Frequentemente são conceitos naturalizados porque definidos pelos componentes biológicos, como a “explosão de hormônios”. Cabe destacar que nossa sociedade é fortemente marcada pelo ideal de juventude e de beleza, provocando contradições e atenuando a linha divisória entre esta fase e a vida adulta. Dentro desta mesma lógica, nossa sociedade “adultiza” as crianças e adolescentes (e as indústrias da beleza e farmacêutica, assim como a mídia, alimentam e reinventam diariamente essa lógica produzindo bens e serviços) e “infantiliza” os adultos.

Vale lembrar que, dependendo da condição de vida, nem todo mundo com 14 anos, por exemplo, será chamado de adolescente. Para ilustrar essa discussão, trazemos dois exemplos: uma adolescente que engravida e passa a ser identificada exclusivamente como mãe; um rapaz com poucos recursos ou que comete pequenos furtos, ou ainda os internos da “Fundação Casa” os denominados pejorativamente “menores”.

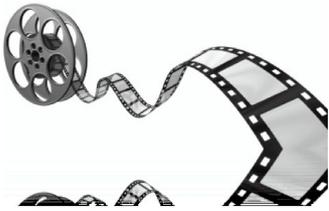
É importante ainda mencionar que as noções de adolescência e, especialmente, de juventude também corresponde à idéia de movimento de contestação, de instauração do novo e, provocação de mudanças.

Assim, a adolescência e juventude podem ser compreendidas também como uma construção social, instituídas por nossa cultura.



Ponte entre a cartilha e outras leituras:

- BRONFENBRENNER, U. **A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados**. Maria Adriana Verissimo Veronese (Trad.). Porto Alegre: Artes Medicas, 1996. 267 p.
- ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. **Adolescência normal: enfoque psicanalítico**. Porto Alegre: Artmed, 2000.
- Cole, M.; Cole, S.R. **O desenvolvimento da criança e do adolescente**. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- AYRES, J.R. . Adolescência e saúde coletiva: aspectos epistemológicos da abordagem programática. In: Lilia Blima Schraiber. (Org.). **Programação em Saúde Hoje**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1993, v. 1, p. 139-182.
- CALLIGARIS, C. **A adolescência**. São Paulo: Publifolha, 2000. 81 p.
- LIBÓRIO, R. M. C.; KOLLER, S. H. (Orgs.). **Adolescência e juventude: risco e proteção na realidade brasileira**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2009. 340 p.



Ponte entre o texto e o vídeo

Observar o Ato II “A dança” no vídeo, e tomar o personagem do usuário do serviço de saúde como se fosse um adolescente ou um grupo de adolescentes. Como a equipe pensaria e executaria o cuidado integral? De que forma a equipe percebe as necessidades e realidades deste grupo para planejar o cuidado? Como os profissionais de saúde poderiam se aproximar do universo dos A&J? O que isto desperta na equipe e no cotidiano da unidade de saúde?

Para nós que pensamos e atuamos no campo da saúde é importante não esquecer que A&J correspondem a grupos populacionais específicos e, como tais, têm necessidades e potencialidades que lhes são próprias. Dessa forma, a consideração do componente sociocultural favorece a compreensão desse grupo como sujeitos e cidadãos, integrantes e agentes transformadores da sociedade.

É importante que os profissionais de saúde somem esforços para que as atividades voltadas a A&J sejam de fato inclusivas e acolhedoras e possibilitem a produção de respostas amplas diante de suas necessidades, o que demanda atuação inter/transdisciplinar, intersetorial e articulação em rede.

Princípios do SUS

O Sistema Único de Saúde - SUS tem com princípios éticos a **universalidade do acesso**, a **integralidade do cuidado**, a **equidade das ações** e a **participação social**. Assim, em se tratando de A&J é preciso garantir a efetivação destes princípios que implica, necessariamente, na atitude de acolhimento⁴ considerando toda a diversidade de necessidades que demanda essa população.

⁴Adotamos aqui a idéia de atitude de acolhimento isso significa que não é suficiente ter disponibilidade em receber jovens (estar de portas abertas), mas também fazer uma escuta atenta e diferenciada relativa às questões trazidas por eles visando propostas de atividades e ações em saúde que façam sentido.

O reconhecimento da diversidade para o cumprimento dos princípios do SUS

Uma das reivindicações mais freqüentes dos movimentos de jovens no Brasil e no mundo é a de que os serviços de saúde sejam “amigáveis” aos jovens. Para tanto, é essencial que a atitude de acolhimento seja despojada de julgamentos morais.

A&J não compõem um grupo homogêneo, mas plural – são diferentes em idade, nas condições de vida e saúde, raça, procedência, classe, escolaridade, gênero, orientação sexual, porte ou não de deficiência, estado civil, ter ou não filhos, entre outras condições - ainda que tenham características comuns que permitam o cuidado como um coletivo, particularmente quando vivem em um mesmo contexto sociocultural, como é o caso dos usuários de serviços de saúde de uma área adscrita a determinada Unidade de saúde. O fato de os A&J serem de um mesmo território, bem como o olhar epidemiológico, pode favorecer a identificação de fatores de risco e vulnerabilidades, assim como de parceiros com vistas a articulações, troca de informações e ações integradas. Portanto, tomar os A&J como indivíduos pertencentes a um grupo contribui para o conhecimento de suas necessidades, constituição de vínculos e intervenções mais adequadas e responsáveis.

Valorizar a participação social dos adolescentes significa tanto considerar que os indivíduos deste grupo têm capacidade e direito de opinar sobre a própria saúde e sobre questões que interfiram nas condições de vida da comunidade, como também favorecer o engajamento em iniciativas como o conselho gestor da UBS e grupos de jovens.

Além disso, os dados resultantes da pesquisa, bem como a literatura a respeito do tema, sugerem que as atividades que favorecem o entendimento e o exercício da autonomia e reconhecem a diversidade de características que identificam A&J facilitam a experiência do acolhimento e possibilitam aos profissionais de saúde, maior eficácia no atendimento a esse grupo populacional.

Contudo, é fundamental que se reconheça que as práticas de saúde podem reproduzir padrões sociais ou transformá-los, ou seja, não são neutras, carregam sentidos, significados e valores e podem estar a serviço de propósitos de controle ou de emancipação. Tratando especificamente de adolescência e juventude sabemos que existem muitos tabus, particularmente relativos aos comportamentos aceitos como certos ou errados para a fase. Isso significa dizer que as ações dos profissionais de saúde e os programas específicos não são apenas técnicos, mas sempre traduzem conteúdos ético-políticos. Sendo assim, e reforçando a importância de que as Unidades de saúde sejam de fato abertas aos jovens, defendemos que as propostas realmente sejam convidativas, atraentes e que atendam as reais necessidades desse grupo, para que jovens e adolescentes participem das atividades a fim de se tornarem protagonistas e agentes de seu cuidado, assumindo a co-responsabilidade pelas ações das UBS e USF.

Temas Comuns no trabalho em saúde com A&J:

Quando a adolescência e a juventude são privilegiadas nos trabalhos em saúde, com frequência são tomadas a partir das questões relativas à sexualidade e ao comportamento nessa faixa etária, com ênfase para as estratégias de prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e da Aids, da gravidez na adolescência e do uso de drogas. Este foco tem explicação no papel socialmente atribuído aos serviços de saúde no cuidado a essa população mas também às finalidades almejadas por estes serviços que recaem, principalmente, na redução dos números considerados inadequados no que se refere aos agravos sexualmente transmissíveis, à gravidez adolescente e à drogadição. Disso decorre a ênfase nas atividades de controle, nos traços negativos que caracterizariam esse grupo e, conseqüentemente, produzem resistências ou poucas vezes têm boa aceitação pelo grupo.

Outros temas abordados, ainda que marginalmente, são: educação, direitos, projeto de vida, trabalho, corpo, esportes e cultura. Um traço comum na forma de lidar com esses assuntos remete à idéia de compensação e salvação. Por vezes, as dificuldades de adaptação na escola, os desafios da relação ensino-aprendizagem, assim como os dilemas do primeiro emprego são questões que, não raras vezes, recaem sobre os indivíduos, responsabilizando-os em detrimento dos aspectos sociais que determinam as condições de vida e saúde. A busca por atividades culturais – artísticas e esportivas – pelos jovens são ainda pouco estimuladas pelos profissionais e podem ser uma grande oportunidade de articulação intersetorial – cultura, esporte e lazer.

As diversidades raciais e étnicas e as relações e desigualdades entre os gêneros também são temas importantes para o cuidado de A&J na atenção primária à saúde.⁵

Vale ainda destacar a violência contra A&J, lembrando que as meninas sofrem mais violência doméstica e no espaço escolar, enquanto os meninos sofrem mais a violência urbana. Pela prerrogativa de proteção legal aos adolescentes, os profissionais de saúde têm o dever de investigar e atender a esses casos com responsabilidade.

As práticas de saúde para A&J não são neutras

Quando dizemos que as práticas de saúde podem ser instrumentos para a manutenção de padrões sociais ou para sua transformação, levamos em conta que os profissionais de saúde, assim como os usuários dos serviços de saúde, são parte da sociedade e por isso trazem valores e tensões para o cenário da Unidade de saúde, mas também que ambos estabelecem uma relação assimétrica (desigual) no que se refere ao papel de “autoridade” que os primeiros exercem sobre os segundos. É importante que exista consciência dessa questão e se busque construir atividades que favoreçam a escuta e o diálogo. Além disso, é preciso evitar as atividades que excluem os usuários. Considerando que as

⁵ As discussões das partes III. Saúde, gênero e deficiência e VII. Raça/etnia e saúde da cartilha também se aplicam a adolescentes e jovens e recomendamos sua leitura para aprofundamento desses temas e do cuidado integral.

palavras também carregam valores, sentidos e significados é importante divulgar as iniciativas das UBS e USF identificando-as e explicitando seus objetivos.

Assim, é diferente falar em “sexualidade na adolescência” ou “início precoce da vida sexual”, “gravidez indesejada” ou “gravidez precoce”. Em ambos os casos, a palavra “precoce” indica momento inadequado, imaturidade e, portanto, julgamento. É diferente oferecer iniciativas voltadas para a “contracepção” ou “planejamento familiar”, pois a menos que a pessoa tenha a intenção de constituir família, a idéia de “planejamento familiar” tem pouco sentido nesta faixa etária. O tema “uso de drogas” também - tem sido desenvolvido de modo inadequado, como questão moral ou como fator de exposição a situação de riscos, mas pode qualificar a discussão, por exemplo, a respeito das vulnerabilidades.

Em relação à educação e ao trabalho podem ser discutidos os projetos de curto, médio e longo prazo, mas também os desafios e as situações de exclusão pelas quais passam diferentes grupos a fim de buscar relacionar esses desafios com os processos sociais que determinam nossos modos de viver em sociedade.

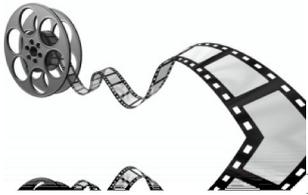
Os temas raça/etnia e relações de gênero podem ser abordados pela via da discussão de estereótipos/preconceitos e pelo reconhecimento das vivências de A&J.

É importante que os profissionais de saúde estejam atentos para que suas ações não reproduzam os papéis tradicionais e, muitas vezes preconceituosos, mas instiguem perspectivas transformadoras e plurais.

Quando o tema é “violência contra adolescentes”, os profissionais de saúde têm a obrigação legal de protegê-los e se responsabilizarem por seus cuidados. No Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) recomenda-se a denúncia; entretanto, há que garantir a proteção da/o adolescente como princípio e um conhecimento detalhado da situação que justifique a tomada deste encaminhamento.

Os profissionais de saúde têm ainda a obrigatoriedade do preenchimento da ficha de notificação do SIVVA (Sistema de Informação para Vigilância de Violência e Acidentes), notificação de violência para fins estatísticos, com o intuito de dar visibilidade à questão da violência e orientar a construção de políticas públicas.

Aqui cabe destacar que essas questões remetem, necessariamente, ao tema dos direitos humanos de A&J.



Ponte entre o texto e o vídeo: A partir do Ato II, como os profissionais de saúde com seus diferentes saberes reconhecem os projetos de vida dos A&J? Em que medida os diferentes saberes determinam os modos de olhar os diferentes projetos de vida dos A&J? Quais são os saberes necessários para atuar com A&J?

A **vulnerabilidade** é um conceito que nos ajuda a pensar e intervir com as práticas de saúde visando transformações. Trabalhar com vulnerabilidades pode auxiliar na identificação de necessidades de A&J, na ordenação das finalidades do serviço e, assim, no exercício da integralidade.

Além disso, a vulnerabilidade tem íntima relação com a discussão dos direitos humanos. Nesse sentido, é um conceito mobilizador por implicar na resposta social.

ALGUMAS DEFINIÇÕES DE VULNERABILIDADE

“Considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos” (AYRES, FRANÇA-JÚNIOR, CALAZANS & SALETTI FILHO, 2003, p.123).

“No início o conceito de vulnerabilidade foi aplicado no contexto da epidemia HIV/Aids, mas hoje vem se estabelecendo como um conceito relevante para as propostas em saúde coletiva” (AYRES, FRANÇA-JÚNIOR, CALAZANS & SALETTI FILHO, 2003, p.117).

A Análise das vulnerabilidades implica no conhecimento de 3 eixos inter-relacionados:

Componente individual: diz respeito ao nível de informação de que a pessoa dispõe, a sua capacidade de refletir a respeito e incorporar essas informações em sua vida e em suas preocupações cotidianas, além da disponibilidade pessoal em adotar atitudes protetoras.

Componente social: tem relação com a obtenção das informações e com as possibilidades concretas de pôr as mudanças em prática; não depende apenas do indivíduo, pelo contrário, tem relação com o grupo de que participa (família, amigos, escola) e com questões como a educação, a renda, o acesso aos meios de comunicação, a possibilidade de participar de decisões políticas, etc.

Componente programático: é preciso haver esforços programáticos/ações institucionais que favoreçam aos indivíduos a adoção de medidas protetoras de sua saúde e de sua vida, bem como de estratégias para a prevenção de doenças. Para tanto, é preciso haver compromisso, planejamento, recursos, gerenciamento, monitoramento e avaliação, por parte de representantes institucionais e governamentais (AYRES, FRANÇA-JÚNIOR, CALAZANS & SALETTI FILHO, 2003, p.123).

A vulnerabilidade de A&J

Com base no conceito de vulnerabilidade, não podemos dizer que A&J constituem um grupo de risco para as doenças sexualmente transmissíveis e Aids, por exemplo. Entretanto, podemos dizer que devido às descobertas que marcam essa fase da vida e preconceitos acerca da sexualidade, podem colocar essa população em situação de vulnerabilidade em relação a esses agravos. E, em alguns casos pode haver aumento dessa vulnerabilidade devido às condições socioeconômicas desfavoráveis, entre outras questões.

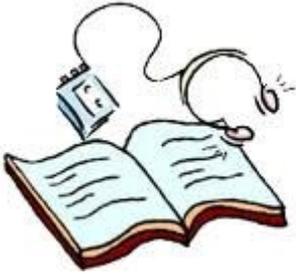
Atualmente, as interfaces entre saúde, direitos humanos e cidadania têm visibilidade e podem ser importante guia no direcionamento das práticas de saúde. No Brasil, os direitos das crianças e dos adolescentes, bem como os deveres do Estado e do setor saúde são expressos no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA); no Marco Legal – saúde, um direito de adolescentes; no Código de Ética Médica, entre outros documentos que respaldam ações de saúde integrais, não discriminatórias e que favorecem a promoção da saúde (Silva, Ranña, 2006).

Um tópico que merece destaque diz respeito à importância de atender às necessidades de A&J nos serviços de saúde a despeito de estarem ou não acompanhados por responsáveis, visto que a exigência da presença de pais ou tutores pode coibir o cuidado com sua saúde. Há ressalva: em casos de riscos, os profissionais podem e devem estimular a co-participação de adultos cuidadores.



Ponte entre texto e vídeo:

No vídeo surge um personagem inusitado: A Morte... como ela aparece na vida do adolescente? Como ela aparece no trabalho em saúde? De que modo os diferentes saberes respondem ao tema da morte? E como o profissional de saúde lida com ela?



Ponte entre a cartilha e outras leituras:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Marco legal: saúde, um direito de adolescentes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

AYRES, J.R.C.M.; FRANÇA JÚNIOR, I. Saúde do adolescente. In: SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. (Orgs.). **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. São Paulo: Hucitec, 2000. p.66-85.

Mas afinal, o que é a Integralidade?

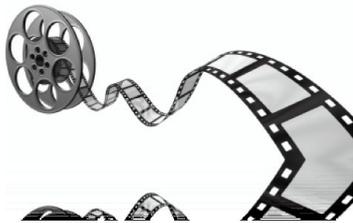
Essa pergunta apareceu muitas vezes ao longo desta pesquisa, sobretudo no trabalho de campo. Foi objeto de conversas de alguns encontros entre os profissionais de saúde e os pesquisadores, confirmando que a discussão e a compreensão da integralidade e de sua relação com o cuidado de A&J é imprescindível, ainda que não seja possível chegarmos a um consenso, a uma única definição.

Os caminhos para a busca das respostas não são poucos e há também as pedras e as pontes, mas poderíamos começar fazendo referência à atenção integral à saúde como um dos princípios do SUS. O passo seguinte seria retomar a intenção da pesquisa, que também orienta esta cartilha, - apontar os caminhos que vem sendo construídos no dia-a-dia de trabalho na atenção primária à saúde para operacionalizar a integralidade.

É preciso dizer que os responsáveis por esta cartilha também estão em busca de conhecer e experimentar diferentes conceitos de integralidade e é justamente essa busca que resultou na pesquisa e na produção de materiais como este. Fazendo menção à pesquisa, o levantamento e a atualização continuada da situação de saúde e dos cuidados prestados aos indivíduos, estão apoiados na proposta de integralidade com base nos eixos das necessidades (conforme os modos de andar a vida) e das finalidades (articulação das ações de promoção, proteção, diagnóstico precoce e tratamento). Para a organização do trabalho em saúde é preciso saber que “(...)o que caracteriza a

integralidade é obviamente a apreensão ampliada das necessidades, mas principalmente esta habilidade de reconhecer a adequação de nossas ofertas ao contexto específico da situação no qual se dá o encontro do sujeito com a equipe de saúde” (MATTOS, 2002, p.1414).

A busca da integralidade se deve à percepção de que, dentre os princípios do SUS “(...) o princípio da integralidade tem demonstrado, na prática, uma enorme vitalidade e capacidade de aglutinar em torno de si conjuntos diversos de idéias e sujeitos interessados na melhoria da qualidade, democratização e justiça das ações de atenção à saúde” (Mattos, 2001; Pinho e col., 2007).



Pontes entre texto e vídeo: Quais nomes a Integralidade pode ter? Como você desenharia a Integralidade? Onde a Integralidade está no trabalho em saúde? Como ela aparece na sua prática cotidiana?

Integralidade e cuidado de adolescentes e jovens

Para conhecer os caminhos com vistas a operacionalizar a integralidade na atenção e no cuidado de A&J, os autores se baseiam, sobretudo, nos resultados da pesquisa “Caminhos da Integralidade”, na literatura e nas experiências de trabalho em serviços. A seguir, serão apresentados os trajetos, dados e elementos encontrados ao longo da pesquisa, discussões que surgiram em função do cotidiano do serviço e orientações de como podemos caminhar.

Os trajetos da pesquisa

Este trabalho integra o projeto “Caminhos da Integralidade: Levantamento e Análise de Tecnologias de Cuidado Integral à Saúde em Serviços de Atenção Primária em Região Metropolitana”, coordenado pelo Departamento de Medicina Preventiva da USP (FAPESP 2006/51688-9). É uma pesquisa qualitativa realizada entre 2007 e 2010, com 14 UBS do bairro Butantã, São Paulo/SP. Os resultados cuja análise embasam a cartilha procedem de observação direta e entrevistas com profissionais e usuários de uma UBS “tradicional” com programa de atendimento a A&J. Os resultados foram orientados pelo quadro conceitual do “Cuidado e da Integralidade” (Ayres e colaboradores, 2009), e sistematizados segundo 4 eixos.

Eixo das necessidades: diz respeito à qualidade e natureza da escuta, acolhimento e resposta às demandas de atenção à saúde. O impulso mais relevante aqui é o do desenvolvimento de sensibilidade e capacidade de resposta a necessidades que não se restrinjam à prevenção, correção e recuperação de distúrbios morfológicos ou funcionais do organismo,.

Eixo das finalidades: diz respeito a graus e modos de integração entre as ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento de doenças e sofrimentos e recuperação da saúde/reinserção social. O sentido dominante aqui é o de não segmentar as ações, mas, ao contrário, criar sinergismos/conexões que otimizem o desenvolvimento das ações, tanto da perspectiva da racionalização meios-fins como do conforto e conveniência para indivíduos, famílias e comunidades.

Eixo das articulações: refere-se aos graus e modos de composição de saberes interdisciplinares, equipes multiprofissionais e ações intersetoriais no desenvolvimento das ações e estratégias de atenção à saúde. O propósito aqui é criar as melhores condições para oferecer resposta efetiva às necessidades de saúde em uma perspectiva ampliada, tal como descrito no *eixo das necessidades*.

Eixo das interações: refere-se à qualidade e natureza das interações intersubjetivas no cotidiano das práticas de cuidado. A motivação é a construção de condições efetivamente dialógicas entre os sujeitos participantes dos encontros relacionados à atenção à saúde, sejam pessoa a pessoa, sejam na perspectiva de equipes/comunidades, sem o que as aspirações dos eixos anteriores não podem ser realizadas.

Cabe destacar que a intenção do trabalho não foi chegar a uma definição precisa de integralidade mas apontar para a complexidade do tema e os diferentes caminhos para experimentar a integralidade. Entendemos que qualquer tentativa de dar um sentido único à integralidade pode limitar a vitalidade e a riqueza do que se faz em saúde. Necessidades, finalidades, articulações e interações foram os quatro eixos que orientaram a sistematização das ações por onde a prática da integralidade atravessa. É importante lembrar que esses eixos relacionam-se entre si, guardando certa interdependência, embora nenhum deles possa ser completamente reduzido a qualquer um dos demais. Nossa intenção, assim, foi apreender dificuldades e potencialidades para a materialização do cuidado integral à saúde, socializando experiência e apontando possíveis caminhos a serem trilhados.



Ponte entre texto e vídeo:

Como você poderia relacionar os eixos e as cenas do vídeo? Pode ser exemplo a cena inicial da construção da estátua, no Ato I, quando aparece o conceito de Integralidade que o grupo elaborou. A rigor podemos relacionar com todos os eixos: necessidades, finalidades, articulações e interações. No caso do eixo articulação fica evidente perceber na imagem as conexões e composições que resultam dos encontros entre as pessoas, que acabaram determinando a produção desta imagem, e não de outra.



Ponte entre a cartilha e outras leituras.

Ayres, J.R.C.M.; Carvalho, Y.M.; Nasser, M.A.; Saltão, R.M.; Mendes, V.M. **Caminhos da integralidade: adolescentes e jovens na Atenção Primária à Saúde.** Interface: comunicação, saúde, educação, Botucatu, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012005000021&lng=en&nrm=iso>. Epub Apr 26,2012
<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832012005000021>. Acesso em maio 2012.

GARBIN, C.A.S. et al. A saúde na percepção do adolescente. *Physis: revista de saúde coletiva*, v. 19, n. 1, p. 227-238, 2009.

O caminho se faz caminhando

Após uma apresentação sobre alguns assuntos referentes ao tema adolescência e juventude: princípios do SUS, principais demandas desta população e o próprio conceito de integralidade, o texto seguirá permeado por trechos de entrevistas e observações do dia-a-dia de uma UBS localizada no Distrito Butantã que desde 2007 desenvolve um programa multiprofissional específico para a atenção à saúde de A&J. O intuito é mostrarmos alcances e limitações no desafio da construção da integralidade.

Nesta UBS, há uma equipe composta por uma terapeuta ocupacional, uma hebiatra, uma psicóloga e uma assistente social que se dedica ao atendimento aos adolescentes (excetuando a assistente social) da região de abrangência da UBS e dos adolescentes encaminhados de outros serviços de saúde e pela Supervisão de Saúde do Butantã. Para o atendimento desta população são utilizados diversos dispositivos: abordagens terapêuticas individuais específicas, grupos abertos de convivência de adolescentes, grupos de gestantes adolescentes, grupo “corpo legal” (centrado nas questões de qualidade de vida, alimentação saudável e atividade física), grupos de sala de espera (demandas dos adolescentes, sexualidade, abordagem com acompanhantes) e atividades externas de férias. Esta equipe se reúne semanalmente para discutir, organizar e planejar as ações específicas, e se organiza sem a figura de um coordenador.

A UBS é lugar para adolescente?⁶

"Não quero ficar aqui fazendo calo até as 11h00!"

"Você não está entendendo, minha filha, preciso passar! Tenho muita dor!"

(Observação da sala de espera, 02/09/09 - diálogo entre adolescentes que tentam "guardar vaga" de ginecologia)

⁶ Esta sessão foi elaborada baseando-se nas experiências dos autores e será permeada por trechos de observações em uma UBS onde há programa específico para atenção à saúde do adolescente.

Algumas palavras ganharão destaque por se tratarem de eixos ou princípios de trabalho com adolescentes.

Em geral, poucas UBS se dedicam ao adolescente. E essa indiferença traduz o modo como nossa sociedade reconhece e atribui valores a esse grupo populacional. Não raras vezes essa fase da vida é compreendida como um estorvo, um mal necessário e passageiro.

Embora os direitos dos A&J estejam materializados no ECA e o SUS preconize o atendimento integral a esta população, programas que visam reduzir vulnerabilidades, como os voltados à atenção à saúde do adolescente e jovem, prevenção de DST-AIDS, gravidez indesejada, campanhas e dispensação de métodos contraceptivos e preservativos, etc dirigidos para este público, tendem a ser desenvolvidos de forma tímida pelos serviços de saúde.

Algumas vezes, certas iniciativas, embora bem intencionadas, são mal orquestradas. É o caso das campanhas envolvendo temas polêmicos ou tabus, que desconsideram o público alvo e o momento do contato com o usuário.

"Um menino de 13 anos solicita uma consulta com hebiatra para o irmão mais novo, de 11 anos, que o acompanha. A recepcionista diz que só tem vaga para o dia 25 de novembro e pergunta se pode ser. Eles concordam. Ela então faz o agendamento no computador e marca no cartão.

A recepcionista diz à observadora que naquele dia há muita gente querendo marcar consulta, talvez pelo fato de ter chovido muito nos dias anteriores. (...) Questionada pela observadora se segue alguma orientação, ela responde que, em geral, apenas atende ao que a pessoa solicita, verificando quando tem data"

(Observação da recepção, 10/09/09 - cena ilustra procura de adolescente por consulta médica e ausência de informação por parte da recepção sobre o programa de atenção à saúde do adolescente Pró-ADOLESC)

"A televisão da UBS localizada na sala de espera mostra um conhecido médico falando sobre prevenção DST/Aids e a importância do uso de camisinha. Um senhor idoso fica visivelmente incomodado, levanta-se e vai para o corredor próximo à sala de exames. Os dois meninos que estavam na fila da farmácia manifestam - através do corpo, tom de voz e palavras -, indignação pelo fato de tal assunto ser veiculado naquele local. Uma menina acompanhada da mãe e da avó assistem atentamente e só retomam a conversa após o final da mensagem".

(Observação 21/08/09 - cena na sala de espera sobre a reação dos usuários a um programa de TV sobre prevenção de DST/AIDS e uso de preservativo)

Os trechos acima ilustram a dificuldade de acolher o adolescente, de se fazer uma recepção diferenciada ao jovem no serviço e a abordagem de um tema de saúde pertinente e importante e ainda considerado tabu para muitos. Os adolescentes poderiam ter uma entrada diferenciada no serviço e a informação sobre uso de camisinha e prevenção de DST/AIDS, considerando o alto índice de gravidez na

adolescência e a vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis. Informações e orientações poderiam estar disponíveis em locais mais reservados e acolhedores e de forma a permitir e provocar a participação do usuário a fim de garantir que suas especificidades e diversidades culturais (gênero, raça, etnia, orientação sexual, etc) e suas dúvidas pudessem ser respondidas. Tal postura favoreceria o estabelecimento de vínculos com os profissionais e o serviço potencializando a experiência de práticas de cuidado efetivas para a redução de vulnerabilidades e a aproximação e envolvimento deste público ao serviço.

É necessário que o atendimento de A&J seja compreendido e desenvolvido como uma prática articulada e integradora do serviço de saúde, com responsabilidade e como um desafio para toda a equipe. Para tanto é fundamental que todos os trabalhadores estejam orientados sobre como proceder com os usuários, quais são os saberes e práticas do serviço disponíveis aos jovens e treinamento e atualização para os profissionais de saúde no sentido de prepará-los para as demandas dos adolescentes, acolhendo sem julgamentos ou discriminações, e para o encaminhamento mais adequado ainda que implique em um serviço especializado.

“(...) normalmente o ponto de entrada, os dois maiores da unidade é a recepção e a farmácia, ou a enfermagem. Então, se ele chega com uma necessidade de passar no médico ele vai direto no balcão. Se é medicamento vai para a farmácia. Quando chega com outra necessidade... (...) procura a enfermagem, exames... um teste de gravidez, se está sentindo que não está bem, com algum mal estar... e a vacina. A vacina também é um lugar legal para triar porque com 15 anos tem que tomar a ‘dupla’”.

(Trecho da entrevista com uma auxiliar técnica administrativa)

“(...) uma grande característica do adolescente é o de repente. Eu estou precisando passar no dentista (...) E se não sou atendida hoje, não preciso fazer o dente hoje, mas preciso ser acolhida hoje (...) acolher é diferente, por exemplo, de uma mulher ou de um homem que chega aqui precisando de um atendimento que você fala, para ser atendido hoje você tem que vir em tais e tais horários é outra negociação, Você fala isso para o adolescente, ele sai encontra com o amigo, conversa não vem mais. Você perdeu o adolescente, (...) falta esse acolhimento (...) também é uma questão de sintonia, chegar em um lugar que você acha que é parecido com você, (...) um lugar que seja parecido com o desejo dele um lugar alegre, colorido, gostoso, de ficar ouvido, um ouvido sem boca de preferência, que tem muita boca na vida deles (...) Não conheço nenhum adolescente que não precisa de alguém”.

(Trecho da entrevista com um profissional de saúde da UBS que não compõe a equipe de atendimento ao adolescente)

O trabalho em saúde exige sensibilidade para perceber que muitas vezes as demandas chegam aos profissionais de forma pouco clara, com “ruídos”, com pré-julgamentos e, portanto, conturbada, mas que por tudo isso precisam ser enfrentadas. Jovens e adolescentes muitas vezes tem dificuldade de aceitar ou de conduzir seu momento de transição, experimentação, descoberta, frustrações e resistências determinadas pela vida em sociedade. Acolher e partilhar as histórias de vida, as expectativas e conversar sobre caminhos, atalhos, pontes e pedras no espaço de atendimento exige dos profissionais maior nível de percepção e habilidade no cuidado e atenção.

Exige ainda estratégias específicas ao atendimento desta população como: grupos abertos às entradas e retornos dos adolescentes; horários flexíveis para o acolhimento; possibilidade de trabalho em grupo, vinculado ou não a consulta médica, dentre outras dinâmicas de aproximação e encontro.

Um elemento aliado que pode auxiliar na percepção das demandas e facilitar o estabelecimento de vínculos e parcerias com aparelhos sociais locais (serviços públicos, ONGs, centros comunitários e de lazer, entre outros) é o trabalho a partir da territorialização já amplamente difundido e preconizado pela ESF cujas informações não podem ficar centradas nos agentes comunitários, das equipes de saúde da família.

“Falta formação dos profissionais, falta a visão real do que é esse jovem, como esse jovem está se colocando no mundo de hoje, na sociedade de hoje (...) a gente fica muito centrado nas questões da saúde física e mental. (...) Precisava de um pouco mais de abertura, de um mapeamento desses jovens no território (...) Há jovens muito diferentes, com vivências, com perspectivas. Se você não mapear isso, entender isso, você vai dar com os burros na água. (...) nosso grande desafio é como chegar nesse jovem. Como atingi-lo...”

(Trecho da entrevista com um profissional de saúde da UBS que não compõe a equipe de atendimento ao adolescente)

As informações produzidas no território devem ser reconhecidas e compartilhadas por todos os profissionais. A abordagem territorial possibilita a ampliação da atuação no cuidado em saúde, deslocando seu foco do âmbito individual para o coletivo, e instiga a produção de planos terapêuticos intersetoriais e interdisciplinares a fim de responder às necessidades de saúde (que inclui também: saneamento, transporte, habitação, saúde, educação, esporte e lazer) das regiões.

“Porque trabalhar o adolescente sem trabalhar família, algumas situações são bem complicadas. A gente tem visto muito a necessidade de abordar também, dar respaldo pra família, poder acolher essa família que às vezes a grande parte do problema está ali e a gente não está conseguindo trabalhar adequadamente não é?”

(Trecho da entrevista com um profissional de saúde da UBS que não compõe a equipe de atendimento ao adolescente)

Atividades em grupo com A&J podem ser interessantes, criativas e produtivas, mas há necessidade de preparação para seu planejamento e condução de modo a respeitar as singularidades, os interesses e as suscetibilidades do grupo. O adolescente na situação de grupo pode se sentir inibido, ou inibir o outro ou o grupo, ou ainda desviar o foco da atividade. Mas não podemos esquecer que uma das características própria desta fase da vida, momento de consolidação da identidade, é a importância que o adolescente dá para o que os colegas pensam e dizem. Nesse sentido, colocar em uma “roda de conversa” temas, questões, dúvidas e angústias, tais como projeto de vida, auto-estima, criatividade, auto-cuidado, juízo crítico, pode ser uma estratégia de acolhimento desse grupo, sobretudo se amparado por profissionais sensíveis, preparados e habilidosos para atuar na redução de vulnerabilidades, possibilitando o fortalecimento de seus valores e respondendo às necessidades para afirmação da sua existência .

“(...) Ao invés de estarem na sala de espera com seus acompanhantes, um olhando para o outro, a gente pode conversar sobre temas relativos à adolescência e a questões de saúde. Eu vou tentando pinçar os temas que surgirem, vou fomentando esses temas específicos de saúde, as situações de lazer, o pircing, e o que mais surgir, conflitos em casa ou na escola, para a gente tentar discutir”.

(Trecho da entrevista com uma profissional de saúde que compõe a equipe de atendimento ao adolescente)

“Na hora que a gente faz o grupo não é a intenção só fazer, dar informação, como a importância que esse adolescente traz na hora que ele tem a fala dele, que ele tem assunto, que eles fazem as propostas deles. A fala dele é muito mais importante para os outros adolescentes do que a gente falar a mesma coisa. A repercussão é muito mais clara para eles. Acho que é uma parceria nossa com o adolescente”.

(Trecho da entrevista com uma profissional de saúde que compõem a equipe de atendimento ao adolescente)

Outro aliado do cuidado dirigido aos jovens pode ser o trabalho em equipe inter/transdisciplinar, momento de compartilhamento de olhares distintos, que pode contribuir na percepção de demandas e na definição, planejamento e gestão de planos terapêuticos, a fim de potencializar a expressão da integralidade no cuidado e, ao mesmo tempo garantir uma rede de proteção para os próprios profissionais da equipe que pode ser útil, sobretudo nos casos mais complexos. Neste sentido a equipe da UBS tem buscado desenvolver atividades que envolvam mais de um técnico, seja em co-terapia grupal, seja diversificando o olhar a partir do acolhimento dos A&J por duplas. As diversas estratégias criadas pela equipe devem estar constantemente em transformação, como os adolescentes atendidos, a partir da reavaliação conjunta e contínua.

“(...) por conta dessa equipe multiprofissional. Ela tem um perfil diferenciado, uma visão diferenciada, não fica aquela coisa patológica que o médico tem, só focado na doença, no processo doença – cura. Eles não, eles tem outra visão.”

(Trecho da entrevista com uma auxiliar técnico administrativa)

“(...) Sempre tem uma coisa para trocar. A atuação em equipe tem sido produtiva por causa da rede que a gente forma quando tem qualquer paciente, qualquer adolescente em risco (...) um olhar múltiplo (...). É uma forma até da equipe se proteger também. De ninguém ficar sozinha com um caso muito complicado e ter uma troca entre a equipe. (...) Tem vários olhares sobre o adolescente, a família se sente mais acolhida também. Acho que a gente consegue conversar um pouco melhor, consegue chegar um pouco mais perto.”

(Trecho da entrevista com uma profissional de saúde que compõe a equipe de atendimento ao adolescente)

Especialmente os profissionais diretamente envolvidos no cuidado com A&J precisam instigar os encontros, os espaços de diálogo, reconhecendo-os como protagonistas do cuidado e atores sociais, valorizando suas experiências e diferentes modos de expressão com objetivo de instrumentalizá-los para a possibilidade de reversão da condição de existência vulnerável. Perceber diferentes caminhos e novas possibilidades e perspectivas de reflexão e ação ampliam as capacidades de intervir nos modos de fazer a vida. Assim, é necessário escutar e ter habilidade para trabalhar com o que eles trazem, e assim, construir juntos a "terapêutica".

Naturalmente nossa escuta pode ser seletiva, a partir de nossas possibilidades e limites, inclusive de intervenção diante das questões trazidas. O importante é a abertura para tornar consciente essa escuta.

“A médica envolvida no programa sai da sala para conversar com os acompanhantes e a outra profissional começa a apresentar em formato de palestra o processo de menstruação e gravidez, por meio de um “flap” com ilustrações dos órgãos reprodutores masculino e feminino, cujo material foi comprado pela SMS de uma empresa de material médico. Inicialmente, fala sobre as mudanças do corpo durante a adolescência, buscando interação com os participantes:

- ‘Começam a aparecer pêlos... O quê mais muda? ... mamas crescem ... meninas menstruam... meninos começam a engrossar a voz...

Uma adolescente cita mudança em relação à mente. A profissional parece não ouvir; ela insiste e depois desiste.

(...)

Fala também sobre a pílula anticoncepcional e a pílula do dia seguinte

- ‘Esse é o nome popular. O nome correto é pílula de emergência. Vocês acham que ela é abortiva? Alguém conhece alguém que já tomou?’

- 'Ela!'

- 'Eu já tomei! Já tomei duas vezes'.

A profissional parece não escutar ou opta por não explorar o assunto, dando sequência às informações sobre a pílula de emergência”.

(Observação do grupo do programa de atenção à saúde do adolescente, 02/09/09 - cena ilustra uma oportunidade perdida de interação da profissional com os adolescentes durante a condução de grupo)

A gama de questões que podem ser abordadas exige a análise e ênfase naquelas pertinentes e possíveis de se trabalhar no momento. Considerando a perspectiva de continuidade da atenção primária, os outros encontros devem promover a abordagem de outros aspectos, assim como deve haver um esforço da equipe em atender para além da queixa/demanda restrita, explorando de forma diversa e criativa as necessidades.

No trecho abaixo, a profissional está falando sobre direitos e deveres de acordo com o ECA. Em determinado momento, ela responde que “podem assinar a carteira como estagiário/aprendiz”. E um dos participantes fala:

- “Eu não acho isso certo, só poder trabalhar com 18”.

Não é dada sequência à questão posta pelo adolescente, a profissional dá continuidade à sua fala e remete ao “direito de ir para a escola”, mas também o dever”.

(Observação do grupo do programa de atenção à saúde do adolescente, 18/08/09 - cena ilustra a perda de oportunidade de interação da profissional com os adolescentes)

" No ano retrasado, passado que eu tirei algumas notas vermelhas, péssimas, eu fiquei indignada também comigo. Esse ano eu melhorei bastante de novo. Acho que é isso, a gente sempre tem que pensar numa coisa que seja bom para a gente e não pelas pessoas que estão indo pela frente. Eu gosto demais de vir aqui no posto, gosto das pessoas que trabalham aqui Conheci as profissionais há pouco tempo. Nessas pessoas percebi que posso confiar, que posso conversar. Conversei toda a minha história, perdi um primo há pouco tempo."

(Relato de adolescente, 13 anos, em 30/06/09 - cena mostra vínculo estabelecido entre adolescente e funcionárias da UBS e possível relação com amadurecimento e melhora na escola)

Vale lembrar que as atividades em saúde, incluindo as ações dirigidas a A&J, não são neutras, carregam valores. Neste sentido, o exemplo abaixo demonstra que o serviço buscava atingir uma finalidade – orientar para o planejamento familiar - mas também que são ações e propostas que remetem a significados e entendimentos a respeito da mulher e da família:

VOCÊ

Garota ou mulher

Que tal engravidar na hora certa?

Venha conhecer todos os métodos anticoncepcionais, podendo assim planejar a sua gravidez.

Agende na recepção a sua participação no grupo de

PLANEJAMENTO FAMILIAR.

(texto recortado de um dos murais da UBS elaborado antes da existência de grupo de sala de espera com tema da sexualidade, estratégia criada pela equipe para o trabalho com os adolescentes sobre esta questão)

Os espaços dos grupos não precisam necessariamente se restringir aos limites físicos da unidade de saúde. Podem ser explorados os espaços do entorno e, sobretudo, os culturais e de lazer com intenção de ampliar as opções e vivências no tempo disponível e, ao mesmo tempo, agregar as iniciativas de atenção e cuidado que já existem nas outras instituições.

“Um dos garotos vai até sua casa buscar a bola e as luvas de goleiro. Em pouco tempo, estão todos na quadra e os adolescentes dividem-se em dois times mistos, com quatro jogadores de cada lado e “próximos”, que entram nos times, revezando-se, exceto o garoto mais tímido, alvo de “tiração de sarro” de alguns meninos, que fica conversando com o observador e as profissionais enquanto assiste ao jogo. (...) a profissional de saúde do Centro de Convivência da região (...) comenta que participa do grupo porque tinham a idéia de fazer um documentário sobre os espaços de lazer e saúde na região. No início do mapeamento do território, os adolescentes disseram que queriam iniciar o documentário pela UBS para ‘mostrar como ela é boa e como as pessoas são bem atendidas’. No entanto, o projeto não caminhou para além da cartografia porque, segundo a profissional, os adolescentes tinham dificuldade de “se mostrar para a câmera”, com receio de “tirações de sarro”. As profissionais acharam que deveriam inicialmente investir na formação da identidade do grupo, do lidar com as diferenças e o respeito ao próximo”.

(Observação do grupo do programa de atenção à saúde do adolescente, 16/06/09 - cena que remete à exploração dos espaços de lazer no próprio bairro com vistas ao estabelecimento de vínculos entre adolescentes)

“(...) a gente faz atividades externas (...) a idéia é que tenha uma ampliação um pouco do repertório de lazer que eles conhecem. Tenho retornos assim “Ah, depois que eu fui no parque, eu já fui com a minha família.”, dois adolescentes foram com a família”.

(Trecho da entrevista com uma profissional de saúde)

Da mesma forma, a equipe pode e deve ampliar seu trabalho com a utilização de equipamentos que atendam A&J no território: escolas, centros de juventude, locais que ofereçam cursos profissionalizantes. Desde o segundo semestre de 2010, a equipe da UBS com a qual desenvolvemos a pesquisa, vem construindo e desenvolvendo um trabalho contínuo junto com a escola municipal mais próxima, cujo tema geral é “Qualidade de Vida”.



Ponte entre texto e vídeo:

A partir do Ato III. Refletir sobre o que é o indizível nas relações entre profissionais e usuários que se dão em encontros concretos para atividades de saúde.

O dia a dia no serviço, o percurso de um caminho

“(...) A saúde está largada. É um dos principais problemas do governo. No fundo a gente sente esse problema na pele, mas nós somos peixes pequenos, não dá para fazer nada...”

(Trecho da entrevista com um trabalhador da saúde da recepção)

“(...) Quando o ex-prefeito saiu e, claro, apesar de ser praticamente o mesmo governo, ele mudou algumas pessoas e lá pelas tantas a gente começou a entrar em contato com quem respondia pelo programa de atenção à saúde do adolescente, na época que o projeto foi lançado pelo primeiro prefeito, as pessoas não sabiam mais do que se trata o programa dentro do próprio governo deles! A minha proposta para eles é assim: vamos batalhar, vamos continuar trabalhando, mesmo que digam que é uma bobagem, vamos procurar ajuda. Porque se a gente depender do apoio deles, o projeto pára. (...) parece que a gente fica falando de uma entidade que não existe.”

(Trecho da entrevista com um profissional de saúde da UBS que não compõe a equipe de atendimento ao adolescente)

Embora o setor saúde seja, via de regra, pauta prioritária dos planos de governo, não é incomum profissionais ou mesmo serviços de saúde se sentirem desamparados em relação às políticas públicas de saúde. Há tempos vivemos em uma cultura de cuidado à saúde centrada no hospital e na doença, com pouco espaço para a APS.

No entanto, por mais que seja reconhecido o potencial de eficiência e eficácia do atendimento no âmbito da APS e sua importância para os sistemas de saúde, ainda exige fóruns permanentes de discussão e avaliação de por que, para quem e de que forma praticar a atenção primária comprometendo coletivos, poder público, governos, redes de apoio, controle social e as diferentes formas de participação da comunidade campo da saúde visando à consolidação, o fortalecimento e, em última instância, a defesa do Sistema Único de Saúde.

“(...) eu acho que a população é presente no que eles podem, no que eles conhecem. A questão do psiquiatra, a gente tem líderes comunitários que vão na coordenadoria da região, vão brigar... eles estão putos... – quando o conselho gestor veio aqui? Ah, sei lá, mas é difícil para eles entenderem... se até para nós é difícil (...) Há uma limitação, não está aqui dentro para acompanhar. Acho que a população batalha, junto com a gente, do jeito que eles conseguem”.

(Trecho da entrevista com uma profissional de saúde da UBS que não compõe a equipe de atendimento ao adolescente)

Com freqüência há dificuldades de compreensão, também por parte dos profissionais, tanto da importância quanto do funcionamento dos diversos serviços ofertados na UBS, decorrentes da carência de tecnologia de organização do trabalho, de informações ineficientes, da sobrecarga de trabalho e da verticalização no gerenciamento do serviço. No entanto, as UBS/USF podem ser pensadas e organizadas como projeto coletivo orientado por investigações epidemiológicas do território e conduzida por relações horizontais, transversais com a participação efetiva dos profissionais de saúde e usuários, com o apoio de diferentes parceiros.

“Apesar de ter reunião geral, teria que apresentar melhor os programas, integrando todo o serviço dentro da unidade...”

(Trecho da entrevista com uma auxiliar técnico-administrativa)

“(...) A primeira mãe que entrevista, de uma criança, ela fala assim – estou muito satisfeita com a brinquedoteca, porque a minha filha hoje vem para o posto sem estar doente. Eu consigo chegar aqui com ela, como ela não está doente... nunca tinha percebido que aqui tinha um grupo de adolescentes. Eu tenho um filho adolescente e tenho ela podia trazê-lo para fazer essa atividade. Está aqui há muito tempo? (...) Ela só vem na unidade quando a filha está doente. Então, a brinquedoteca deu uma possibilidade de ela enxergar a unidade como eu acho que devia ser vista, uma unidade de promoção em saúde. (...) eles vem para a unidade, ficam brincando no estacionamento, ficam em volta da unidade... e isso cria as situações mais hilárias possíveis. Os funcionários se reúnem para dizer que trabalhar com o barulho da brinquedoteca não é possível. (...) o barulho das crianças chorando na vacina, que ecoa aqui para cima, não tem problema, mas brincando é um negócio que incomoda. (...) hoje a gente consegue ter um jovem que tem uma certa tranquilidade de vir sozinho, por exemplo, para passar no ginecologista, foi uma batalha para os jovens também. No começo eles achavam que não podiam atender sem a mãe. (...)a gente teve que levantar o estatuto do ECA...”

(Trecho da entrevista com um profissional de saúde sobre o documentário produzido na UBS sobre a brinquedoteca)

Bem, para enfrentar este árduo caminho da integralidade e do cuidado voltado para os jovens, nada como boas companhias, tanto dentro como fora da UBS/USF. Partilhar projetos, interesses, necessidades e angústias pode promover interação e articulação para além do espaço e tempo do serviço.

“A gente tem o um ginecologista que não faz parte, das discussões, mas é uma pessoa que já tem uma abertura para fazer mais o acolhimento dessas nossas adolescentes. Tanto é que a colega fazia um grupo, já no dia em que ele fazia o atendimento e já tinha um canal aberto para encaminhar algumas situações para ele. Essa profissional ainda brincava ‘Um dia a gente vai ganhar o doutor trabalhando junto aqui também’”.

(Trecho da entrevista com profissional de saúde que compõe a equipe de atendimento ao adolescente)

“(...) A TO , por exemplo, quando acredita que o corporal não está bom e que se melhorar vai ajudar ela manda por mim, mesmo que a pessoa não tenha nenhum problema respiratório, nem ortopédico, a gente vai fazer um trabalho corporal Conheço pouco os serviços também O que eu conheço, por exemplo, no CEU da região muita coisa para pré-adolescente e adolescente. Em alguns SESC que eu conheço pessoalmente, não profissionalmente, também acho que tem A arte dá conta da fragilidade mental , da incapacidade de gerir as próprias vontades

(Trecho da entrevista com um profissional de saúde da UBS que não compõe a equipe de atendimento ao adolescente)

Após análise de documentos, entrevistas com profissionais e usuários e relato das observações participantes, pudemos sistematizar os principais dados encontrados a partir dos **eixos** no quadro que se segue:

<i>Necessidades</i>	<p>Adolescentes trazem questões sobre sexualidade, reprodução, problemas sócio-econômicos e familiares</p> <p>Profissionais tendem a trabalhar com demandas ativamente expressas, com abordagem centrada em queixas.</p>
<i>Finalidades</i>	<p>Ações diversificadas mas com pouca discussão sobre projetos de cuidado integradores e restritas interfaces entre promoção, prevenção, cura e reabilitação.</p>
<i>Articulações</i>	<p>Cuidado baseado em ações individuais; limitada integração da equipe multiprofissional; ações intersetoriais relevantes na região mas não há política de articulação institucional e intersetorial com resultado efetivo.</p>
<i>Interações</i>	<p>Relações cordiais mas com tendência à verticalidade e assimetria entre jovens, profissionais e gerência.</p>

Possíveis caminhos para o trabalho com adolescentes e jovens

Apreendeu-se, no trabalho de campo com entrevistas e observações na UBS, de um lado, efetiva percepção da especificidade da atenção à saúde de A&J e propostas positivas de resposta pelo serviço, mas, de outro, limitações na construção de projetos de cuidado capazes de integrar as diversas finalidades e articulações demandadas por esta especificidade. Destaca-se, assim, a insuficiência das interações profissionais e setoriais e a fragilidade da dimensão comunicacional nos encontros entre profissionais e usuários.

A UBS é também lugar para A&J mas a construção deste espaço e das atividades para este público ainda requerem estudos, atenção e interesse, por parte dos trabalhadores, gerentes e investimentos nos diversos caminhos para a prática da integralidade. Neste sentido, são recursos as discussões e orientações apresentadas nesta cartilha. Co-responsabilidade de quem atua na saúde, gestão democrática e participativa, trabalho multiprofissional e encontros que priorizem o trabalho em equipe são princípios que ajudam a mudar o cotidiano do serviço.

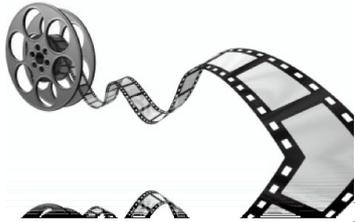
Considerando que as práticas de saúde na atenção primária exigem uma atenção à **saúde integrada** como contrapartida à fragmentação na forma de especialidades; reconhecimento das necessidades sociais de saúde dos indivíduos e grupos e comprometimento com a **produção de saúde**; e, em última instância, com a produção da vida, o cuidado na adolescência/juventude implica em instigar as **práticas integradoras**, de distintas ordens e distribuídas em distintos planos, porque elas traduzem a complexidade da atenção à saúde.

Como fazer isso?

A pesquisa que orientou a sistematização deste material aponta a necessidade de ampliarmos a assistência e, ao mesmo tempo, rever e reinventar essa assistência e suas formas de operar com intuito de mudar as formas de pensar sobre esta temática e sobretudo, as práticas voltadas para a adolescência e juventude.

A atenção primária agrega condições propícias para propor mudanças e mudar, porque ela é a porta de entrada no SUS; permite a atuação multiprofissional e transdisciplinar; e, pode ser um espaço de encontros e rodas de conversa que também produzem informação e conhecimento.

Encontro, escuta e conversa podem produzir relações mais saudáveis, promovem a comunicação e a construção de redes. Não podemos esquecer que a natureza e a qualidade desse tipo de produção que não é material (um produto, um medicamento), mas imaterial (serviço, encontro), é um modo de afetar, movimentar e refazer os modos de pensar e agir em saúde. E também são formas de cuidado. Um cuidado que se situa no contexto da promoção da saúde e promoção da vida a fim de ampliarmos a vida e expandirmos as possibilidades e os modos de viver.



Ponte entre texto e vídeo:

Revendo o vídeo, quais os caminhos que podem ser adotados para a busca do projeto de felicidade de A&J nas unidades de saúde que realizam APS? Como tornar o indizível da Integralidade dizível, compreensível, visível, factível, compartilhado?

Dicas de filmes sobre a adolescência/juventude:

1. Mentas Perigosas

País de Origem: EUA

Direção: John N. Smith

2. Escritores da liberdade

País: EUA/Alemanha

Direção: Richard LaGravenese

3. Antes que termine o dia

País de origem: EUA

Dirigido por Gil Junger

4.P.S. Eu te amo

País de origem: EUA

Dirigido por Richard LaGravenese

5.Como fazer um filme de amor

País de origem: Brasil

Dirigido por José Roberto Torero

6. Alpha Dog

País de origem: EUA

Direção: Nick Cassavetes

7. Antes que o mundo acabe

País de origem: Brasil

Direção: Ana Luiza Azevedo

8. Dear Wendy

País de origem: Dinamarca/França/Inglaterra/Alemanha

Direção: Thomas Vinterberg

9. As melhores coisas do mundo

País de origem: Brasil

Direção: Laís Bodansky

Sugestões de Sites sobre adolescência e juventude:

<http://eraumavezuem.blogspot.com.br/> (blog sobre literatura infanto-juvenil (UEM – Maringá))

<http://www.adolescencia.org.br/adolescencia/default.asp> (site de ONG Campinas)

<http://www.fiocruz.br/jovem/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?tpl=home> (FIOCRUZ)

<http://www.direitosdacrianca.org.br/>

Síntese de recomendações específicas:

- *Trabalhar com a mesma faixa etária* para a organização de atividades para estes indivíduos/coletivos pode desempenhar grande valor prático;
- *A inter/transdisciplinaridade* propicia a troca de diferentes olhares, saberes e práticas e é sempre uma boa pedida, no planejamento, execução e avaliação das atividades;
- *Saber escutar e apreender as necessidades* é fundamental⁷. Mas não é uma atitude fácil, requer treino e atenção. Há processos que facilitam essa tarefa, como a territorialização, que possibilita o reconhecimento da região, a troca de experiências e informações com escolas, ONGs, associações de bairro, etc; e também conhecer a história daquela pessoa e de sua família.
- Organizar um *registro sistemático das atividades* ofertadas no serviço pode trazer mais subsídios para as avaliações e o planejamento e gestão em saúde;
- Propiciar o *estabelecimento de vínculos*. Para que haja trocas entre A&J e profissionais de saúde, *é essencial que eles se sintam seguros e acolhidos*. Para isso, é importante o *sigilo profissional* e locais que garantam *privacidade*, onde adolescentes podem se expressar sem constrangimentos. Locais arejados, limpos e agradáveis também podem ajudar, sobretudo no momento da aproximação, na tentativa de envolvimento do jovem com sua saúde e com as questões diretamente afetas. *Dividir o cuidado e a ocupação desses espaços de acolhimento com eles, sejam indivíduos ou grupos, pode qualificar as relações e articulações*
- Explicar sobre *a estrutura e o funcionamento do SUS* otimiza o uso do serviço e pode servir como convite para que os jovens sejam parte dos projetos desenvolvidos no serviço ou em parcerias;
- Trabalhar com *grupos* possibilita que se reconheçam questões comuns e soluções que apontem para além do pontual e do indivíduo. Metodologias problematizadoras associadas a técnicas de expressão corporal e terapias manuais podem ser uma boa estratégia, também

⁷ Ouvir a queixa ou o pedido expresso com atenção, questionar-se sobre o que pode estar motivando isso, qual a natureza da queixa, qual a relação com a história daquele adolescente/jovem, como foi feita aquela queixa, dar atenção a perguntas ou comentários que a princípio podem parecer desimportantes, ter como foco primeiro o sujeito que vem pedir atendimento, e não estritamente a tarefa ou o protocolo a ser cumprido.

porque são mais dinâmicas e lúdicas, mais atrativas e possibilitam a expressão de informações e manifestações que em uma consulta tradicional podem não ter lugar

- Proposta e roteiro de oficinas de treinamento em serviço para sensibilização/capacitação de aspectos destacados no item anterior, com base em atividades que tratem de situações concretas;

Caminhos:

Apresentamos, a seguir, algumas propostas e roteiros de oficinas, a que chamamos de “caminhos”, e têm por objetivo contribuir para momentos de reunião de equipe, educação permanente e treinamento em serviço a respeito dos aspectos destacados anteriormente. Poderão ser desenvolvidas pelo conjunto dos profissionais ou por aqueles que compõem sub-grupos para o atendimento dessa população. Cada caminho contempla uma temática específica e contém sugestões de atividades, metodologia de trabalho, estimativa de tempo para que a equipe se organize, menção aos conceitos teóricos abordados, possibilitando a sua consideração como uma unidade autônoma para o trabalho em equipe. Não obstante, a ordem em que os caminhos são enunciados oferece a possibilidade de crescente aprofundamento e instrumentalização com vistas a favorecer a atenção integral de A&J na atenção primária à saúde.

CAMINHO 1. ADOLESCÊNCIA E JUVENTUDE: PERCEPÇÕES E DEFINIÇÕES

Os passos

A – História coletiva sobre A&J usuários da UBS:

Roda de conversa inicial: pedir a cada profissional que escolham uma palavra com a qual relacionam A&J e a enunciem, de acordo com a sequência em que estão dispostos em roda. (10 min)

Construção da história coletiva: em seguida, os profissionais serão convidados a, coletivamente e sequencialmente, construir uma história sobre um(a) adolescente ou jovem usuário(a) daquele serviço de saúde, isto é, montar um personagem e narrar sua história. Para tanto, serão solicitados a empregar a palavra anteriormente escolhida na parte que lhes cabe desta narrativa. (20 min)

Identificação de elementos sobre A&J que emergem a partir da história: o coordenador disparará uma conversa com o objetivo de propiciar que os profissionais identifiquem na história narrada os elementos que mais chamam a atenção. Em seguida, proporá a construção de categorias, tendo em vista a identificação de noções típicas sobre a adolescência e juventude. Sugere-se que as categorias sejam expostas sequencialmente em um quadro ou por meio de tarjetas fixadas à uma superfície rígida, de modo que todos possam vê-las. (20)

B - Túnel do tempo – como eu (profissional de saúde) era na fase da adolescência e juventude?⁸

Neste momento, os profissionais serão convidados a sentar-se em silêncio e a refletir alguns instantes sobre suas próprias adolescências e juventudes, como eram, o que faziam e por que faziam. É interessante que o coordenador favoreça este momento ao fornecer calmamente orientações para pensarem na diminuição progressiva na idade dos profissionais até a adolescência e perguntando elementos que remetam a como era a vida de cada um nessa época, o que pensavam, como eram vistos, como nestas orientações e sequência de perguntas sugeridas:

Agora voltamos no tempo, como vocês eram há alguns anos atrás? O que faziam? Onde Estavam? E com 30 anos? 20 anos? 15 anos? 12 anos? (músicas prediletas, roupas usadas, como se relacionavam com os pais, o que pensavam da escola, se trabalhavam, o que pensavam da escola, como eram recebidos em serviços de saúde, etc).

Depois, sugere-se que o coordenador peça que pensem em situações que marcaram que pensassem em si mesmos enquanto A&J e depois quando passaram para a idade adulta.

Deverão, então, escolher uma palavra que represente um sentimento que era importante nessa época de suas vidas, escrevendo-a em um pedaço de papel, que será coletado em um recipiente. (15 min)

O coordenador lerá os sentimentos e perguntará aos participantes se estes se encaixam em alguma categoria e como ou se será necessário construir novas possibilidades, reorganizando o quadro com a participação de todos. (20 min)

C- Leitura:

Trecho da cartilha correspondente às caixas de texto “Definições: Adolescência e juventude” (laranja) e “Quais os limites da adolescência e da juventude?” (azul), p.15-17 (10 min).

D - Discussão em grupo sobre definições e percepções sobre a adolescência e juventude:

É recomendável que o coordenador busque aquecer a discussão apontando: as tipificações e os estereótipos, possíveis contradições em como vêem os A&J e como concebiam a si mesmos quando viveram essa fase da vida; as possíveis influências dessas noções para a montagem e condução dos trabalhos com A&J na unidade. (20 min)

⁸ Atividade baseada em dinâmica de grupo desenvolvida pela equipe do Programa de Atenção à Saúde na Adolescência do Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa FMUSP para reflexão no Grupo de Pais, com agradecimento especial à Eliana Mendes Gonçalves pelas orientações.

CAMINHO 2. ATENÇÃO À SAÚDE DE ADOLESCENTES E JOVENS SOB A PERSPECTIVA DA INTEGRALIDADE: CENAS E OLHARES SOBRE O CUIDADO.

Apresentamos a seguir um caso de uma gestante adolescente e algumas sugestões de atividades para favorecer reuniões ou oficinas de equipes de trabalhadores da saúde envolvidos com A&J.

Os passos

A – Leitura individual (10 min):

Aline, 16 anos, feminino, parda, estudou até a 6ª série do ensino fundamental, habitante de área de comunidade na região oeste de São Paulo. Ela está gestante, em terceiro trimestre; frequenta regularmente as consultas de pré-natal e atividades do Programa de Adolescentes da UBS de seu bairro.

A equipe de saúde da UBS está preocupada porque consulta após consulta constatam que Aline está ganhando menos peso do que o previsto tem uma anemia importante, refere náuseas, vômitos, apesar de serem seguidas todas as rotinas do pré-natal (conforme protocolos do Ministério da Saúde e da prefeitura de São Paulo). Outros parâmetros do pré-natal como a altura uterina, os batimentos cardíacos fetais, a movimentação fetal e o ultrassom obstétrico são normais. Os exames sorológicos são todos negativos.

Aline parou de estudar e tem apenas vontade de dormir. Parece sempre muito desanimada, dependente de sua mãe para cuidar de si mesma na gravidez, sem planos de como será vida após o parto e sua maternidade. Terminou o namoro com o pai da criança, também adolescente e que ela descreve como “muito legal”, porque não estava mais “a fim”. Aline é a mais nova de uma família de 11 pessoas, com quem mora em uma área de favela. Com alguns ela relata ter bom relacionamento e com outros, nem tanto. A maior parte dos membros da família trabalha ou estuda.

A equipe de saúde sabe que um pouco antes do diagnóstico de gestação Aline esteve desaparecida de casa durante dois dias e quando foi encontrada tinha alguns cortes profundos. Ela refere que foi assaltada. A menina e sua família vêm sendo acompanhadas pela Vara da Infância e da Adolescência, que até o momento não constatou ou descartou violência. Os profissionais de saúde que atendem Aline suspeitam de que existe algo referente ao episódio do “sumiço” ou à sua vida familiar e social que se relaciona com maneira como essa gestação parece difícil para ela, tentam abordar esses temas nas atividades do programa de adolescentes e no pré-natal, mas a menina foge ao assunto. Sua mãe, Sandra, pede constantemente o apoio da UBS e busca favorecer esses momentos de conversa, saindo do consultório sempre que isso é solicitado.

Aline faltou a uma consulta agendada. Uma técnica de enfermagem ligou para saber o motivo e ficou sabendo que ela esteve internada por 3 dias, devido à fraqueza e anemia, mas já voltou para casa. A menina é convocada para consulta de pré-natal no dia seguinte.

B- Imaginem e conversem sobre a cena do atendimento de pré-natal por vir (15 min):

- como é o espaço físico?
- quem são as pessoas que participam? Como cada uma participa?
- o que está acontecendo?
- como cada uma das personagens que participam da cena enxerga o que está acontecendo?

C- Se possível, montem, interpretem e discutam a cena (15 -25min).**D - Agora que vocês já trabalharam com a criação da cena do atendimento, leiam o caso de Aline, na íntegra (individual, 20 min).**

Aline, 16 anos, feminino, parda, estudou até a 6ª série do ensino fundamental, habitante de área de comunidade na região oeste de São Paulo. Ela está gestante, em terceiro trimestre; frequenta regularmente as consultas de pré-natal e atividades do Programa de Adolescentes da UBS de seu bairro.

A equipe de saúde da UBS está preocupada porque consulta após consulta constatam que Aline está ganhando menos peso do que o previsto, tem uma anemia importante, refere náuseas, vômitos, apesar de serem seguidas todas as rotinas do pré-natal (conforme protocolos do Ministério da Saúde e da prefeitura de São Paulo). Outros parâmetros do pré-natal como a altura uterina, os batimentos cardíacos fetais, a movimentação fetal e o ultrassom obstétrico são normais. Os exames sorológicos são todos negativos.

A equipe de saúde sabe que um pouco antes do diagnóstico de gestação, Aline esteve desaparecida de casa durante dois dias e quando foi encontrada tinha alguns cortes profundos, em região de coxas e na frente. Ela refere que foi assaltada. A menina e sua família vêm sendo acompanhadas pela Vara da Infância e da Adolescência, que até o momento não constatou ou descartou violência. As suspeitas recaem principalmente sobre o seu pai, alcoolista, que já tinha agredido sua mãe e naquele momento estava desempregado. Outra suspeita era o seu namorado, ou até mesmo que Aline estivesse envolvida em situação de exploração sexual.

Sua mãe, Sandra, estava assumindo papel importante em relação ao cuidado de Aline, deixando inclusive um de seus dois empregos para poder ficar mais perto da filha, apesar disso diminuir a renda do domicílio. Preocupava-se com sua anemia e tentava empregar conhecimentos populares como comidas com muito feijão e beterraba, cozidas em panela de ferro, para ajudar. Sandra pede constantemente o apoio da UBS e busca favorecer esses momentos de conversa, saindo do consultório sempre que isso é solicitado.

Os profissionais de saúde que atendem Aline suspeitam de que existe algo referente ao episódio do “sumiço” ou à sua vida familiar e social que se relaciona com maneira como essa gestação parece difícil para ela, tentam abordar esses temas nas atividades do programa de adolescentes e no pré-natal, mas a menina foge ao assunto. Também abordavam ativamente seus desejos em relação à maternidade, chegando a questionar ativamente se a menina queria cuidar dessa criança ou preferia a opção de dar para a adoção.

O caso mobilizou muito a equipe, que, aos poucos, através de reuniões de supervisão, consulta ao prontuário família, pedido de visita domiciliar da agente comunitária de saúde, junta as seguintes informações: Aline parou de estudar e tem apenas vontade de dormir. Aparenta sempre muito desânimo, dependente de Sandra para cuidar de si mesma na gravidez, sem planos de como será sua maternidade. Terminou o namoro com o pai da criança, antes de saber que estava grávida, apesar dele ser “muito legal”. Depois namorou quase toda a gravidez com outro rapaz, mas terminou porque não estava mais “a fim”. Aline é a mais nova de uma família de 11 pessoas, com quem mora em uma área de favela. Com alguns ela relata ter bom relacionamento e com outros, nem tanto. Os agentes comunitários de saúde trazem a informação de que, provavelmente o que aconteceu para originar os cortes dos dias do sumiço foi uma briga entre ela e uma das irmãs, tendo como motivo um rapaz.

Aline faltou a uma consulta agendada. A técnica de enfermagem telefonou para saber o motivo e ficou sabendo que ela esteve internada por 3 dias, devido à fraqueza e anemia, mas já voltou para casa. A menina é convocada para consulta de pré-natal no dia seguinte.

Quando a menina comparece à consulta continua agindo como se nada importasse (a gestação, a futura maternidade, sua vida e seu futuro, sua anemia, sua família, o fim de seu namoro, estar fora da escola). A médica estava preocupada com tudo isso e, neste momento, particularmente com a segurança do final de sua gestação e do parto. Sabia que tentar entender o que se passava com ela era a chave do caso e talvez permitisse que ela se engajasse em seu cuidado. Então, pediu para Sandra que aguardasse lá fora e resolveu abordar tudo o que ela própria e outros integrantes da equipe já tinham tentado perguntar diretamente (mas formalmente), ou usando um instrumento para registro dos depoimentos dos adolescentes, de maneira diferente: bem solta, numa conversa informal, não registrada na hora, mas apenas depois. A adolescente consentiu em participar dessa conversa e foram surgindo algumas informações sobre sua situação de vida e familiar:

Aline contou que tem o apoio principalmente da mãe e de uma das irmãs. Nem todo mundo apoiou sua gravidez, relata particularmente os xingamentos do pai, acerca de sua moral, ainda que outras irmãs e irmãos tenham tido filhos na adolescência e tangencia o desentendimento com uma das irmãs. A maior parte das pessoas de casa trabalha (seu pai estava desempregado, mas acabara de conseguir um emprego) e não estão estudando no momento. Ela própria teve que sair da escola por causa da gravidez, mas nega preconceito dos colegas ou represália em casa. Em relação à religião, conta que cada um tem a sua, mas isso não gera conflito entre eles. Questionada sobre a raça de cada um, relata que todo mundo em casa tem “variações entre moreno e branco, a depender de se puxaram mais da mãe ou do pai”, mas isso tampouco gera problemas entre eles.

A narrativa mais importante trazida por Aline neste dia foi a de que o seu primeiro namorado, de quando tinha 13 anos, foi o grande amor de sua vida, e que ele havia morrido, assassinado pelo tráfico de drogas: “ele era bandido e eu não sabia”. Ainda sente sua falta.

A médica pode perceber que a menina ainda não contou tudo, mas o suficiente para permitir que a equipe conhecesse quem ela é, entender porque nada fazia sentido naquele momento e, por fim, ganhar a paciente não apenas para o serviço, mas para seu próprio cuidado (seu vínculo com a equipe era razoável, mas não se deixava cuidar e não participava). Talvez o compartilhamento da consciência de que o seu "projeto de felicidade" estava desfeito tenha ajudado a dar um novo sentido a algumas de suas experiências e também à relação entre paciente e equipe. Ao final da conversa, paciente e médica ficaram satisfeitas com o que tinham alcançado e combinaram os próximos passos. Depois disso, tudo começou a dar mais certo: a gestante adolescente aderiu melhor ao tratamento da anemia; identificou seu medo do parto e foi conhecer a maternidade, etc.

Após o nascimento de Gabriel, um menino saudável, na consulta de puerpério, a equipe notou que Aline estava, por um lado, orgulhosa do parto e do filho, aliviada também, mas ainda delegando muito do cuidado de si própria e do filho à sua mãe. O pai da criança já tinha sido avisado do nascimento do filho e feito uma primeira visita, mas ainda não falara nada sobre registrar a criança e ela não sabia se tentaria exigir ou não. Por isso, a conversa também abrangeu direitos da paciente e de seu filho, além de seus planos para o futuro: cuidar do filho com o apoio da mãe e da irmã, voltar a estudar e talvez trabalhar como cabelereira (um de seus sonhos antigos). Não estava com vontade de namorar novamente tão logo, mas queria saber de contracepção, o que foi trabalhado nessa data e no seguimento da adolescente.

E - Para conversar a respeito do caso de Aline, sugerimos o emprego do seguinte roteiro de perguntas e a consideração do quadro conceitual da integralidade e do cuidado (Cartilha p. 25-26), como apoio (1 hora).

- 1- Para os profissionais de saúde, Aline é uma gestante adolescente com baixa adesão ao Pré Natal e que apresenta alguns problemas clínicos, além de viver em situação sócio-cultural delicada. Para Aline, sua vida está sem sentido desde a morte de seu primeiro namorado. Discutam os desafios que essa diferença de perspectivas traz para o cuidado de Aline, centrando particularmente nos eixos das necessidades e das finalidades.
- 2- Na redação do caso são apontadas algumas características sócio-econômicas de Aline e sua família.
 - a) Considerando os A&J da área adscrita à Unidade Básica de Saúde em que vocês trabalham, discutam se estes têm características em comum com Aline.
 - b) Caso exista o objetivo de conhecer melhor o perfil dos adolescentes do território da UBS, que procedimentos poderiam ser adotados?
 - c) Qual é a importância de traçar um diagnóstico de saúde da comunidade com vistas à integralidade?

- 3- O relato do caso de Aline permite identificar características de sua família, bem como algumas relações estabelecidas entre ela e familiares. Como exercício, por favor, esboçam um familiograma⁹ para o caso e discutam como este instrumento pode favorecer o trabalho em saúde.
- 4- A violência contra adolescentes, particularmente contra as meninas, é um tema importante. Discutam como profissionais de saúde devem proceder para a investigação e abordagem do tema, considerando inclusive as questões de legislação.
- 5- Sobre a organização do trabalho no caso de Aline, responda:
 - a) quais são os profissionais de saúde envolvidos no cuidado de Aline? Como cada um participa deste cuidado? Existe integração entre os trabalhos e a constituição de uma equipe? Outros profissionais poderiam ser envolvidos? Quais?
 - b) O relato aborda a utilização de alguns instrumentos de trabalho. Identifiquem os instrumentos, seus potenciais e maiores limites; apontem se existem outros instrumentos que poderiam ser utilizados.
- 6- Como vocês descreveriam o tipo de interação estabelecida entre Aline (e sua mãe) e os integrantes da equipe de saúde? Pensando a respeito desta questão, discutam a forma de interação que estabelecem com os usuários adolescentes que frequentam a UBS.
- 7- A história de Aline envolve serviços de diferentes setores. Identifiquem os setores e discutam se houve articulação e qual sua importância para a integralidade.

⁹ Ver glossário

CAMINHO 3. ADOLESCÊNCIA, JUVENTUDE E DIREITOS EM SAÚDE

O capítulo “Legislação e a Saúde do Adolescente”, escrito por Lucília Nunes da Silva e Fernanda Fernandes Ranña para o Manual de Atenção à Saúde do Adolescente (Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, 2006, p. 33-39), traz informações referentes aos direitos em saúde de adolescentes, cujo conhecimento é importante para os profissionais que trabalham com essa população. O texto, baseado principalmente no documento *Marco Legal – saúde, um direito de adolescentes*, do Ministério da Saúde, e no *Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA*, é sugerido para embasar reunião de equipe sobre o tema.

Vale dizer que a reunião de equipe pode ser composta por todos os trabalhadores do serviço ou especificamente por aqueles que trabalham com **A&J**, entre outros arranjos.

Os passos

A - Levantamentos iniciais em discussão plenária (15 min)

- a) do que consideram ser direito dos adolescentes nos serviços de saúde;
- b) das dúvidas que têm a respeito;
- c) das referências que conhecem para maior aprofundamento no tema.

B - Leitura individual do texto (30 minutos) que encontra se a seguir.

C - Divisão do grupão em número par de grupos (com número de participantes dependente do tamanho da equipe).

A metade dos grupos trabalhará com **a** e a outra metade com **b** (15min):

- a) a identificação de exemplos de situações de práticas de saúde em que houve contemplação dos adolescentes aos seus direitos
- b) a identificação de exemplos de situações de práticas de saúde em que houve limites do acesso dos adolescentes aos seus direitos.

D - Discussão nos dois subgrupos, com base nos exemplos escolhidos, de quais são aspectos das práticas em saúde do adolescente que favorecem ou dificultam o acesso e o exercício de seus direitos (15 min).

E - De volta à plenária.

Discutir qual é a relação entre direitos e integralidade nas práticas de cuidado em saúde, com base nos relatos de exemplos escolhidos e conclusões sobre quais são os aspectos das práticas que favorecem ou dificultam o exercício dos direitos dos adolescentes em relação à saúde, bem como esclarecimento das dúvidas levantadas no passo A (30 min).

F - Propostas práticas de instrumentos e estratégias que podem ser utilizadas pela UBS de vocês para favorecer o acesso dos adolescentes aos direitos (15 min).

Segue abaixo o capítulo “Legislação e a Saúde do Adolescente”, do Manual de Atenção à Saúde do Adolescente – SMS/SP¹⁰, como sugestão para leitura.

LEGISLAÇÃO E A SAÚDE DO ADOLESCENTE

Lucília Nunes da Silva
Fernanda Fernandes Ranña

A legislação brasileira contempla a atenção integral à saúde dos adolescentes em várias leis, que devem ser do conhecimento de todos os profissionais que se propõem a trabalhar com esses jovens. As principais serão descritas neste capítulo.

É importante salientar que, ao longo do texto abaixo, encontram-se vários trechos extraídos do documento “Marco Legal”, do Ministério da Saúde, que foram mantidos em sua íntegra, a fim de garantir a fidedignidade e precisão das informações nele contidas.

ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE – ECA

O Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA - (Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990) é um marco e um divisor de águas na história recente da cidadania de meninos e meninas no Brasil. Ele substituiu o Código de Menores (Lei nº 6.697, de 10/10/1979) que se circunscrevia às crianças e aos adolescentes em situação irregular, e ditou regras e normas durante 10 anos. Entretanto, sua presença cultural – termos, vícios de linguagem, visão estrutural das instituições – ainda perdura, impedindo que a própria sociedade reconheça os direitos e deveres das crianças e dos adolescentes.

O ECA passa a reconhecer todas as crianças e todos os adolescentes como sujeitos de direitos nas diversas condições sociais e individuais. Segundo tal estatuto a condição de pessoa em desenvolvimento não retirada criança e do adolescente o direito à

¹⁰São Paulo (Cidade). Secretaria da Saúde. Manual de atenção à saúde do adolescente./ Secretaria da Saúde. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde-CODEPPS. São Paulo: SMS, 2006. 328p. Disponível em <http://>

inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral, abrangendo a identidade, a autonomia, os valores e as idéias, o direito de opinião e expressão, de buscar refúgio, auxílio e orientação.

O Estatuto da Criança e do Adolescente não se resume a um conjunto de leis isoladas. Sua proposta é muito mais ampla porque prevê a criação de uma rede de atendimento, caracterizada por ações integradas.

Dessa rede, fazem parte as organizações governamentais e não-governamentais, os movimentos sociais, comunidades locais, grupos religiosos, entidades nacionais, organismos internacionais, categorias de trabalhadores e a própria população. Todos devem participar da discussão dos problemas locais, formulando propostas, negociando, optando pela melhor política a ser desenvolvida e, principalmente, oferecendo serviços.

Para garantir a criação desta rede, o Estatuto estipula a implantação, em cada município brasileiro, de órgãos que têm a responsabilidade de assegurar o cumprimento das políticas públicas voltadas à criança e ao adolescente. São eles: o Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente e os Conselhos Tutelares.

O acesso da criança e do adolescente à justiça também é reformulado a partir do Estatuto, criando-se a Justiça da Infância e Juventude no âmbito dos Poderes Judiciários Estaduais, além de mecanismos e procedimentos próprios de proteção judicial e extrajudicial dos interesses individuais, difusos e coletivos das crianças e adolescentes.

Crianças e adolescentes tornam-se sujeitos de direito e deveres civis, humanos e sociais previstos na Constituição e em outras leis. Passam a ser considerados cidadãos em desenvolvimento, tendo o seu universo protegido (doutrina da proteção integral).

Estabelece os direitos referentes à saúde, à educação, à alimentação, à informação, ao lazer, ao esporte, dentre outros. Determina a obrigatoriedade de pais e responsáveis matricularem seus filhos e acompanharem sua frequência e seu aproveitamento escolar. Amplia e divide a responsabilidade pelo cumprimento de direitos e deveres entre a família, a sociedade e o Estado, tornando-os responsáveis.

Decorrente dessa nova forma de considerar os adolescentes, foi promulgada uma lei municipal que proíbe o uso da palavra “menor” na descrição de projetos e atividades inseridos no Orçamento Programa Anual do Município de São Paulo (Lei nº 13.187, de 16 de outubro de 2001).

Direitos e Deveres

A questão dos direitos e deveres da criança e do adolescente, pela primeira vez na história brasileira, tem prioridade absoluta, e a sua proteção é dever da família, da sociedade e do Estado.

Contudo, é comum verificar que muitas pessoas acreditam somente na existência dos direitos das crianças e dos adolescentes. O grande mérito do Estatuto foi transformar crianças e adolescentes em cidadãos sujeitos de direitos e deveres, estabelecendo regras de prioridade absoluta das políticas públicas.

Código de Menores

Não havia distinção entre crianças e adolescentes. Todo indivíduo com idade inferior a 18 anos era considerado “menor” e, portanto, sujeito ao Código de Menores.

Crianças e adolescentes não eram considerados sujeitos de direitos; eram tratados pela Legislação como seres “inferiores”, objetos tutelados pela lei e pela justiça. O Código de Menores dispunha sobre a assistência, proteção e vigilância da criança e/ou do adolescente que se encontrasse abandonado, exposto, carente ou que apresentasse desvio de conduta.

O Poder Judiciário era a única instância que controlava as omissões e os abusos. De acordo com o ECA, a intervenção tanto da polícia quanto da justiça, passou a ser permitida somente em situações em que ocorre ato infracional contra a lei criminal. Também ficou impossibilitada a privação de liberdade do adolescente sem o devido processo legal.

Estabeleceu tipos penais aos atos praticados contra crianças e adolescentes, por ação ou omissão, e determinou medidas específicas aplicáveis a pais ou responsáveis na hipótese de maus-tratos, opressão ou abuso sexual. Anteriormente não existiam medidas específicas aplicáveis a pais ou responsáveis em situações de maus-tratos, opressão ou abuso sexual.

A LEI DE DIRETRIZES E BASES DA EDUCAÇÃO NACIONAL

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei nº 9.394, de 20/12/1996) estabelece a incumbência da União Federal na elaboração do Plano Nacional de Educação, outorgando ao Conselho Nacional de Educação funções normativas e de supervisão.

Os Parâmetros Curriculares Nacionais incluem o tema Educação para a Saúde como obrigatório, a ser tratado de forma transversal por todas as áreas, incluindo tópico especial para a questão da orientação sexual. A reformulação das diretrizes educacionais em 1996 harmonizou-se com o novo conceito de saúde conectado ao social e refletiu a preocupação e a estratégia de reduzir a gravidez não planejada, a Aids e outras doenças sexualmente transmissíveis na adolescência.

AS LEIS ORGÂNICAS DA SAÚDE

As Leis Orgânicas da Saúde (Lei nº 8.080, de 19/09/1990 e Lei nº 8.142, de 28/12/1990) regulamentaram o artigo constitucional que criou o Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo a saúde como um direito de todos. A gestão do SUS é complementada pelas Normas Operacionais Básicas (NOB), diversas portarias e normas técnicas, expedidas pelo Ministério da Saúde, e resoluções do Conselho Nacional de Saúde, no âmbito da União.

Os estados, os municípios e o Distrito Federal possuem igualmente competência para gerir o sistema em seu âmbito administrativo. Dessa forma, a ausência de uma norma federal, por exemplo, específica para o atendimento do adolescente nos serviços de planejamento familiar, não impede que em nível estadual e/ou municipal o mesmo seja regulado, respeitados os limites da legislação federal (vide anexo: Lei Estadual nº 11.976, de 25 de agosto de 2005, e Portaria Municipal nº 527, de 20 de agosto de 2004).

A LEI ORGÂNICA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL

A Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS - (Lei nº 8.742/93) - regulamenta o direito constitucional à assistência social do Estado, independente de contribuição, e expressamente garante a proteção especial à adolescência e o amparo aos adolescentes carentes. Garante um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência que comprove não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família. As ações governamentais nessa área são realizadas com recursos do orçamento mediante programas especiais.

O enfrentamento da pobreza é um dos maiores problemas nacionais que reflete diretamente na saúde do adolescente, aumentando a vulnerabilidade e retirando dos jovens as oportunidades de construção de uma vida digna.

Na definição das linhas de ação para o atendimento da criança e do adolescente, o Estatuto da Criança e do Adolescente destaca as políticas e programas de assistência social, determinando o fortalecimento e ampliação de benefícios assistenciais e políticas compensatórias como estratégia para redução dos riscos e agravos de saúde dos jovens.

Esses são os novos marcos ético-legais que devem nortear as políticas nacionais de atenção à saúde dos jovens no Sistema Único de Saúde.

LIMITAÇÃO LEGAL PARA O EXERCÍCIO DE DIREITOS E ATENDIMENTO DO ADOLESCENTE

Um dos pontos mais controvertidos no dia a dia dos profissionais que atendem A&J são as diversas limitações legais para o exercício pessoal de direitos, fixados pela lei civil e penal.

Todas as legislações, seguindo a recomendação internacional, fixam faixas etárias ou condições para o seu exercício, considerando a idade, a saúde ou o desenvolvimento intelectual de determinadas pessoas, com o fim de protegê-las.

No direito brasileiro foram fixados diversos limites etários. A existência de diversas limitações etárias, para os adolescentes exercerem seus direitos, causa perplexidade e dificuldades para os profissionais de saúde no atendimento da população adolescente, criando receios do ponto de vista ético e legal.

Atender um adolescente que tenha menos de 14 anos de idade e que esteja desacompanhado é uma questão que provoca muitas dúvidas nos profissionais da área de Saúde.

O direito à saúde constitui um direito humano fundamental, um direito tutelar que exclui qualquer outra norma que demonstre prejudicial ao bem juridicamente tutelado à saúde da pessoa humana.

O Estatuto da Criança e do Adolescente, que consolida os direitos básicos da população infantojuvenil, em seu artigo 1º, claramente dispõe a doutrina da proteção integral, determinando a natureza tutelar dos direitos ali elencados, que predominarão sobre qualquer outro que possa prejudicá-lo.

Dessa forma, qualquer exigência, como a obrigatoriedade da presença de um responsável para acompanhamento no serviço de saúde, que possa afastar ou impedir o exercício pleno do adolescente de seu direito fundamental à saúde e à liberdade, constitui lesão ao direito maior de uma vida saudável.

Caso a equipe entenda que o usuário não possui condições de decidir sozinho sobre alguma intervenção em razão de sua complexidade, deve, primeiramente, realizar as intervenções urgentes que se façam necessárias, e, em seguida, abordar o adolescente de forma clara sobre a necessidade de que um responsável o assista e o auxilie no acompanhamento.

A resistência do adolescente em informar determinadas circunstâncias de sua vida à família é uma dificuldade que deve ser enfrentada pela equipe de saúde, preservando sempre o direito do adolescente em exercer seu direito à saúde. Dessa forma, recomenda-se que, havendo resistência fundada e receio de que a comunicação ao responsável legal, implique em afastamento do usuário ou dano a sua saúde, se aceite pessoa maior e capaz indicada pelo adolescente para acompanhá-lo e auxiliar a equipe de saúde na condução do caso, aplicando-se analogicamente o princípio do art. 142 do ECA:

“Os menores de dezesseis anos serão representados e os maiores de dezesseis e menores de vinte e um anos assistidos por seus pais, tutores ou curadores, na forma da legislação civil ou processual”.

SIGILO PROFISSIONAL

É vedado aos profissionais:

Art. 154: Revelar a alguém, sem justa causa, segredo de que tenha ciência, em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem. Pena: detenção de três meses a um ano (Código Penal Brasileiro).

Considerando que a revelação de determinados fatos para os responsáveis legais pode acarretar consequências danosas para a saúde do jovem e a perda da confiança na relação com a equipe, o Código de Ética Médica não adotou o critério etário, mas o do

desenvolvimento intelectual, determinando expressamente o respeito à opinião da criança e do adolescente, e à manutenção do sigilo profissional, desde que o assistido tenha capacidade de avaliar o problema e conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo.

É vedado ao médico:

Art. 103: Revelar segredo profissional referente a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-los, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente (Código de Ética Médica).

Art. 107: Deixar de orientar seus auxiliares e de zelar para que respeitem o segredo profissional a que estão obrigados (Código de Ética Médica).

Considerando as dificuldades para o enfrentamento de algumas questões, recomenda-se:

- que a equipe médica busque sempre encorajar o adolescente a envolver a família no acompanhamento dos seus problemas, já que os pais ou responsáveis têm a obrigação legal de proteção e orientação de seus filhos ou tutelados;
- que a quebra de sigilo, sempre que possível, seja decidida pela equipe de saúde juntamente como adolescente e fundamentada no benefício real para a pessoa assistida, e não como uma forma de “livrar-se do problema”.

COMUNICAÇÃO OBRIGATÓRIA DE FATOS QUE CONSTITUAM CRIMES

O Estatuto da Criança e do Adolescente considera infração administrativa os casos em que o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental deixar de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos e/ou negligência contra a criança e o adolescente (Art. 245 – ECA).

A norma que obriga esta comunicação busca prevenir danos maiores à vítima e à segurança pública. Tal procedimento deve ser discutido com a equipe e revestido das cautelas necessárias de modo a garantir:

- que o fato realmente constitua uma violação de direito;
- a proteção máxima do adolescente;
- o estabelecimento de um vínculo de confiança entre a equipe e a vítima;
- absoluta segurança para o usuário revelar aos profissionais aspectos íntimos de sua vida;
- o acolhimento, prevenção e tratamento dos envolvidos nos fatos.

A comunicação deve ser dirigida ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais que se façam necessárias, como o encaminhamento para exame de corpo delito da vítima ou o registro da ocorrência junto à autoridade policial. Pode ainda a denúncia ser encaminhada ao Juiz ou à Promotoria da Infância e da Juventude.

Se for certo que a equipe de saúde deve apurar corretamente os fatos e buscar o consentimento e a participação do adolescente para desencadear as providências legais, reconhecemos que não é tarefa fácil.

Por isso, recomenda-se a atuação integrada e conjunta do setor de Saúde com os Juizados e Promotorias da Criança e Adolescente e Conselhos Tutelares, buscando estabelecer um consenso saúde/justiça/segurança quanto à conduta que os profissionais devem adotar diante de determinados fatos. Iniciativas locais dessa natureza viabilizarão uma melhor assistência, reduzindo a resistência e o medo dos profissionais de se envolverem em questões judiciais.

A comunicação sem as devidas cautelas pode trazer sérias conseqüências para a própria vítima, afastando-a definitivamente dos serviços de saúde.

SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

O Plano de Ação da Conferência Mundial de População e Desenvolvimento (Cairo, 1994), que introduziu na normativa internacional o conceito de direitos reprodutivos, inseriu os adolescentes como sujeitos que deverão ser alcançados pelas normas, programas e políticas públicas.

Em 1999, a ONU realizou um processo de revisão e avaliação da implementação do programa (Cairo+5), avançando nos direitos dos jovens. Na revisão do documento, deixou de ser incluído o direito dos pais em todas as referências aos adolescentes, garantindo o direito dos adolescentes à privacidade, ao sigilo, ao consentimento informado, à educação, inclusive sexual no currículo escolar, à informação e assistência à saúde reprodutiva.

O Comitê de Direitos da Criança traçou recomendação específica (Recomendação Geral nº 4, de 6 de junho de 2003) sobre o direito à saúde dos adolescentes, fixando o alcance dos princípios da Convenção Internacional dos Direitos da Criança e as obrigações dos estados em promovê-lo.

O Comitê destaca a recomendação internacional do direito à preservação da autonomia, do sigilo e da privacidade do adolescente (menores de 18 anos) e ao seu acesso aos serviços de saúde, independente da anuência ou presença dos pais e responsáveis, para o enfrentamento das suas questões, inclusive sexual e reprodutiva; e o direito do adolescente não ser discriminado em razão de alguma deficiência física, mental, sorológica (HIV/AIDS) ou por questões de sexo, orientação sexual e estilo de vida.

No plano normativo nacional, possuímos algumas leis que tratam do tema, relacionadas a seguir.

A Lei n.º 6.202/1975 estabelece que a gestante estudante tem direito a receber o conteúdo das matérias escolares em casa a partir do oitavo mês de gestação e durante os três meses após o parto, podendo, de acordo com indicação médica, esse período ser prolongado. A prestação dos exames escolares é garantida por “regime de exercícios domiciliares” e seu aproveitamento escolar poderá ser aferido por meio de trabalhos feitos em casa.

A Constituição Federal Brasileira garante a licença à gestante, sem prejuízo do emprego e do salário, com duração de 120 dias; a licença paternidade pelo período de cinco dias, a contar do dia do nascimento do filho; o direito ao recebimento do salário família, de acordo com o número de filhos.

A Lei n.º 9.263/1996 (planejamento familiar) regula um conjunto de ações para a saúde sexual e saúde reprodutiva. Não trata a nova lei expressamente sobre a saúde sexual e saúde reprodutiva dos adolescentes, o que não constitui uma barreira para o acesso aos serviços de saúde; ao contrário, é direito do adolescente o atendimento integral e incondicional, decorrente dos princípios e diretrizes adotados pela Constituição Federal, pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, pelo Sistema Único de Saúde e pela própria lei sobre o tema.

A única restrição estabelecida na lei é para a realização da esterilização cirúrgica nas pessoas menores de 25 anos com menos de dois filhos. Importante destacar que, a respeito do controle de doenças sexualmente transmissíveis na população adolescente, o Conselho Federal de Medicina, por meio do Ofício CFMn.º 2.797/1998, em resposta à solicitação da Coordenação Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde, registrou parecer baseado nos dispositivos do Estatuto da Criança e do Adolescente, do Código de Ética Médica, da Convenção Internacional dos Direitos da Criança e na realidade epidemiológica e sociopsicológica brasileira, recomendando que:

- No caso de crianças de zero a 12 anos incompletos, o teste e a entrega dos exames anti-HIV sejam realizados somente na presença dos pais ou responsáveis;

- No caso de adolescente de 12 a 18 anos, após uma avaliação de suas condições de discernimento, fica restrita à sua vontade a realização do exame, assim como a participação do resultado a outras pessoas.

A Norma Técnica expedida no ano de 1999 pelo Ministério da Saúde para “Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes”, revisada e ampliada em 2005, regulamentou o atendimento ao aborto legal por meio do Sistema Único de Saúde, dando cumprimento à Resolução do Conselho Nacional de Saúde (Resolução n.º 258, de 6/11/1997) e o artigo 128 do Código Penal que autoriza o aborto nos casos de gravidez resultante de violência sexual. O serviço proposto na Norma Técnica não se limita à realização do aborto, mas executa atendimento amplo de todos os agravos resultantes de violência sexual.

A Norma Técnica prevê a autorização do representante legal da adolescente apenas para os casos de aborto. Recomenda-se que, caso ocorra divergência entre a vontade da vítima e do seu responsável legal, deve prevalecer a vontade da adolescente. Porém, considerando o grau de complexidade da questão, a equipe deve encaminhar o caso para o Conselho Tutelar ou Promotoria da Infância e Juventude que deverão, por intermédio do devido processo legal, solucionar o impasse.

O Código Penal Brasileiro, quando trata o Código Penal dos crimes contra a liberdade sexual e integridade física da pessoa, que inadequadamente denomina Crimes Contra os Costumes (crime de estupro, atentado violento ao pudor, sedução de menores, rapto), agrava a pena do infrator quando a vítima encontra-se na faixa etária de 14 a 21 anos, e presume crime qualquer ato sexual com menor de 14 anos, constituindo um critério etário para decidir sobre o exercício da sexualidade.

Nos casos de gravidez em pessoa menor de 14 anos, em princípio, é permitida a realização do aborto em razão da presunção de violência e agravando a pena nos casos de crimes de estupro ou atentado violento ao pudor, quando a vítima estiver na faixa etária de 14 a 18 anos. A jurisprudência vem reduzindo o rigor do dispositivo, desde que fique comprovado o discernimento do adolescente para consentir a prática do ato sexual.

O início da vida sexual dos adolescentes tem se tornado cada vez mais precoce. É importante que o profissional avalie o contexto no qual o adolescente está inserido e considerar sua solicitação. Se um adolescente procura um serviço de saúde com alguma questão relacionada a sua vida sexual, é importante que ele seja acolhido, ouvido e atendido (por exemplo: disponibilização de contraceptivos) mesmo que ele tenha menos do que 14 anos de idade e que não esteja acompanhado por um responsável (vide anexo Portaria 527/04 - SMS). Além disso, esse adolescente também deve ser convidado a participar de algum programa específico para essa faixa etária na Unidade de Saúde, para que tenha um espaço no qual possa discutir de forma mais ampla essa sua etapa de vida e as demandas correspondentes.

As questões de saúde dos adolescentes, muitas vezes não estão relacionadas com patologias e sim com a organização de sua vida nos aspectos biopsicossociais. A saúde sexual e reprodutiva do adolescente causa tanta controvérsia porque os tabus que envolvem o sexo ainda estão muito arraigados em nossa cultura. Toda aparente liberação da prática sexual ainda carrega conceitos arcaicos sobre o direito ao exercício da vida sexual de cada um.

O profissional de saúde deve tomar cuidado para não permear suas ações com crenças pessoais, impedindo o acesso do adolescente ao atendimento que lhe seja necessário. Deve ser feita uma avaliação sobre o nível de vulnerabilidade a que esse adolescente esteja exposto. A ação do profissional de saúde não deverá aumentar essa vulnerabilidade. Se o profissional não se sentir seguro para tomar uma decisão individualmente, é aconselhável que o faça após discutir com a equipe de trabalho. E se a situação for muito delicada e gerar muitas dúvidas, a equipe pode buscar ajuda com o Conselho Tutelar e/ou Vara da Infância.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Marco Legal: Saúde, um Direito de Adolescentes. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2005.
2. Leis: ver anexos.

AGRADECIMENTO

Especial agradecimento a Dra. Miriam Ventura, autora do texto “Marco Legal: Saúde, um direito do adolescente”, pela sua luta incansável para garantir os direitos humanos, especialmente dos adolescentes.

CAMINHO 4. ADOLESCÊNCIA, VULNERABILIDADE E PRÁTICAS DE SAÚDE¹¹

Os passos

A – contato inicial com os conceitos de risco e vulnerabilidade (leitura conjunta, 15 min)

A epidemiologia, muitas vezes colocada em segundo plano ou não abordada nos serviços é extremamente importante no cuidado em saúde, pois é uma grande ferramenta para a orientação da prática efetiva, ao direcionar atenção para as demandas da comunidade.

Segue abaixo um quadro comparativo de três conceitos epidemiológicos, adaptado de Ayres e colaboradores (2009), amplamente usados na elaboração de estratégias de prevenção, pensado inicialmente sobre o recorte de HIV/Aids (Quadro 1), mas hoje empregado de forma mais ampla, e na sequência um quadro comparativo entre as características das intervenções com base nos conceitos utilizados em prevenção (Quadro 2).

¹¹ Os quadros e o depoimento contido neste caminho foram extraídos e adaptados de AYRES, J. R. C. M.; JÚNIOR, I. F.; CALAZANS, G. J.; FILHO, H. C. S. O Conceito de Vulnerabilidade e as Práticas de Saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs) Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Fiocruz, 2009. P. 128.

Quadro 1 – Comparação entre características práticas, interesses e dificuldades dos conceitos utilizados em prevenção.

Conceito	Problema-alvo	Resultado esperado	Interesse	Dificuldade
Grupo de risco	Contato entre infectado e suscetível	Barreira à transmissão	Capacidade de particularização tecnicamente operacional	Estigma, discriminação, Negligência
Comportamento de risco	Exposição ao vírus	Práticas seguras	Universalização do compromisso com a prevenção	Intervenções Inespecíficas, Culpabilização individual
Vulnerabilidade	Susceptibilidades populacionais	Resposta social	Universalidade do compromisso com particularização operacional	Vitimização, tutela, Ampliação paralizante

Quadro 2 – Comparação entre as características das intervenções com base nos conceitos utilizados em prevenção

Característica	Redução de Risco	Redução de Vulnerabilidade
Alvo	Indivíduos expostos	Populações susceptíveis
Finalidade	Alertar	Capacitar
Meios	Informação	Mobilização
Processo educativo	Modelador	Construtivista
Base institucional	Saúde	Intersetorial

Agentes privilegiados	Técnicos	Pares
Resultado esperado	Mudança de comportamento	Transformação de contextos de intersubjetividade

Com base na leitura dos quadros acima, sugerimos um exercício baseado na discussão do caso de Joyce¹²

B – Leitura (individual, 10 min):

“Fim de tarde de um dia quente de início de dezembro numa favela da periferia oeste da cidade de São Paulo. Joyce, 14 anos, está debruçada na divisória de madeira que separa o barraco onde mora da ruela de bairro que desce até a movimentada avenida de asfalto. No barraco de um cômodo, entre os poucos móveis velhos, destaca-se a imagem sorridente de seu irmão mais novo, Pedro, fatalmente atropelado na avenida vizinha. Do lado contrário do cômodo, a presença (triste? Frágil? Ameaçadora?) do padrasto, bêbado, deitado no chão feito do mesmo barro da rua, entretido em dizer-se coisas sem sentido.

Joyce está de costas para sua casa, de frente para a rua, separada dela pelo muro improvisado com tábuas. De um lado, meio de longe, vê o prédio pichado da escola pública que chegou a freqüentar por algum tempo. De outro, mais distante, o horizonte recortado de prédios, onde, em algum lugar, estará sua mãe cuidando de outra casa, certamente maior e mais cheia de móveis. Entre os passantes, o olhar de Joyce encontra o de João, que desce para a avenida com a urgência alegre dos que querem aproveitar o resto do dia que é seu. João corresponde ao olhar sem diminuir os passos. Sorri. É retribuído. O olhar interessante de Joyce o persegue. Desacelera o passo, resolve parar, e vai ao seu encontro.

Os dois conversam. Encontram muitas afinidades. O tempo parece parar. E logo já se tocam. Os lábios e o corpo de João fazem-na perceber o seu próprio corpo como poucas vezes antes, até que Joyce é ‘despertada’ por gritos e insultos na voz trôpega e embriagada do padrasto. Aquela ‘pouca vergonha’ ali devia parar. João quer reagir, mas Joyce teme a conhecida violência do padrasto. Os dois, então, saem dali

¹²Texto baseado em depoimento pessoal, colhido de uma adolescente de 14 anos, paciente do Programa de Pré-Natal do Centro Saúde Escola Samuel B. Pessoa, da Universidade de São Paulo, por Ayres e colaboradores (1998). Os nomes são fictícios para manter o sigilo.

apressados. Já no escuro da noite, procuram a escola vizinha, o pátio atrás das paredes pichadas. Escola de pobre, qualquer um entre, diz. Entram. Ali permanecerão até quase o amanhecer. Transam quase a noite toda. Joyce acha que nem chegou a pensar em Aids ou em camisinha”.

C- A partir da história, discutam em pequenos grupos (20 min):

- Como é a vida de Joyce?
- Quais os fatores de risco estão presentes?
- Quais vulnerabilidades estão presentes?
- Quais os papéis da família de Joyce, da escola e da Unidade Básica de Saúde?
- O que estava em jogo para Joyce em seu encontro com João?
- Por que vocês acham que Joyce e João nem chegaram a pensar em camisinha?

D- Para conversar a respeito do caso de Joyce, segue roteiro de perguntas, como apoio (40 min):

- É possível dizer que os jovens envolvidos ‘adotaram’ comportamento de risco? Por quê?
- O relato traz algumas deixas que poderiam ser exploradas e potencializadas no acompanhamento de Joyce e João pelo serviço de saúde. Quais são?
- O dia a dia do trabalho com saúde de A&J traz muitos casos semelhantes com o de Joyce e João. Pensando nisso, quais são aprendizados suscitados pelo relato que poderiam ser explorados para a prevenção de uma gravidez indesejada ou contração de uma doença sexualmente transmissível em indivíduos dessa população?
- A partir da reflexão sobre o caso de Joyce, discuta qual é a importância do emprego do conceito de vulnerabilidade para as práticas integrais de saúde na adolescência e juventude.

- Quais parcerias poderiam ser feitas para a promoção da Saúde de A&J e redução da vulnerabilidade no território adstrito à UBS em que você trabalha?
- Sobre a organização do trabalho relativa ao caso de Joyce, respondam:
 - Quais são os profissionais mais adequados para o acompanhamento desses A&J no serviço de saúde? Como cada um participaria do cuidado?
 - Quais instrumentos de trabalho (indicadores, ‘protocolos’, materiais, dinâmicas, etc) poderiam ser usados para o cuidado desses A&J no serviço de saúde?
- A história de Joyce suscita possibilidade de articulação entre serviços de diferentes setores. Identifiquem os setores, discutam as potencialidades dessa articulação elencando ‘responsabilidades’ e qual a importância da articulação de setores para a integralidade do cuidado em saúde.

CAMINHO 5. QUADRO PARA AVALIAÇÃO, PLANEJAMENTO E DESENVOLVIMENTO DE ATIVIDADES PARA O CUIDADO INTEGRAL DE ADOLESCENTES E JOVENS.

A seguir é apresentado um quadro com roteiros e exemplos para a construção ou o emprego de ferramentas com vistas a promover o cuidado integral de A&J, a partir da referência conceitual da integralidade e do cuidado (Ayres et al, 2009), novamente descrito abaixo. Os exemplos são apontados com números no quadro e descritos separadamente, em alguns casos acompanhados por materiais anexos para consulta aprofundada. Sugere-se que esses roteiros sejam trabalhados a partir de reuniões de todos os trabalhadores, ou mais especificamente com aqueles que atuam diretamente com A&J. Destaca-se que a gerência tem papel fundamental para que seja possível elaborar e desenvolver instrumentos para o cuidado dessa população, e por isso, a importância de sua participação.

Vale mencionar que as atividades propostas para um determinado eixo em alguns casos também poderiam ser úteis para outros, uma vez que os eixos são interrelacionados. Os passos de A a D também são complementares e apresentados em sequência crescente de complexidade e necessidade de tempo para o desenvolvimento, mas podem ser trabalhados de forma progressiva ou independente a depender das características de cada Unidade de Saúde e equipe e do trabalho com A&J já desenvolvidos.

Alguns dos exemplos de ferramentas também podem ser úteis para mais de um eixo ou para os diferentes passos. Os exemplos são trazidos no sentido de dar maior concretude às propostas e com o intuito de inspirar possibilidades de caminhos. Estes exemplos são provenientes da pesquisa que resultou na presente cartilha ou da experiência do grupo de pesquisadores, desenvolvida no Programa de Atenção à Saúde na Adolescência (PASA) do Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa FMUSP (CSE), incluindo os instrumentos em anexo.

Eixo das necessidades: diz respeito à qualidade e natureza da escuta, acolhimento e resposta às demandas de atenção à saúde; o impulso mais relevante aqui é o do desenvolvimento de sensibilidade e capacidade de resposta a necessidades que não se restrinjam à prevenção, correção e recuperação de distúrbios morfológicos ou funcionais do organismo, sem descuidar destas.

Eixo das finalidades: diz respeito a graus e modos de integração entre as ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento de doenças e sofrimentos e recuperação da saúde/reinserção social; o sentido dominante aqui é o de não segmentar as ações, mas, ao contrário, criar sinergismos que otimizem o desenvolvimento das ações, tanto da perspectiva da racionalização meios-fins como do conforto e conveniência para indivíduos, famílias e comunidades.

Eixo das interações: refere-se à qualidade e natureza das interações intersubjetivas no cotidiano das práticas de cuidado; a motivação das propostas identificadas nesse eixo é a construção de condições efetivamente dialógicas entre os sujeitos participantes dos encontros relacionados à atenção à saúde, sejam pessoa a pessoa, sejam na perspectiva de equipes/comunidades, sem o que as aspirações dos eixos anteriores não podem ser realizadas.

Eixo das articulações: refere-se aos graus e modos de composição de saberes interdisciplinares, equipes multiprofissionais e ações intersetoriais no desenvolvimento das ações e estratégias de atenção à saúde; o propósito aqui é criar as melhores condições para oferecer resposta efetiva às necessidades de saúde em uma perspectiva ampliada, tal como descrito no eixo das necessidades.

QUADRO 1. Quadro para avaliação, planejamento e desenvolvimento de atividades para o cuidado integral de adolescentes e jovens (A&J).

		PASSOS			
EIXOS		A – Listagem e reflexão sobre atividades da Unidade de Saúde para atenção à saúde de A&J	B – Busca de instrumentos para a atenção à saúde de A&J	C – Emprego de mecanismos gerenciais e de organização do trabalho	D – Investimento em educação permanente e pesquisa em serviço
	Necessidades	Quais necessidades aparecem? Existem necessidades que aparecem pouco ou não são reconhecidas? Sugestões para captar melhor as necessidades. Ex.1 e 2.	Trabalho individual e em grupo com técnicas que permitam a emergência de temas de interesse dos A&J. Aplicação de instrumentos para conhecer as necessidades dos A&J sobre sua vida e saúde. Ex. 3, 4 e 5.	Reuniões para discussão de casos, Auditoria de prontuários. Avaliação dos instrumentos empregados na assistência quanto à potência para o reconhecimento de necessidades. Diagnóstico em saúde de A&J da comunidade. Ex. 12, 14 .	Grupos focais com A&J para conhecimento de suas necessidades. Estudos de casos sobre essa população e necessidades de saúde. Levantamento de referências e bibliografias, discussão de artigos e temas. Oficinas de treinamento. Seminários temáticos. Ex.12e18.
	Finalidades	Quais finalidades da Unidade de Saúde para a atenção desta população são realizadas? Há articulação entre as finalidades? Existem finalidades que são pouco buscadas? Sugestões para aprimorar a busca das finalidades. Ex.1 e 2.	Articulação de diferentes finalidades em cada atendimento por meio de instrumentos de trabalho, que estimulem olhar integral, atividades que integrem finalidades, seguimento de diretrizes governamentais para atenção aos A&J, embasamento em referências, ou pactuação interna de protocolos integrais.Ex: 3, 5, 6, 7.	Organização do trabalho, com planejamento de atividades para a atenção integral aos A&J, incluindo construção de fluxogramas e estabelecimento de prioridades. análise de dados de produção, Auditoria de prontuários, Avaliação de indicadores de processo e de impacto do trabalho, Ex. 6, 13, 14 .	Grupos focais com profissionais de saúde da Unidade de Saúde sobre as finalidades do trabalho com a população de A&J. Levantamento de referências e bibliografia sobre o tema com vistas a aprofundar ou reordenar as finalidades.Participação em treinamentos específicos para assuntos prioritários. .Seminários temáticos. Ex. 6, 18 e 19.
	Interações	Como é a relação entre usuários A&J, seus familiares e integrantes da equipe? Como é a interação entre os profissionais da equipe? Quais são pontos positivos e negativos? Que hipóteses a equipe estabelece? Propostas para a melhoria das interações. Ex.1 e 2.	Emprego de dispositivos que favoreçam a interação entre a população A&J, familiares e a equipe. Identificação e trabalho com temas e linguagens que cativam os A&J. Ex. 3, 7,8.	Reuniões de equipe periódicas, fomentar o trabalho em grupo, valorizar a co-responsabilização e a co-gestão do trabalho, avaliação de instrumentos para favorecer o diálogo entre usuários e equipe. Ex. 12 ,14, 15.	Levantar referências sobre a interação entre população A&J e equipe de saúde, bem como interação entre membros da equipe; freqüentar cursos, apresentar trabalhos empreendidos por membros da equipe e que pautem essa temática para todos. Ex. 12, 18.
	Articulações	Como é a relação entre os diferentes saberes, setores e programas da Unidade de Saúde? Como é a articulação com outros serviços, equipamentos comunitários e outros setores? Quais são pontos positivos e negativos? Que hipóteses a equipe estabelece? Propostas para a melhoria das articulações. Ex.1 e 2.	Articulação entre profissionais e setores da Unidade de Saúde para a atenção compartilhada a A&J. Trabalho com a rede de saúde, utilizando referências estabelecidas. Pareceria e construção de instrumentos que favoreçam as articulações necessárias com outros serviços, equipamentos sociais e setores. Ex: 10 e 11.	Reuniões gerais da Unidade de Saúde, discussão do trabalho de cada setor e da especificidade de saberes dos profissionais. Pactuação de fluxos entre os níveis de atenção. Participação em fóruns e encontros loco-regionais. Parcerias com outras instituições, com divisão de tarefas e responsabilidades. Ex: 16 e 17.	Estudar e discutir participação, representação, intersetorialidade, trabalho em rede, coordenação. Levantamento de bibliografias, participação em cursos e repasse de informações para a equipe discussão de artigos. Realização de encontros e parcerias para aprofundamento de temas comuns. Ex.18 e 20.
Legenda e Seta de A para D indicando “emprego de tempo e complexidade crescentes, ” (arte do desenho - seta aumenta de calibre) 					

Exemplos:

A seguir são trazidos exemplos que podem ser tomados como dicas para o percurso dos passos acima.

Ex. 1: Diagnóstico e avaliação da situação atual da atenção aos A&J na UBS

Sugere-se listagem das atividades por iniciativa do coordenador da equipe ou por encomenda feita por este a cada integrante como preparação prévia para a reunião presencial, em que a proposta é a condução de uma roda de conversa tendo em mente as atividades enumeradas que são desenvolvidas pela UBS para o cuidado de A&J, os eixos da integralidade e do cuidado e as perguntas descritas. A depender do tempo disponível, pode-se percorrer o passo A todo, ou focar apenas um dos eixos e programar reuniões futuras para os demais. É importante ter em mente que a execução do passo A pode permitir a escolha de quais são os próximos passos a percorrer, planejar etapas, formular um cronograma. Por isso, recomenda-se que o passo A seja desenvolvido de curto a médio prazo.

Ex. 2: Utilização do filme “Integralidade. Expressão do indizível” com vistas a realizar este diagnóstico e avaliação inicial das atividades desenvolvidas pela UBS para A&J

Sugere-se assistir ao filme em reunião de equipe e ter como orientação as pontes entre a cartilha e o vídeo que ao longo do texto aparecem em uma caixa de texto específica.

Ex. 3: Instrumento para depoimentos dos adolescentes sobre sua vida e cuidado e para favorecimento do diálogo com a equipe de saúde

O Programa de Atenção à Saúde na Adolescência (PASA) do Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa (CSE), buscando a participação dos A&J como sujeitos da construção do cuidado integral à sua saúde, implantou, em 2005, um dispositivo tecnológico para enriquecer o diálogo entre eles e a equipe. Trata-se da Ficha Vida e Cuidado com a Saúde (Ficha verde), instrumento para depoimentos de adolescentes sobre saúde, cotidiano, preocupações e projetos, periodicamente atualizado e facilmente acessível no prontuário, que pretende auxiliar a orientar as ações dirigidas aos adolescentes. Em anexo, vocês podem ter acesso à versão atual da Ficha Verde e ao manual para sua utilização. O uso integral ou parcial da Ficha Verde e de seu manual é permitido, declarando a fonte.

Ex. 4: Atividades de sala de espera dirigidas a A&J

A realização de atividades em sala de espera dirigidas a A&J pode cumprir vários objetivos, dentre os quais destacamos a possibilidade de fazer emergir necessidades de indivíduos que compõem este grupo, bem como contribuir para um diagnóstico de aspectos coletivos. A utilização da sala de espera pode ser também uma forma de acolhimento, favorecendo o acesso, indispensável para a busca das finalidades para a saúde dos A&J. Além disso, salas de espera podem trazer bons momentos de

interação dos A&J entre pares, com familiares, e com profissionais de saúde. Na UBS pesquisada foi observada uma sala de espera em que surgiram temáticas raramente abordadas com A&J, como o trabalho, por exemplo. A ausculta de interesses como este pode contribuir para a organização do trabalho.

Ex. 5: Instrumentos para o trabalho e o registro de atendimentos a A&J que favoreçam a contemplação de finalidades articuladas

A existência de ferramentas específicas que visem articulação de finalidades contribuem para operacionalizar a integralidade, na medida que podem representar um insumo tecnológico para que o trabalho em saúde possa se realizar. O PASA do CSE organiza os atendimentos e as propostas de acordo com três conjuntos – corpo, cotidiano e projetos. Após pactuação interna, estes campos figuram nas fichas de registro da consulta médica, de atendimento de enfermagem e de grupos, com o objetivo de pautar e estimular a contemplação destas dimensões.

Ex.6: Utilização de normas técnicas e diretrizes para o atendimento de A&J

Em relação às finalidades da atenção a A&J vale a consulta e o trabalho normas e diretrizes governamentais, dentre as quais destaca-se a seguinte fonte, por considerar a saúde como um direito de adolescentes. Normas técnicas e diretrizes podem contribuir para o trabalho assistencial direto, ser utilizados para a organização do trabalho e aprofundamento teórico e educação permanente. Um serviço pode ainda desenvolver recomendações próprias que atendam às suas especificidades.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Marco legal: saúde, um direito de adolescentes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

O marco legal representa os instrumentos legais de proteção aos direitos dessa população, particularmente para a garantia do pleno exercício de seu direito fundamental à saúde, a partir de marcos internacionais e nacionais, com destaque para o Estatuto da Criança e do Adolescente de 1990. Emprega o conceito de vulnerabilidade, importante para o trabalho com este grupo. Traz considerações específicas sobre temas como a limitação legal para o exercício de direitos e o atendimento de adolescentes, o sigilo profissional, a saúde sexual e reprodutiva, a saúde de jovens que trabalham.

Ex. 7: Atividade comemorativa do ECA dirigida a crianças, adolescentes e jovens

A UBS observada realizou na semana do aniversário do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA uma atividade comemorativa voltada a crianças e adolescentes. Os participantes foram convidados a participar de jogos e a encenar enquetes baseadas nos direitos de crianças e adolescentes, com destaque para temas relativos à saúde, educação, moradia, receber cuidados, não receber castigos, entre outros. Houve participação prévia das crianças e adolescentes que compunham grupos rotineiros da

UBS na montagem de algumas das dinâmicas, incluindo a escolha dos temas abordados. A organização envolveu profissionais da equipe de adolescentes e também de outros serviços da região. Atividades como esta são expressivas da integralidade, e poderiam contribuir para os diversos eixos, em que são particularmente importantes a integração de finalidades e a promoção de interação entre profissionais e usuários.

Ex. 8: Grupo de educação em saúde para A&J nas UBS

Grupos de educação em saúde voltados a adolescentes como atividade de atenção proporcionada pelas UBS são momentos com grande potencialidade para o favorecimento da interação entre profissionais e usuários e, mais especificamente, dos próprios adolescentes entre si. Na UBS observada os grupos se diferenciavam por algumas particularidades, como meninas mais novas, grupo misto de adolescentes mais velhos de ambos os sexos, grupo de gestantes adolescentes. Iniciativas como estas apostam na identidade e na abordagem de temas comuns. O PASA/CSE trabalha com dois grupos para adolescentes, sendo o grupo de idéias e o grupo de vivências. Estes grupos não se distinguem por idade ou sexo dos participantes, mas sim pela alocação, respectivamente, de adolescentes que estão na fase de início da transição da infância para a adolescência, marcada pelo pensamento que antecede as primeiras descobertas da adolescência e daqueles que já as experimentaram. Assim, as experiências dessa fase da vida também podem ser tomadas como critérios para a composição de grupos e contribuir para interações. Está claro que os grupos também propiciam a emergência de necessidades, a contemplação de finalidades, etc.

Ex. 9: Atividades em grupo dirigidas para pais e responsáveis de A&J

O PASA/CSE tem uma experiência interessante com a realização de grupos de educação em saúde voltados aos pais e responsáveis de adolescentes. O grupo acontece simultaneamente com o “grupo de idéias”, favorecendo a interação dos profissionais de saúde com os responsáveis. Uma das motivações de realizar este grupo é acolher as necessidades dos pais, que, com frequência, têm algumas dificuldades a lidar com as novidades pelas quais passam seus filhos. Outra justificativa é favorecer a abordagem da importância de os pais apoiarem seus filhos, mas não os controlarem, contribuindo para uma das finalidades do programa que consiste na promoção da autonomia dos A&J.

Ex. 10: Interação do programa de adolescentes e de atenção pré-natal

A UBS observada realiza um grupo de gestantes adolescentes em que procuram abordar questões interessantes para as gestantes, dúvidas e também trabalhar com os sentimentos trazidos pelas gestações na adolescência. O PASA e o Programa de Saúde e Gênero do CSE utilizam reuniões para articulação e agendamento de atendimentos individuais das meninas gestantes no programa

de adolescentes, com o objetivo de abordar questões para além do pré-natal, como desejos, planos, vivência de situações de vulnerabilidade.

Ex. 11: atividades de educação em saúde em parceria com escolas e equipamentos comunitários

A realização de atividades de educação em saúde em articulação com outros serviços da região, particularmente quando voltados à educação, é muito relevante, uma vez que este é um lugar privilegiado para encontrar os adolescentes em um dos cenários principais de sua vida. Parcerias como esta permitem também o conhecimento das necessidades deste grupo, contribuindo inclusive para o trabalho intra-muros. Além disso, finalidades relativas à promoção da saúde, por exemplo, adquirem um significado mais amplo quando buscadas por atividades que tenham maior interface com a vida em sociedade dos indivíduos.

Ex. 12: Avaliação de instrumentos de trabalho para a atenção a A&J

Avaliações de instrumentos ou outros elementos do processo de trabalho com A&J podem contribuir para a organização do trabalho ao propiciar um diagnóstico de quais são as necessidades individuais e coletivas reconhecidas, finalidades buscadas, como tem se dado a interação entre equipe e usuários e articulação de setores. Após este julgamento, também existe a possibilidade de rever o instrumento, incorporando alterações que visem melhoria dos processos. Pesquisas em serviço desenvolvidas por meio de avaliações que enfatizem a dimensão do conhecimento também são possibilidades enriquecedoras.

Como exemplo de avaliação de um instrumento, apresentamos o caso da A Ficha Vida e Cuidado com a Saúde (Ficha Verde) do PASA / CSE, que, em 2009, passou por uma avaliação em serviço, voltada para compreensão de processos e tomada de decisão, envolvendo exame de padrões de preenchimento para estudo da efetividade do instrumento e estudo das narrativas de adolescentes. Em 2010 e início de 2011, esta avaliação subsidiou um processo de revisão do instrumento, com envolvimento da equipe multiprofissional, resultando em uma nova versão do instrumento e em um manual para o seu preenchimento (ver exemplo 3). A avaliação da Ficha verde pode ser conhecida em maiores detalhes no anexo.

Ex. 13: Fluxograma e Planejamento do programa de atenção a A&J como instrumento de organização do trabalho

A construção e a revisão de fluxograma e planejamento do programa de A&J para a contemplação dos objetivos, temas prioritários, ações, estratégias, prazos e formas de avaliação são de grande importância para organizar o trabalho com vistas à contemplação das finalidades acordadas. Uma potencialidade da elaboração de planejamentos para os programas é a valorização da gestão coletiva do trabalho da equipe.

Ex. 14: Reunião de equipe do programa de atenção aos A&J

A reunião dos profissionais que compõem a equipe de adolescentes (ou que atuam com este grupo populacional) é muito importante como forma de interação entre os agentes de trabalho, mas também de estimular o aprofundamento do trabalho com todos os demais eixos. Para as atividades em equipe é oportuno ter em conta papéis e formas de organização para participação e condução do trabalho. É importante que as reuniões sejam regulares e periódicas. A discussão de casos é interessante para propiciar generalizações para o serviço, mas, do mesmo modo também é necessário dedicar tempo para discussões relativas à organização do trabalho.

Ex. 15: elaboração de material de educação em saúde voltados aos A&J e seus familiares

É interessante que os serviços de saúde elaborem e utilizem materiais escritos ou audiovisuais (em meios físicos ou virtuais) para comunicação com o grupo de A&J e com seus familiares. Este tipo de material pode contribuir para o acesso ao programa, para a busca de algumas finalidades, ou ainda para o favorecimento de parcerias. Vale lembrar que a linguagem sempre expressa visões de mundo, o que precisa ser considerado para que a comunicação coincida com objetivos do programa. Em anexo está disponível folheto elaborado pelo PASA/CSE, que pode ser utilizado por outros serviços, desde que citada a referência.

Ex. 16: Reunião entre equipe do programa de A&J e agentes comunitários de saúde

Nas UBS que se organizam segundo o modelo de Estratégia de Saúde da Família ou com Programa de Agentes Comunitários é interessante que exista a parceria entre o programa de adolescentes e os profissionais da saúde da família, com destaque para os agentes comunitários de saúde. Este tipo de articulação pode favorecer a identificação de necessidades individuais e coletivas do grupo de A&J, bem como a busca de algumas finalidades, com destaque para a abordagem de situações de vulnerabilidade na adolescência.

Ex. 17: Articulação em redes de serviços e equipamentos ou fóruns temáticos

Tanto a UBS pesquisada como o CSE participam de algumas redes de serviços na região do Butantã, bem como de fóruns temáticos. Um exemplo interessante é o Fórum da Criança e do Adolescente do Butantã, que articula profissionais e iniciativas relacionadas aos direitos da criança e do adolescente, tendo como marco a semana do ECA. A coordenação de iniciativas intersetoriais, o compartilhamento e a divisão de responsabilidades são características que precisam ser trabalhadas para a promoção do trabalho em rede.

Ex.18: Oficinas de treinamento e aprofundamento temático utilizando a “Cartilha de Orientações e Propostas de intervenção em Atenção Primária: Saúde, adolescência e juventude” e o Filme “Integralidade. Expressão do indizível”

Para o aprofundamento do trabalho com A&J via educação permanente e pesquisa em serviço sugere-se a realização de oficinas de treinamento. Uma possibilidade está justamente na utilização da cartilha, do filme (através das pontes sugeridas) e,

particularmente dos caminhos, uma vez que apresentam roteiros de trabalho. Este material pode ser um guia ou inspirar adaptações às características de cada serviço e equipe.

Ex. 19: Seminários e grupo de estudos sobre temas relevantes para o cuidado de A&J na APS

A participação e/ou a organização de seminários temáticos ou grupos de estudo que interessam para o cuidado de A&J na atenção primária constituem oportunidades para divulgação e aprofundamento temático. Atualmente existe a possibilidade de transmissão virtual e também de gravação para utilização em momentos subsequentes, conforme critério de cada equipe. Um exemplo possível são os Seminários de Atenção Primária à Saúde, realizados pelo CSE, desde 2005. Seminários gravados podem ser assistidos em www.fm.usp.br/cseb/

Ex. 20: Articulação entre serviços, órgãos gestores da saúde e universidade

Pesquisas sobre atenção à saúde ou pesquisas em serviço que articulem profissionais, gestores e pesquisadores ligados às universidades são formas importantes de buscar a interrelação entre a experiência prática e administrativa e a teoria. Essa articulação tem a contribuir para todos os atores diretamente envolvidos e, além disso, pode gerar produtos e insumos tecnológicos para outras instâncias do sistema de saúde. A pesquisa “Caminhos da Integralidade: Levantamento e análise de tecnologias de cuidado integral à saúde em serviços de atenção primária em região metropolitana” é um exemplo e a “ Cartilha de Orientações e Propostas de intervenção em Atenção Primária: Saúde, adolescência e juventude” é um de seus resultados.

ANEXOS DO CAMINHO 5 – INSTRUMENTOS UTILIZADOS NO PROGRAMA DE ATENÇÃO À SAÚDE NA ADOLESCÊNCIA (PASA) DO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA SAMUEL B. PESSOA FUMUSP (CSE)

**Programa de Atenção à Saúde do Adolescente
“Vida e Cuidado com a Saúde”**

Equipe Multiprofissional

Matrícula:

Data:

Atividade:

Nome:

Apelido:

Idade:

Auto-preenchimento:

sim

não

Por quê? _____

SAÚDE

Como está a sua saúde?

() Ruim

() Mais ou menos

() Boa

Por quê?

CORPO

Você se acha:

Alt@

Baix@

Normal

Você se acha:

Magr@

Gord@

Normal

Você se acha:

Branc@

Pret@

Pard@

Amarel@

Indígen@

Você tem alguma dificuldade para:

Enxergar

Escutar

Falar

Para você já veio a primeira....

♀ menstruação

♂ ejaculação

Não Sim, com ___ anos

O que você pensa sobre seu corpo?

O que você faz para cuidar de você?

COTIDIANO

Você está estudando atualmente? Que série? Onde?

Quais as histórias e acontecimentos mais importantes com a escola?

Você está trabalhando? O que faz?

Quando você não está estudando ou trabalhando, o que você faz do seu tempo?

As pessoas da sua casa te ajudam ou atrapalham? Como?

Como você consegue dinheiro para fazer as coisas?

Você paquera ou namora? Já teve, ou tem relações sexuais? Como menino ou menina?

Você conversa sobre sexualidade com alguma pessoa? Com quem você conversa e de que jeito?

As drogas, o álcool, o cigarro entram na sua vida? Como? O que você acha disso?

Lembre dos tipos de violência que existem. Você se sente exposto à violência (na rua, na escola, na sua comunidade, na sua casa, etc)?

Você ou sua família já viveram situações de discriminação ou humilhação? Por que motivo?

Você tem algum apelido chato de que não goste? Qual? Por que não gosta?

VIDA

Três coisas legais de sua vida hoje:

1. _____
2. _____
3. _____

Três coisas ruins de sua vida hoje:

1. _____
2. _____
3. _____

Um fato que marcou sua vida:

Desejos para o futuro:

Se quiser, complete sua ficha com um desenho sobre ser adolescente:

Assinatura do(a) adolescente: _____ Profissional: _____



Programa de Atenção à Saúde do Adolescente

Manual da Ficha “Vida e Cuidado com a Saúde” (Ficha Verde)

Equipe Multiprofissional

APRESENTAÇÃO

O que é e para que serve a ficha verde (FV)?

O Programa de Atenção à Saúde do Adolescente (PASA) do Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa (CSE), buscando a participação dos adolescentes como sujeitos da construção do cuidado integral à sua saúde, implantou, em 2005, um dispositivo tecnológico para enriquecer o diálogo entre eles e a equipe.

Trata-se da “ficha verde” (FV) - instrumento para depoimentos de adolescentes sobre saúde, cotidiano, preocupações e projetos, periodicamente atualizado e facilmente acessível no prontuário, que pretende auxiliar a orientar as ações dirigidas aos adolescentes.

O processo de avaliação e revisão da FV:

A FV passou, em 2009, por uma avaliação em serviço, voltada para compreensão de processos e tomada de decisão, que envolveu exame de padrões de preenchimento da FV para estudo da efetividade do instrumento e estudo das narrativas de adolescentes. Em 2010 e início de 2011, esta avaliação subsidiou um processo de revisão do instrumento, com envolvimento da equipe multiprofissional. Fizemos um teste intermediário, do qual analisamos 21 aplicações. Agora, propomos uma nova versão do instrumento e um manual para o seu preenchimento.

O que mostrou a avaliação da FV?

- O instrumento tem bom desempenho comunicacional e auxilia no conhecimento das necessidades de adolescentes e na orientação de ações que visem o seu cuidado.
- O estudo das narrativas permite conhecer as representações dos adolescentes sobre: saúde e doença; corpo e cuidado; experiências escolares; uso do tempo livre; convívio e relacionamento no âmbito doméstico; dependência e autonomia; afetividade e sexualidade; vivências com drogas e situações de violência; sonhos e planos para o futuro.
- A análise da FV a partir de sua inserção no prontuário indica que o PAPÉL DA EQUIPE é favorecer a construção da narrativa, valorizar a leitura e a interlocução.

Qual é a importância do uso da FV no trabalho com adolescentes?

Para concluir esta apresentação, destacamos a importância de considerar que a FV tem potencial para enriquecer os processos comunicacionais para a construção intersubjetiva de projetos de cuidado no trabalho do PASA/CSE, com o objetivo de favorecer a integralidade e o diálogo no cuidado de saúde do grupo de adolescente.

A apresentação da ficha verde pelo profissional de saúde para o/a adolescente é muito importante.

Neste momento, orientamos que seja abordado o objetivo do instrumento de favorecer o conhecimento de quem é o/a adolescente, quais suas necessidades de saúde e vida, além de tornar o diálogo com a equipe mais fácil. Vale ainda destacar que a ficha é do/a adolescente, ficará dentro do prontuário e será guardado sigilo das informações. É também interessante dizer que não existe certo ou errado para o preenchimento e que nós estamos abertos para tudo o que quiser nos contar.

É fundamental que o/a adolescente tenha privacidade/autonomia para o preenchimento do instrumento. Por isso, é importante pedir que pais ou responsáveis aguardem na sala de espera, mediante esclarecimento e também colocando-se à disposição para dialogar a respeito de suas preocupações em momento oportuno.

Além disso, é importante passar brevemente pelos componentes da ficha (dados para identificação, saúde, corpo, cotidiano e vida), mostrar que é para completar frente e verso e esclarecer eventuais dúvidas.

No caso de adolescentes que apresentem alguma limitação para o preenchimento da ficha, sugerimos que o profissional responsável pelo atendimento se encarregue da tarefa, mas tomando o cuidado de não escrever as suas opiniões e sim o que o sujeito está dizendo.



Programa de Atenção à Saúde do Adolescente

“Vida e Cuidado com a Saúde”

Equipe Multiprofissional

Nome:

Apelido:

Idade:

Matrícula:

Data:

No momento da discussão com o/a adolescente, certificar-se de que estes dados de identificação, data do atendimento e idade estão preenchidos, pois são importantes para a conversa com o adolescente e para informações do PASA. O apelido deve ser aquele com o qual o adolescente se identifica.

Auto-preenchimento: sim não - Por quê? _____

Assinalar este campo apenas quando a ficha não é auto-preenchida, explicando o motivo: não sabe ou tem dificuldade importante para escrever, atraso cognitivo, não quer escrever, etc

SAÚDE

Como está a sua saúde?

() Ruim () Mais ou menos () Boa

Por quê?

Para a conversa pós preenchimento, explorar os significados para o/a adolescente de avaliação assinalada com X e dos motivos apresentados, buscando compreender necessidades de saúde.

CORPO

Você se acha:

- Alt@
- Baix@
- Normal

Você se acha:

- Magr@
- Gord@
- Normal

Você se acha:

- Branc@
- Pret@
- Pard@
- Amarel@
- Indígen@

O/a adolescente marcará com um X cada um desses conjuntos, indicando como considera seu corpo, no que diz respeito à estatura, ao peso e também à cor da pele. Esses conjuntos estão associados, portanto, não apenas a aspectos físicos, mas também a como percebem conteúdos frequentemente relacionados com estereótipos e preconceitos. importantes para este grupo populacional. É importante que esses conteúdos sejam abordados na discussão.

Você tem alguma dificuldade para:

- Enxergar
- Escutar
- Falar

Detecção de necessidades relacionadas aos órgãos do sentido ou à linguagem, importantes na adolescência e para as quais temos fluxo.

Para você já veio a primeira....

- ♀ menstruação
- ♂ ejaculação
- Não Sim, com ___ anos

Marcos importantes da puberdade e da adolescência. Na hora da apresentação/discussão, vale tirar dúvidas e abordar significados.

O que você pensa sobre seu corpo?

O/a adolescente trará conteúdos sobre como sente e pensa seu corpo (em relação com sua vida). É importante e que a discussão leve em conta a auto-imagem, estereótipos, bem como a detecção de necessidades.

O que você faz para cuidar de você?

Note que a pergunta é relativa a o que o/a adolescente faz para cuidar de si (e não apenas do corpo). Na apresentação da ficha, estimule esta abrangência e na discussão é importante trabalhar este conteúdo.

COTIDIANO

Você está estudando atualmente? Que série? Onde?

- *Para o PASA é relevantes saber se o adolescente estuda, a série e onde, tanto para tanto para a detecção de necessidades, como par trabalhar com projetos que interagem com a educação. Esta é a justificativa desta pergunta estar nesta e em outras fichas do programa.*

Quais as histórias e acontecimentos mais importantes com a escola?

- *O que marcou a vida das pessoas fornece ferramentas para conhecê-las. Além disso, permite a detecção de dificuldades e facilidades e favorece a abertura e a construção de vínculo.*

Você está trabalhando? O que faz?

O trabalho faz parte da realidade de muitos adolescentes, seja no mercado formal ou informal. Consideramos importante conhecer a situação de cada um e detectar necessidades de saúde ou informações sobre os

Quando você não está estudando ou trabalhando, o que você faz do seu tempo?

- *Conhecer a forma como adolescentes utilizam o tempo livre é importante para perceber possibilidades de lazer, mas também para, mais uma vez permitir a emergência de formas de ocupação.*

As pessoas da sua casa te ajudam ou atrapalham? Como?

O objetivo desta pergunta é detectar se em casa (com a família) existe apoio/continência para as questões vividas, ou, pelo contrário, experiências de ameaças e sofrimentos.

Como você consegue dinheiro para fazer as coisas?

- *Esta pergunta pode trazer elementos sobre dependência / autonomia e sugerir para o trabalho possíveis necessidades de saúde ou questões relativas aos direitos.*

Você paquera ou namora? Já teve, ou tem, relações sexuais? Com menino ou menina?

- *Esta pergunta é direta e permite o conhecimento de necessidades e a formulação de propostas imediatas, como contracepção e prevenção das doenças sexualmente transmissíveis. Além disso, também pode favorecer abertura para abordagem da afetividade, da sexualidade e da orientação sexual. Salientamos também que alguns adolescentes são casados e/ou tem filhos, o que costumam registrar na resposta a esta questão. Neste caso, é sempre oportuno abordar o tema.*

Você conversa sobre sexualidade com alguma pessoa? Com quem você conversa? Como é a conversa? Você fica com dúvidas?

Para o PASA, saber se o adolescente encontra abertura para conversar com alguém sobre este tema, a qualidade dessa conversa e verificar a existência de dúvidas é fundamental para o trabalho com a vulnerabilidade.

As drogas, o álcool, o cigarro entram na sua vida? Como? O que você acha disso?

Com esta formulação, pretende-se dar conta não apenas do que o adolescente pensa sobre drogas, mas trazê-la para o seu contexto, e, assim, implicá-lo na resposta

Lembre dos tipos de violência que existem. Você se sente exposto à violência (na rua, na escola, na sua comunidade, na sua casa, etc)?

A avaliação da ficha demonstrou que essa pergunta é importante, mas sem as especificações às vezes recebia respostas um pouco vagas e que permitiam pouca ação. Vale explorar as respostas à essa pergunta na discussão da ficha.

Você ou sua família já viveram situações de discriminação ou humilhação? Por que motivo?

Nossa intenção é possibilitar a abordagem de preconceitos, neste momento em que o/a adolescente já chega ao final da ficha e pode estar mais aberto.

Você tem algum apelido chato de que não goste? Qual? Por que não gosta?

Essa pergunta também tem o objetiv de trabalhar com situações em que o adolescente é discriminado; não se trata, portanto, do apelido com o qual se identifica perguntado no começo.

VIDA

Três coisas legais de sua vida hoje:

Três coisas ruins de sua vida hoje:

Observamos que os adolescentes mais novos tendem a ser mais concretos e os mais velhos podem abstrair mais, tanto com os exemplos como com a questão do tempo; tanto num caso como noutro, saber das coisas legais e ruins pode contribuir para detectar necessidades e possibilidades para o cuidado.

Um fato que marcou sua vida:

O que é marcante diz muito sobre a história de vida do sujeito e traz elementos para o trabalho em saúde. É importante discutir o motivo do fato ter sido marcante, seja positiva ou negativamente.

Desejos para o futuro:

Frequentemente aparecem desejos de profissão, família, posses materiais, etc. É importante que sejam reconhecidos e, se possível, tomados como questão para o trabalho de cuidado: apontar e discutir possibilidades, caminhos, limites,

Se quiser, complete sua ficha com um desenho sobre ser adolescente:

Um desenho feito por um adolescente pode trazer conteúdos importantes de sua vida e também representar uma possibilidade de diálogo entre ele e a equipe. Recentemente temos também experimentado outras formas de expressão como poemas, letras de música.

Assinatura do(a) adolescente:

Percebemos durante o teste da ficha que eles gostam de assinar, o que dá idéia da importância que atribuem ao preenchimento do instrumento.

Profissional:

Para as finalidades de organização do trabalho e informações do PASA é importante saber qual foi o/a profissional que participou deste encontro e diálogo com o/a adolescente.

Observações para o momento do diálogo entre profissional e adolescente sobre a ficha e encaminhamento de questões:

Lembramos que O PAPEL DA EQUIPE é favorecer a construção da narrativa, valorizar a leitura e a interlocução. Para tanto, é importante que o momento de leitura e o diálogo sobre cada campo da ficha seja valorizado como facilitador do encontro entre equipe e adolescente.

O/a profissional pode completar informações da ficha que ficaram obscuras e foram esclarecidas durante a conversa com adolescente. Estas anotações deve ser assinaladas com um asterisco para diferenciar da narrativa do/a adolescente.

Este levantamento sobre “vida e cuidado com a saúde” deve subsidiar o atendimento do dia em que foi respondido (utilizado para o estabelecimento de “problemas” e “condutas” do atendimento de enfermagem ou da consulta médica), além de orientar as propostas e os acordos do cuidado do/a adolescente a médio prazo.



INTEGRALIDADE E DIÁLOGO NO CUIDADO DA SAÚDE DE ADOLESCENTES: AVALIAÇÃO DE UM DISPOSITIVO TECNOLÓGICO NA ATENÇÃO BÁSICA

Mariana Arantes Nasser, Haroldo César Saletti Filho, Maria Ines Battistella Nemes, José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres.

Médicos Sanitaristas

Centro de Saúde Escola Samuel Barnesley Pessoa, Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil



Palavras-chave: integralidade; adolescência; atenção básica; avaliação de cuidados em saúde.

Introdução: O Programa de Atenção à Saúde do Adolescente (PASA) do Centro de Saúde Escola Samuel Barnesley Pessoa (CSE), buscando a participação dos adolescentes como sujeitos da construção do cuidado integral à sua saúde, implantou, em 2003, um dispositivo tecnológico para enriquecer o diálogo entre eles e a equipe de saúde. Trata-se da ficha "Vida e cuidado com a saúde", conhecida como "ficha verde" (FV) - instrumento elaborado pela equipe para a auto-avaliação do adolescente sobre saúde, cotidiano, preocupações e projetos (ver figura 1), periodicamente atualizado e facilmente acessível no prontuário, que pretende auxiliar a orientar as ações dirigidas aos adolescentes atendidos pelo CSE.

Objetivo: O presente trabalho visa avaliar a contribuição da FV para a efetividade comunicacional entre adolescentes e equipe de saúde no cuidado oferecido pelo PASA/CSE.

Método: Avaliação em serviço, voltada para compreensão de processos e tomada de decisão. Do universo dos prontuários de adolescentes (12-18 anos) atendidos no PASA, entre janeiro/2005 e outubro/2009 (723), 77 (10,63%) foram aleatoriamente selecionados para exame de padrões e perfis de preenchimento da FV, com a aplicação de escala de julgamento da adequação do preenchimento a normas previamente estabelecidas como desejáveis (0 a 2, segundo gradiente de adequação). A seguir, 44 fichas foram intencionalmente selecionadas para estudo interpretativo das narrativas registradas nos campos abertos, buscando compreender os perfis apontados pela escala e contribuir para o conhecimento das necessidades dos adolescentes.

Resultado: Na análise de padrões e perfis de preenchimento do conjunto das questões encontrou-se escore médio de 1,82 para o desempenho comunicacional da FV. O julgamento da efetividade desta ficha em permitir conhecimento de necessidades, riscos e vulnerabilidades obteve escore de 1,87. Quanto ao favorecimento do acompanhamento e integração das ações de cuidado, chegou-se a 1,79 (ver Gráfico 1). A interpretação das narrativas auxiliou na compreensão dos resultados, contribuindo para processo de revisão da FV pela equipe.

Conclusão: O estudo aponta potencial da FV para enriquecer os processos comunicacionais para a construção intersubjetiva de projetos de cuidado no trabalho do PASA/CSE, embora estes resultados devam ser analisados com cautela, dado o caráter experimental e as limitações próprias da metodologia de avaliação empregada.

FIGURA 1: Ficha Verde (FV):

A esquerda: "dados", com informações sobre a identificação do adolescente e os itens referentes à saúde e ao corpo. À direita: "vivo", com as perguntas referentes às partes de cotidiano e vida.

Trechos selecionados de narrativas dos Adolescentes:

Como está sua saúde? Boa, "porque eu não sinto nada e errado comigo"

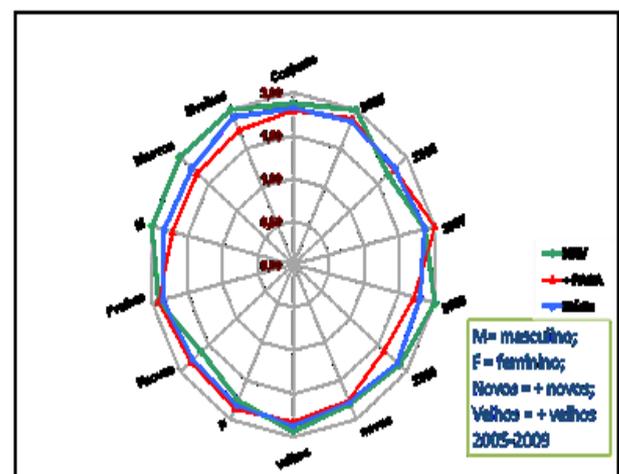
O que você pensa sobre seu corpo? "Não tenho nada contra meu corpo, me acho normal"

As pessoas da sua casa te ajudam ou atrapalham? "As pessoas que eu convivo na minha casa só pensam no meu bem por isso elas me ajuda."

Como você vê as drogas no dia-a-dia do adolescentes (inclusive álcool e cigarro)? "Não tenho nada contra quem usa, mas não recomendo."

Um fato que marcou sua vida: "a morte do meu primeiro namorado."

GRÁFICO 1: Contribuição da ficha verde para reconhecimento de Necessidades, Riscos e situações de Vulnerabilidade (NRV), adequação na condução do caso no PASA (+ PASA), e Média do desempenho da ficha (Média), para o conjunto de todas FV analisadas e por grupos, distribuídos de acordo com sexo, faixa etária e ano de preenchimento.



SAÚDE DE ADOLESCENTES E JOVENS

VOCÊ SABIA QUE TODOS ADOLESCENTES E JOVENS TÊM DIREITO À SAÚDE?

“É assegurado atendimento integral à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde” (Brasil, Estatuto da Criança e do Adolescente, Art. 11, 1990).

“Os serviços de saúde devem efetivar o direito de adolescentes e jovens entre 10 e 24 anos à atenção integral à saúde” (Secretaria Municipal de Saúde, São Paulo, portaria 527, 2004).

ALGUMAS NECESSIDADES DE SAÚDE E DE VIDA DE ADOLESCENTES E JOVENS SÃO:

- Preocupações sobre o corpo, a própria imagem ou como é visto pelos colegas e familiares.
- Ser mais ou menos desenvolvido, parecer mais novo ou mais velho do que colegas da mesma idade.
- Ter dificuldades para enxergar, ouvir ou falar.
- Como fazer para cuidar do próprio corpo e da saúde.
- As descobertas da adolescência (1ª espinha, 1ª menstruação, 1ª ejaculação, 1º beijo, 1ª relação sexual, 1º emprego, 1ª responsabilidade, etc).
- Influências de questões do cotidiano para a saúde: as vivências na escola, as experiências de trabalho, as relações com a família, o namoro, as dúvidas sobre sexualidade, as percepções sobre as drogas, a exposição a situações de violência ou humilhação.
- O impacto para a saúde da forma de lidar com aspectos bons e difíceis da vida, as experiências mais marcantes, os planos para o futuro.

Você se identifica com alguma dessas necessidades? Tem outras preocupações com saúde ou dúvidas? Então, procure por atendimento na unidade básica de saúde de seu bairro.

VOCÊ CONHECE A SUA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE?

Para saber qual é o serviço responsável pelo seu bairro, acesse: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/esf/enderecos_ubs_esf.pdf ou telefone para 156. Passe na sua unidade básica de saúde para conhecê-la melhor e saber que ações são oferecidas para adolescentes e jovens. Informe-se sobre como pode participar.

ATENDIMENTO DE ADOLESCENTES E JOVENS COM GARANTIA DE DIREITOS

A revisão da IV Conferência sobre População e Desenvolvimento, realizada pela Organização das Nações Unidas, em 1999, preconizou que nos atendimentos em saúde dirigidos a adolescentes e jovens devem estar garantidos os direitos a:

- privacidade;
- sigilo;
- consentimento informado;
- educação sexual no currículo escolar;
- informação e assistência à saúde sexual e reprodutiva.

PROGRAMA DE ATENÇÃO À SAÚDE DE ADOLESCENTES (PASA)
CENTRO DE SAÚDE ESCOLA SAMUEL B. PESSOA – FMUSP – BUTANTÃ
<http://medicina.fm.usp.br/cseb/>



Glossário

Acesso (aos serviços de saúde)

Possibilidade dos indivíduos adentrarem e utilizarem os serviços de atenção à saúde, com vistas à resolução de problemas que afetem a saúde. Dentre os fatores que influem nesta possibilidade incluem considerações geográficas, arquitetônicas, de transporte, financeiras entre outras.

Ações programadas de saúde

Forma de organização do trabalho coletivo no serviço de assistência à saúde, fundamentada no ideal da integração sanitária. As Ações Programáticas têm como instrumento de intervenção todas as atividades do serviço organizadas e articuladas para favorecer o atendimento pleno das necessidades dos usuários que têm a instituição como referência.

Adolescência

A adolescência pode ser definida de diferentes formas. Trata-se de uma etapa de crescimento e desenvolvimento do ser humano, marcada por grandes transformações físicas, psíquicas e sociais. Mais precisamente, entende-se adolescência como o período de desenvolvimento situado entre a infância e a idade adulta, delimitado cronologicamente pela Organização Mundial da Saúde como a faixa dos 10 aos 19 anos de idade, esta também adotada no Brasil, pelo Ministério da Saúde. A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera, ainda, como juventude o período que se estende dos 15 aos 24 anos, identificando A&J (de 15 a 19 anos) e adultos jovens (de 20 a 24 anos). A lei brasileira, através do Estatuto da Criança e do Adolescente, considera adolescente o indivíduo de 12 a 18 anos. O Programa de Atenção à Saúde do Adolescente (PRO-ADOLESC) da Secretaria Municipal da Saúde da cidade de São Paulo adota a definição cronológica da OMS e, por isso, considera adolescente o indivíduo de 10 a 19 anos de idade.

Educação física

Campo de produção de conhecimento, formação e intervenção profissional vinculado a Grande Área da Saúde, compondo com as outras 13 subáreas. Uma prática pedagógica e, portanto, uma prática social originalmente circunscrita no ambiente escolar e que nos últimos tempos amplia seu espaço de inserção, sobretudo no serviço público de saúde.

Demanda espontânea

Atendimento realizado pelas unidades básicas de saúde e relacionado a casos agudos dos usuários que buscam diariamente o serviço. Difere-se do atendimento previsto e programado pela equipe do serviço, aquele que tem agendamento prévio. A demanda espontânea é um ponto estratégico no atendimento dos serviços de saúde e está prevista nos princípios do SUS.

Direitos Humanos

Os direitos humanos são os direitos e liberdades básicos de todos os seres humanos, conceito ligado também a ideia de liberdade de pensamento e de expressão, e a igualdade perante a lei. Há um documento chamado Declaração Universal dos Direitos Humanos publicado pela Organização das Nações Unidas (ONU), em dezembro de 1948, muito motivado pelas consequências da Segunda Guerra Mundial.

Doenças Sexualmente Transmissíveis - IST (infecções sexualmente transmissíveis)

Conhecidas popularmente como DSTs, são patologias/infecções cuja forma de contágio se caracteriza pelo contato sexual, mas não de forma exclusiva. Exemplos de DSTs: sífilis, HIV, hepatite A e B, HPV, gonorréia.

Drogas (uso e dependência)

Existem as situações de uso e abuso de drogas lícitas (álcool, tabaco, medicação psicotrópica, cola de sapateiro) e drogas ilícitas (cannabis ou maconha, LSD, cocaína, crack). As drogas lícitas são aquelas cujo comércio e uso é permitido por lei, as ilícitas não são permitidas tanto a comercialização quanto o consumo, no Brasil. Estes critérios podem variar nos diferentes países do mundo. O uso de drogas refere-se a um tipo de consumo controlado, onde o sujeito mantém sua rotina produtiva, suas relações sociais e familiares e o auto-cuidado. O abuso de drogas já designa uma forma de relação de dependência com aquele produto que vai interferir no cotidiano da pessoa, em sua condição de produtividade, sua integridade física e psíquica, poderá prejudicar suas relações sociais e familiares. Existem locais específicos para cuidar de pessoas que fazem abuso de drogas lícitas e ilícitas, são os Centro de Apoio Psicossocial para dependentes de álcool e outras drogas – CAPS-AD.

Emancipação

Estimular a autonomia de uma pessoa, especialmente dos jovens, a fim de que possam aprender a realizar escolhas coerentes com seus desejos e projetos de vida, bem como sejam capazes de lidar com os efeitos destas escolhas. Emancipação pode também ter um caráter jurídico, no sentido do sujeito poder responder legalmente por si.

Gestação indesejada

Uma gestação indesejada não deve ser confundida com gravidez na adolescência. Trata-se de uma gestação que não foi planejada ou procurada de livre e consciente vontade da mulher ou do casal, e que pode gerar sofrimento. Existem situações em que uma adolescente deseja ou passa a desejar estar grávida, e não necessariamente deve ser tratada como problema ou com um valor negativo. A gestação é uma experiência muito rica e complexa, tanto para as mulheres quanto para os homens. Ela pode despertar sentimentos positivos e negativos, alegrias e angústias ao mesmo tempo. Neste sentido, a equipe de saúde deve sempre estar muito atenta e cuidadosa para conhecer e perceber os sentidos da gestação para aquela mulher, ou aquele casal, naquele contexto.

Humanização (da Atenção à Saúde)

Humanizar a atenção à saúde é valorizar a dimensão subjetiva e social, em todas as práticas de atenção e de gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e o respeito às populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados etc.). É também garantir o acesso dos usuários às informações sobre saúde, inclusive sobre os profissionais que cuidam de sua saúde, respeitando o direito a acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha). É ainda estabelecer vínculos solidários e de participação coletiva, por meio da gestão participativa, com os trabalhadores e os usuários, garantindo educação permanente aos trabalhadores do SUS de seu município.

O trabalho é visto como uma categoria central na construção dos sujeitos, a partir de um processo dialético em que o sujeito se constrói ao mesmo tempo em que atua e se reconhece como pertencente ao seu ambiente de trabalho. Portanto, sua identidade, sua inserção social e sua participação na sociedade como cidadão estão fortemente associadas à sua condição nas relações de trabalho. A Humanização busca reverter um quadro de mecanicismo, automatismo ou tecnicismo do processo de trabalho, a partir do investimento na construção de um novo tipo de interação entre os diferentes atores envolvidos na produção de saúde. No eixo da gestão do trabalho propõe-se que a articulação entre os diferentes atores envolvidos no processo de atenção à saúde se desenvolva no sentido de buscar a participação coletiva no processo de gestão, com vistas ao desenvolvimento de co-responsabilidades, ao estabelecimento de vínculos solidários, à indissociabilidade entre atenção e gestão e ao fortalecimento do SUS.

Integralidade

A integralidade guarda uma relação mais imediata com a dimensão em que queremos tratar o movimento de criação da diversidade e de construção de respostas às tensões dela advindas. Entre os princípios do SUS, é o que mais conduz o desafio de realizar os valores de

justiça, democracia e efetividade do acesso à saúde para a intimidade do núcleo tecnológico das práticas de saúde. O princípio da universalidade nos impulsiona a construir o acesso para todos, o da equidade nos exige pactuar com todos o que cada um necessita, mas a integralidade nos desafia a saber e fazer “o quê” e “como” pode ser realizado em saúde para responder universalmente às necessidades de cada um.

Juventude

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera, ainda, como juventude o período que se estende dos 15 aos 24 anos, identificando A&J (de 15 a 19 anos) e adultos jovens (de 20 a 24 anos).

Lazer

Espaço e tempo de expressão, realização, usufruto e produção de cultura. É no âmbito das manifestações culturais do lazer e por intermédio delas que pessoas e coletivos, conscientemente ou não, praticam a crítica do cotidiano e reinventam os modos de fazer a vida. Também é um direito social e, portanto, questão de Estado. Nesse sentido, as políticas de lazer buscam responder às necessidades no que se refere aos bens culturais da população.

Modelo assistencial

O modelo de atenção à saúde é a convergência de horizontes entre os diversos discursos acerca de modos de operar e gerir as tecnologias de atenção à saúde de indivíduos e populações. Vale lembrar que essas tecnologias nunca são completamente moldadas pelos modelos. Estes nascem de experiências e potencialidades inscritas em um conjunto de técnicas e arranjos tecnológicos, que incluem os conceitos e teorias postos em uma dada circunstância histórica e social (Mendes-Gonçalves, 1994). O modelo, uma vez conformado e aplicado, instrui, de volta, a utilização dessas tecnologias. Nessa dialética entre sua organização conforme modelos e seu operar cotidiano, as tecnologias apresentam uma inexorável abertura em seu devir prático, evidenciando alcances, limites, sinergias e tensões que nos levam a requalificar, adaptar e diversificar o seu uso, assim como a buscar novas técnicas e conceitos e/ou novos arranjos tecnológicos para sua operação. Dessa forma, são gerados novos horizontes discursivos acerca da aplicação e da gestão das tecnologias. Novos modelos se conformarão na medida do sucesso alcançado na convergência entre os diversos discursos em interação - no sentido de "fusão de horizontes" (Gadamer, 1999) - acerca dos "que" e "como" fazer, em sentidos que podem abarcar dimensões operacionais, estratégicas, materiais, conceituais, filosóficas e éticas. Forma de organização do serviço de saúde que, historicamente, prevê o fluxo de atendimento centrado na consulta médica.

Necessidades (e demandas de Serviços de Saúde)

Serviços de saúde requeridos por uma população ou comunidade; inclui a avaliação e a identificação das necessidades percebidas pelo grupo, calculadas através de critérios e métodos científicos.

Práticas corporais

Práticas sociais que podem circunscrever-se em práticas de saúde e de cuidado. São saberes e práticas que expressam a cultura corporal de indivíduos e coletivos. Traduzem a diversidade e a singularidade de sentidos, valores e significados relativos ao corpo e, portanto, potencializam "encontros" - conversa e escuta - visando a produção de saúde.

Processo de trabalho

O processo de trabalho em saúde tem ressaltado que as instituições devem ser espaço de produção de bens e serviços para os usuários, e também espaço de valorização do potencial inventivo dos sujeitos que trabalham nessas instituições/serviços: gestores, trabalhadores e usuários. Para dar conta da realidade complexa do trabalho, os trabalhadores são convocados a criar, a improvisar ações, a construir o curso de suas ações, a pensar o melhor modo de trabalhar, a maneira mais adequada de realizar o trabalho, de forma a atender os

diversos contextos específicos. Os trabalhadores costumam adotar um determinado tipo de organização do trabalho: uma forma específica de agir, de se relacionar entre si e com os usuários, e de estabelecer regras específicas na divisão do trabalho na prestação dos cuidados. No processo de trabalho, os trabalhadores “usam de si” por si. A cada situação que se coloca, o trabalhador elabora estratégias que revelam a inteligência que é própria de todo trabalho humano. Portanto, o trabalhador também é gestor e produtor de saberes e novidades. Trabalhar é gerir. Gerir junto com os outros.

A criação implica experimentação constante, maneiras diferentes de fazer. Assim, evita-se fazer a tarefa de forma mecânica, em um processo de aprendizagem permanente, uma vez que se questionam as prescrições e se constroem outros modos de trabalhar para dar conta de uma situação nova e imprevisível. O trabalho ocupa um lugar privilegiado na vida dos seres humanos. Não é neutro em relação ao que provoca no sujeito: nos serviços de saúde, o trabalho é potencialmente produtor de sentido, quando é inventivo e participativo; e pode ser também produtor de sofrimento e desgaste, quando é burocratizado, fragmentado e centralizado.

Promover saúde nos locais de trabalho é aprimorar a capacidade de compreender e analisar o trabalho de forma a fazer circular a palavra, criando espaços para debates coletivos. A gestão coletiva das situações de trabalho é critério fundamental para a promoção de saúde. Trata-se de compreender as situações nas quais os sujeitos trabalhadores afirmam sua capacidade de intervenção no processo de tomada de decisões no âmbito das organizações de saúde, aquecendo, ativando e constituindo redes de produção de saúde de modo complementar e solidário.

Promoção da saúde (Política Nacional de)

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) foi aprovada em 30 de março de 2006 pela Portaria GM nº 687 e compõem as prioridades do Pacto Pela Vida.

O documento da PNPS retoma as discussões da 8ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1986) para ratificar a necessidade de que o processo saúde-adoecimento seja compreendido e abordado a partir de sua determinação social.

Afirma-se que a Promoção da Saúde é uma das estratégias de produção da saúde, cuja especificidade é o fortalecimento da abordagem dos determinantes sociais nas ações do setor Saúde, potencializando formas mais amplas de pensar e trabalhar junto aos sujeitos e às comunidades. Nessa direção, as ações de Promoção da Saúde tomam como foco os modos de viver de sujeitos e comunidades, entendendo que estes não se referem ao exercício da vontade e/ou liberdade individual e comunitária. Ao contrário, sujeitos e comunidades elegem determinadas opções de viver como desejáveis, organizam suas escolhas e criam outras possibilidades para satisfazer suas necessidades, desejos e interesses no contexto de suas próprias vidas. Ou seja, é com base na disponibilidade de acesso a determinadas informações, políticas públicas, renda, moradia e bens de consumo, dentre outros fatores que constroem uma sociedade e são por ela construídos, que existirá mais saúde ou mais adoecer.

O agir do sanitário, portanto, consiste no estabelecimento de uma rede de compromissos e co-responsabilidades em favor da vida, da redução dos riscos a que ela está exposta e da melhoria de sua qualidade e condições. Ao mesmo tempo, implica na capacidade de gestores e trabalhadores do SUS investirem na consolidação de mecanismos intersetoriais, participativos e solidários para equacionar as necessidades de saúde de um território.

Risco

Probabilidade de ocorrência de efeitos adversos à saúde humana, animal e ao meio ambiente.

Supervisão

Acompanhamento técnico e reflexivo entre os profissionais, a respeito dos problemas ligados ao trabalho, ao cuidado em saúde.

Tabus

Crenças e representações tidas como verdades absolutas e inquestionáveis e que também evidenciam uma marca ou um traço, geralmente negativo. Por serem entendidos como inquestionáveis os tabus não costumam ser objetos de reflexão ou de compartilhamento, e podem definir situações de sofrimento social e psíquico. Por exemplo o tabu da virgindade, o tabu da homossexualidade, o tabu da loucura, etc.

Territorialização

É um método de conhecer o espaço, as pessoas, os equipamentos sociais, os recursos e as necessidades de saúde de um determinado território/área que é de responsabilidade da unidade de saúde. Este processo deve ser realizado pela equipe de saúde, e não apenas por alguns trabalhadores, como os ACSs. Conhecer o território neste sentido significa poder realizar propostas de promoção, prevenção e cuidado mais coerentes, efetivas e singularizadas para aquele cenário.

Trabalho em equipe

Trabalho em equipe ou trabalho de equipe é quando um grupo ou uma sociedade resolve criar um esforço coletivo para resolver um problema. O trabalho em equipe pode também ser descrito como um conjunto ou grupo de pessoas que se dedica a realizar uma tarefa ou determinado trabalho, o que possibilita a troca de conhecimento e agilidade no cumprimento de metas e objetivos compartilhados.

Vulnerabilidade

O conceito de vulnerabilidade é instrumental importante para a investigação/intervenção social, pois reflete sobre os diferentes graus e naturezas da suscetibilidade de indivíduos e coletividades aos riscos de adoecimento, considerando as particularidades de cada situação, entendida no conjunto dos aspectos sociais (ou contextuais), programáticos (ou institucionais) e individuais (subjetivos) (Ayres, França Júnior, Calazans, 1998). Trata-se de um *“...esforço de produção e difusão de conhecimento, debate e ação sobre os diferentes graus e naturezas da suscetibilidade de indivíduos e coletividades à infecção, adoecimento ou morte pelo HIV, segundo a particularidade de sua situação quanto ao conjunto integrado dos aspectos sociais (ou contextuais), programáticos (ou institucionais) e individuais (ou comportamentais) que os põem em relação com o problema e com os recursos para seu enfrentamento. Como horizonte teórico, e instrumental conceitual, a vulnerabilidade surge, em síntese, como um modo de avaliar objetiva, ética e politicamente as condições de vida que tornam cada um de nós expostos ao problema e os elementos que favorecem a construção de alternativas reais para nos protegermos a todos.”*(Ayres, França Júnior, Calazans, 1998, p.2)

Realização



Parceria



Supervisão Técnica de Saúde do Butantã
Secretaria Municipal de Saúde

Apoio

