



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ – UECE  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
MESTRADO ACADÊMICO EM CUIDADOS CLÍNICOS EM  
SAÚDE - ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ENFERMAGEM**

**PRODUÇÃO DO CUIDADO AO ADOLESCENTE NA  
ATENÇÃO BÁSICA: SUBSÍDIOS PARA PRÁTICA  
CLÍNICA**

**JULIANA FREITAS MARQUES**

**FORTALEZA – CE**

**2010**

**JULIANA FREITAS MARQUES**

**PRODUÇÃO DO CUIDADO AO ADOLESCENTE NA ATENÇÃO BÁSICA:  
SUBSÍDIOS PARA A PRÁTICA CLÍNICA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos, da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Cuidados Clínicos em Saúde.

Orientador(a): Maria Veraci Oliveira Queiroz

Fortaleza – Ceará

2010

**JULIANA FREITAS MARQUES**

**PRODUÇÃO DO CUIDADO AO ADOLESCENTE NA ATENÇÃO BÁSICA:  
SUBSÍDIOS PARA A PRÁTICA CLÍNICA**

Dissertação de Mestrado submetida ao Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos, da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Cuidados Clínicos em Saúde.

Aprovada em: 04 de Fevereiro de 2010

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Veraci Oliveira Queiroz  
Universidade Estadual do Ceará  
Orientadora

---

Profa. Dra. Patrícia Neiva da Costa Pinheiro  
Universidade Federal do Ceará  
(1º examinador)

---

Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge  
Universidade Estadual do Ceará  
(2º examinador)

## DEDICATÓRIA

*À Deus, por todas as possibilidades concedidas em minha vida pessoal e profissional, pela força e coragem para lutar pelos meus sonhos e objetivos, e discernimento para enfrentar os obstáculos desta caminhada.*

*Aos meus pais, Luciano e Jane, pelo amor e dedicação durante todos esses anos e por terem investido tudo que tinham na minha educação e na minha formação. Obrigada por apoiarem minhas escolhas, por apostarem nos meus sonhos e por iluminarem cada dia na minha vida.*

*Aos adolescentes que fizeram parte da pesquisa, por terem confiado em mim e compartilhado suas idéias, seus pensamentos, seus anseios e sonhos na construção do cuidado integral.*

## **AGRADECIMENTOS**

À minha família, tios, primos, afilhados e ao meu irmão, Paulo Rannier, pessoa especial que esteve do meu lado sempre, compartilhando alegrias e dividindo as tristezas.

Ao meu noivo, Rafael, pelo companheirismo e amor nesses anos de convivência e pelo apoio nos momentos mais difíceis. Em você encontro a paz, a maturidade, a dedicação e a alegria de viver, compartilhando sonhos e expectativas em relação ao nosso futuro.

Às minhas amigas Karla, Régia, Linicarla e Mônica. Obrigada por fazerem parte dessa conquista.

À Kerley pela disponibilidade e compromisso em participar da coleta de dados.

Aos professores e funcionários do CMACCLIS pela dedicação e esforço no aprendizado compartilhado.

Aos professores e servidores do Centro Municipal Saúde Escola Projeto Nascente pela acolhida e boa receptividade.

Às professoras Salete e Patrícia Neiva por aceitarem participar da banca examinadora e pelas valorosas contribuições.

Aos profissionais e gestores da Unidade Básica de Saúde Projeto Nascente pelo empenho e interesse em construir um grupo de adolescentes.

À Secretaria Municipal de Educação do município de Fortaleza pela contribuição para a concretização da pesquisa.

## **AGRADECIMENTO ESPECIAL**

À minha querida orientadora Maria Veraci Oliveira Queiroz. Foram seis anos de convivência, entre a graduação e o mestrado, e muita experiência e sabedoria compartilhada. Devo a você todo o meu respeito e admiração profissional e pessoal, e agradeço pela dedicação, carinho, atenção, compreensão, paciência e tolerância dispensadas a mim durante esses anos. Pelos bons momentos e pelos momentos difíceis vividos nessa caminhada, pela amizade, parceria e confiança... Muito obrigada.

## RESUMO

MARQUES, J. F. **Produção do cuidado ao adolescente na atenção básica: subsídios para a prática clínica**. 2010. Dissertação. (Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde) – Centro de Ciências da Saúde – Universidade Estadual do Ceará, 2010.

A adolescência é um período de crescimento e desenvolvimento com mudanças rápidas e substanciais sobre os aspectos físicos, sexuais, cognitivos e emocionais. Tais transformações trazem demandas e necessidades de saúde diferentes daquelas que ocorrem na fase infantil. Assim, as situações de saúde e cuidado nessa fase devem ser analisadas e compreendidas para que a oferta dos serviços seja efetivada na perspectiva da integralidade. O estudo teve como objetivos: descrever as concepções do adolescente sobre saúde, cuidado e produção do cuidado na atenção básica; analisar a produção do cuidado na atenção básica enfocando os dispositivos da integralidade, na ótica dos adolescentes e compreender a forma como se dão as relações entre os adolescentes e a equipe de saúde, a oferta de serviços, o acesso, o acolhimento nas unidades de saúde e o vínculo dos adolescentes na atenção básica. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, portanto descreve e compreende a realidade a partir das experiências dos sujeitos. Participaram da pesquisa doze adolescentes que estudavam no Centro Municipal de Educação e Saúde Projeto Nascente, localizado na regional VI, na cidade de Fortaleza, Ceará e que freqüentavam a unidade de saúde anexa à escola. A coleta das informações ocorreu nos meses de setembro e outubro de 2009, com a realização de três seções de grupo focal no ambiente escolar. A pesquisa atendeu aos critérios éticos presentes na Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. As informações emergidas nas discussões dos grupos foram submetidas a análise de conteúdo, proposta por Bardin (2008), seguindo as etapas sugeridas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados que deram origem as temáticas principais: Concepções dos adolescentes sobre Saúde e Cuidado; Vivências e experiências dos adolescentes na produção do cuidado: um olhar para a atenção básica; Necessidades dos adolescentes sobre a produção do cuidado na perspectiva da integralidade. A estruturação das temáticas deu origem a construção das categorias que possibilitou compreender as concepções de saúde para os adolescentes, as concepções de cuidado, os dispositivos da integralidade, como acesso, acolhimento e vínculo na produção do cuidado, a construção de um fluxograma descritor e a compreensão das necessidades dos serviços na produção do cuidado. As concepções de saúde para os adolescentes se traduziram em qualidade de vida, felicidade e pela dimensão espiritual. As representações de cuidado enfocaram ações realizadas para o cuidar da saúde, como realizar atividade física, ter uma alimentação saudável e ter um bom convívio social. Emergiu ainda, o cuidado com o meio ambiente, envolvendo atividades de preservação da natureza. Os adolescentes discorrem sobre suas necessidades e as necessidades do serviço na produção do cuidado. Neste sentido, demonstram insatisfação pela demora no atendimento junto aos profissionais, dificuldade de acesso à medicação e a relação superficial com a equipe de saúde gerando um sentimento de desvalorização quando chegam ao serviço em busca de cuidados. Dentre os diversos aspectos destaca-se, a importância de o profissional perceber suas necessidades e envolver ações de orientações em saúde de forma participativa com integração dos setores saúde e educação na construção de uma rede de cuidado para o adolescente, favorecendo a perspectiva de integralidade.

**PALAVRAS-CHAVE:** adolescente, cuidado, atenção básica, integralidade.

## ABSTRACT

MARQUES, J. F. **Production of care to adolescents in primary health care: support for clinical practice.** [Dissertation]. Academic Masters Degree in Health Clinical Care: State University of Ceará. 2010.

Adolescence is a period of growth and development with fast and notorious changes in physical, sexual, cognitive and emotional aspects. Such transformations bring demands and needs of health different from those in childhood. Health and care situations in this phase should be analyzed and understood so that the offer of services is executed in the perspective of integrality. The study had as objectives: to describe adolescent's conceptions on health, care and care production in primary health care; to analyze the care production in primary health care focusing on the devices of integrality in the adolescents' view and understand the way they feel the relationships between adolescents and health team, services offer, access, reception in health units and the adolescents' bonds in primary health care. This is a qualitative research therefore it describes and understands reality based on subjects' experiences. Twelve adolescents participated in the research, they studied in the Municipal Center of Education and Health Nascent Project, located in the Regional Executive Secretariat VI, in the city of Fortaleza, Ceará-Brazil and attended the health unit enclosed to the school. Data collection happened in September and October 2009, with three focal group sections in the school environment. The research followed the ethical precepts present in the Resolution n° 196/96 of the National Health Council. The information verified in group discussions were submitted to Bardin's (2008) content analyses, following the suggested stages: pre-analysis, material exploration and treatment of the results that gave origin to the main thematic: Adolescents' conceptions on Health and Care; Adolescents' Experiences in care production: a look at primary health care; Adolescents' Needs on Care Production in the Perspective of Integrality. Thematic structuring originated the construction of categories that made possible to understand the health concepts to adolescents, the care concepts, the devices of integrality as access, reception and bonds in care production, the construction of a descriptive fluxogram and the comprehension of adolescents' health needs. Health concepts for adolescents were translated in life quality, happiness and through spiritual dimension. Care representations focused on actions carried out to promote health care, how to practice physical activity, to have a healthy eating and to have a good social life. It also showed up the care with the environment, involving activities to preserve nature. Devices of integrality were identified by adolescents' as disappointing because of professionals' delay in assisting them, the difficult access to medication, the superficial relationship with the health team and a depreciation feeling when they attend to the service in search of care. And among the several aspects verified it stands out the importance of understanding adolescents' needs and demands in care production, showing that teenagers lack orientations in health and that integration between health and education can favor the construction of a care net to adolescents. We believe that this study can contribute to the comprehension of the adolescents' care needs, collaborating for the reorganization of health services in integral care to adolescents.

**KEYWORDS:** Adolescent, Care, Primary Health Care.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Desenho do Adolescente (A4). CMES, 2009 .....	57
Figura 2: Determinantes sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead .....	58
Figura 3: Desenho do adolescente (A9). CMES, 2009 .....	59
Figura 4: Desenho do Adolescente (A2). CMES, 2009 .....	61
Figura 5: Desenho do Adolescente (A12). CMES 2009 .....	75
Figura 6: Desenho da Adolescente (A1). CMES, 2009 .....	90
Figura 7: Desenho da Adolescente (A4). CMES, 2009 .....	94
Figura 8: Desenho do Adolescente (A11). CMES, 2009 .....	95
Figura 9: Desenho do adolescente (A2). CMES, 2009 .....	97

## LISTA DE DIAGRAMAS, FLUXOGRAMAS E QUADROS

Diagrama 1: Gestão do SUS e os seus fluxos na produção do cuidado.....34

Mapa 1. Divisão da Secretaria de Saúde do Município de Fortaleza.....45

Quadro 1: Construção das unidades de análise, segundo Bardin (2008).....51

Fluxograma 1: Fluxograma descritor do acesso do adolescente aos cuidados ofertados por uma unidade básica de saúde da família, situada na regional IV, Fortaleza-Ceará.....85

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ADOLEC	Saúde na Adolescência
CMES	Centro Municipal de Educação e Saúde
CNPq	Centro Nacional de Pesquisa e Tecnologia
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EJA	Educação de Jovens e Adultos
ESF	Estratégia Saúde da Família
FUNABEM	Fundação Nacional do Bem Menor
GF	Grupo Focal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LBA	Legião Brasileira de Assistência
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PNAD	Pesquisa nacional por amostras por domicílio
PROSAD	Programa Saúde do Adolescente
SAM	Serviço de Assistência ao Menor
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SER	Secretaria Executiva Regional
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UECE	Universidade Estadual do Ceará
UFF	Universidade Federal Fluminense
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
USP	Universidade de São Paulo

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>23</b>
<b>3</b>	<b>EIXO TEÓRICO DA PESQUISA.....</b>	<b>24</b>
	3.1 Políticas de Atenção à Saúde do Adolescente: breve contexto histórico e social .....	24
	3.2 O Sujeito Adolescente e o Cuidado em Saúde.....	31
	3.3 A Produção do Cuidado ao Adolescente na Atenção Básica e sua Interface com a Clínica. ....	35
<b>4</b>	<b>PERCURSO METODOLÓGICO .....</b>	<b>43</b>
	4.1 Natureza do Estudo .....	43
	4.2 Campo da Pesquisa .....	43
	4.3 Participantes da pesquisa.....	45
	4.4 Período e estratégia de coleta das informações.....	46
	4.5 Análise das Informações .....	48
	4.6 Aspectos Éticos .....	49
<b>5</b>	<b>RESULTADOS: ANÁLISE E COMPREENSÃO DO FENÔMENO .....</b>	<b>51</b>
	<b>Temática 1. Concepções dos adolescentes sobre Saúde e Cuidado .....</b>	<b>54</b>
	Categoria 1: Concepções de saúde para os adolescentes.....	56
	Categoria 2: Concepções de cuidado para o adolescente .....	62
	<b>Temática 2. Vivências e Experiências dos adolescentes na produção do cuidado: um olhar para a atenção básica .....</b>	<b>67</b>
	Categoria 3: Acesso, acolhimento e vínculo produzido na unidade básica de saúde na visão dos adolescentes.....	69
	Categoria 4: Fluxograma descritor do cuidado ao adolescente na atenção básica. ....	82
	<b>Temática 3. Necessidades dos adolescentes e a produção do cuidado na perspectiva da integralidade .....</b>	<b>88</b>
	Categoria 5: Necessidades de saúde dos adolescentes na produção do cuidado .....	91
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS, CONTRIBUIÇÃO PARA O SUS, LIMITES E AVANÇOS DA PESQUISA.....</b>	<b>100</b>
<b>7</b>	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>104</b>

## APÊNDICES

## ANEXOS

# **1 INTRODUÇÃO**

## **1.1 Aproximação com o tema**

Ao ingressar no Curso de mestrado, minha experiência inicial como enfermeira, recém formada, havia sido na atenção básica, fazendo parte da equipe profissional da Estratégia Saúde da Família (ESF). Durante o tempo em que atuei como enfermeira assistencial, pude desenvolver os programas que se inserem na ESF e observei que alguns grupos etários eram, pode-se assim dizer, mais privilegiados que outros, no tocante à cobertura e ao próprio cuidado que era produzido na unidade de saúde.

Ao longo dessa experiência, constatei que os programas oferecidos seguiam uma lógica compartimentalizada de atendimento, permitindo que algumas demandas fossem mais visibilizadas do que outras. Assim, na assistência oferecida aos usuários, pude perceber que as ações de saúde eram desenvolvidas em forma de programas destinados aos diversos segmentos: criança, mulher, adulto e idoso, tornando-se visíveis algumas lacunas em relação à saúde do adolescente. O cuidado prestado ao adolescente ficava muitas vezes voltado à saúde reprodutiva, estando este grupo presente nos diversos atendimentos, mas de forma assistemática. A assistência a essa clientela ocorria de forma rápida, onde o foco principal do cuidado era a doença e o agravo, não se percebendo espaços para os profissionais conversarem com os adolescentes sobre o que os levavam a procurar o serviço, quais suas necessidades e o que os afligiam em relação à sua saúde, e qual seria o direcionamento ideal das ações destinadas a esse público.

Em contatos com esses adolescentes durante o atendimento nesse serviço, fui percebendo que os mesmos procuravam a unidade permeados de dúvidas e ansiedades, e se mostravam muito receptivos as orientações sobre saúde, as conversas sobre sexualidade, doenças sexualmente transmissíveis, gravidez e drogas. Porém, sabe-se que as necessidades de saúde deste grupo não envolvem apenas a saúde reprodutiva e sexual, mas perpassam por outros

aspectos biológicos, cognitivos e sociais que se integram na multidimensionalidade deste ser.

Após contato com minha orientadora no mestrado, e por meio de sua experiência no campo científico, nossas idéias foram aproximadas e surgiu o interesse em realizar a dissertação de mestrado na temática atenção à saúde do adolescente. Desta forma, a dissertação é um recorte do projeto da orientadora, que assume a coordenação da pesquisa: “Necessidades e demandas de cuidados ao adolescente na atenção básica”, pesquisa financiada pelo CNPq.

Os vários questionamentos que foram conjugados entre orientanda e orientadora conduziram a busca de respostas por intermédio da pesquisa que foi construída com os sujeitos adolescentes, constituindo formas de pensar a realidade e responder as questões que conduziram a investigação.

Contamos com outros motivos, baseados em informações tácitas e científicas, que motivaram a prosseguir nesta investigação. Observa-se elevada freqüência de adolescentes que procuram diariamente atendimento nas unidades, tendo, portanto, oportunidade de interagir com esses sujeitos; por ser a atenção básica um espaço de atenção que incluem vários campos de atuação profissional, seja assistencial, educativa e de promoção da saúde, sendo um local adequado a pensar a atenção a essa população com vistas à discussão sobre os aspectos da integralidade e outros dispositivos que venham possibilitar a produção do cuidado de aproximando-se dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Assim, intenciona-se elucidar os principais questionamentos que envolvem a produção do cuidado ao adolescente na atenção básica, na tentativa de trazer para discussão e reflexão o contexto da prática e os fundamentos teóricos que embasam a atenção a saúde do adolescente.

## 1.2 Objeto de Estudo

Na sociedade contemporânea, a fase da adolescência ocupa um espaço e um imaginário decorrentes das mudanças sociais nos últimos anos, que permitiram maior visibilidade e participação dos adolescentes na vida social. No aspecto conceitual, o processo de adolecer pressupõe o amadurecimento corporal, sexual, psicológico e social, deduz-se que a adolescência começa na puberdade, com as primeiras alterações corporais e comportamentais e finaliza quando a pessoa assume sua identidade pessoal e profissional (TAQUETTE et al, 2005; HEIDEMANN, 2006).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a adolescência como um processo fundamentalmente biológico, no qual se acelera o desenvolvimento cognitivo e a estruturação da personalidade. Abrange o adolecer em duas etapas: a pré-adolescência que constitui a faixa etária de 10 a 14 anos e a adolescência propriamente dita que vai dos 15 aos 19 anos (TAQUETTE et al, 2005).

Já o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) define que a adolescência se inicia aos 12 anos e termina aos 18 anos. Pelo código civil brasileiro, atinge-se a maioridade aos 18 anos, porém é permitido votar aos 16 (HEIDEMANN, 2006).

Entretanto, a adolescência é uma etapa da vida que não podemos delimitar em marcos cronológicos ou cognitivos, haja vista que a estruturação da personalidade e o desenvolvimento orgânico sofrem influências externas e podem sofrer alterações conforme seu processo de construção. E ainda, porque tais definições podem dificultar ainda mais no entendimento dessa fase, impedindo que se tenha clareza em relação aos seus direitos e deveres.

É importante ressaltar que a escolha da adolescência como foco de estudo não pode deixar de trazer alguns dados importantes que ajudam a compreender o contexto destes sujeitos. A população de adolescentes no ano de 2007, segundo a pesquisa nacional de amostra por domicílio (PNAD), representa 14% da população total brasileira, o que representa 28 milhões de adolescentes em todo o país (IBGE, 2008). Entretanto, “46% de crianças e

adolescentes de até 16 anos estão na indigência ou na miséria e 56% das mortes de crianças e adolescentes são causadas por desnutrição, drogas e violência urbana” (AMARANTE, p.56, 2007).

Tais informações apontam para uma situação de exclusão social, violência e risco de vida, revelando as muitas necessidades dos adolescentes que resultam em demandas no campo da saúde.

Nesse sentido, as necessidades de saúde dos adolescentes, muitas vezes, não estão ligadas diretamente a problemas na esfera orgânica, podendo ser influenciada pelas más condições de vida, pelas situações de abandono, e envolvimento com prostituição, ou até uso de drogas, como também ocasiões que o adolescente sofre algum tipo de violência. Assim, os serviços de saúde devem estar preparados para oferecer cuidados a esses jovens, baseando-se na integralidade, princípio universal do Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se, então, do reconhecimento das diferentes necessidades, de sujeitos também diferentes, para atingir direitos iguais (TAQUETTE et al., 2005).

Trazendo o pensamento de Campos (2008), a existência de muitas adolescências, e respectivamente de suas necessidades, é uma construção social proposta para homens e mulheres com idade entre 12 e 18 anos visto que dada à diversidade de condições de vida dessa população, não há um modo único, universal e totalizante de viver a adolescência e o seu processo de saúde. Assim, há muitas possibilidades dos jovens poderem se inserir, em sua comunidade, como sujeitos, criando novas maneiras de viver, novos modos de pensar, explorando um novo saber-fazer na produção da saúde.

Os adolescentes são percebidos, ainda, pelos adultos em geral, como sujeitos que não possuem autonomia frente aos seus direitos e desejos na esfera da saúde, embora sejam vistos como depositários das possibilidades de mudança de um melhor prognóstico para o mundo. A sociedade acaba por estabelecer valores dicotômicos e ambíguos em relação a eles, esperando que sejam responsáveis por seus atos, entretanto parece não reconhecer a legitimidade dos seus direitos e as possibilidades decorrentes do exercício

destes, principalmente quando se trata de assuntos que envolvem a sua saúde e o seu cuidado (OLIVEIRA; LYRA, 2008).

Dessa forma, a competência para a realização do cuidado ao adolescente é, muitas vezes, questionada, pois muitos profissionais de saúde ressaltam que os adolescentes não têm autonomia, ou seja, as decisões sobre sua saúde passam pelo crivo de seus pais/responsáveis (LIEBESNY; OZELLA, 2002). Entretanto, Ramos, Monticelli e Nitschke (2002) advogam que para essa autonomia possa ser exercida, o setor saúde e outros setores sociais precisam construir práticas que favoreçam o reconhecimento, pelo grupo, de suas próprias potencialidades para decidir e responsabilizar-se por sua saúde segundo valores éticos de solidariedade e equidade.

Assim, deve-se atentar para o fato de que esses jovens devem ser considerados sujeitos ativos em constante processo de construção e transformação de si e das próprias relações sociais. Ao viver seu cotidiano, os adolescentes interiorizam valores que constituem essas relações e, assim, vão construindo suas próprias formas de perceber o mundo e estar nele. Esse sentido é próprio do sujeito, e vai constituir a base sobre a qual continuará construindo suas relações e seus sentidos. É através dessa construção que o adolescente torna-se um sujeito autônomo dentro do seu processo de saúde (LIEBESNY; OZELLA, 2002).

As ações de cuidado embasadas pelas noções da integralidade da atenção propiciam a reorientação do planejamento de saúde para uma base populacional específica, como o adolescente, que poderá gerar a promoção da saúde com medidas gerais e a proteção com medidas específicas para a prevenção de agravos e para a realização do cuidado clínico (FERRARI, THOMSON, MELCHIOR, 2008).

Nesse sentido, o cuidado deve ser embasado em práticas clínicas fortemente relacionado e sustentado pelo trabalho e cuidado de enfermagem, exigindo novas pautas, propostas e metodologias de intervenção por meio de novas formas de compreender os processos sociais, biológicos, subjetivos e institucionais que conformam a qualidade de vida dos adolescentes brasileiros.

Assim, novas formas de conceber e atuar só são elaboradas num processo em que confluem perspectivas diferenciadas - do ponto de vista e das situações peculiares de todos os sujeitos (profissionais, adolescentes, família), em que interesses e estratégias compartilhadas fortalecem o espaço institucional em articulação aos múltiplos espaços de estruturação da vida individual e coletiva (ABEN, 2001).

Corroborando com o pensamento de Pinheiro e Guizardi (2006), as práticas do cuidado, quando tomadas de fonte de criatividade e de críticas, podem potencializar ações emancipatórias e de liberdade, tanto do conhecimento científico – que está aprisionado ao método que o legitima e lhe confere autoridade – quanto da própria sociedade, ao possibilitar-lhe a expressão de sua participação ativa e constituinte de novos e críticos saberes sobre sua saúde e de fontes de sua construção.

Por isso, torna-se necessário repensar novas modelagens assistenciais, assentadas em diretrizes da integralidade. Assim há que se aprofundar o debate sob novos fundamentos teóricos, particularmente sobre a natureza do processo de trabalho, particularmente a sua micropolítica e a sua importância na compreensão da organização da assistência à saúde. Propostas alternativas de modelagem dos serviços de saúde buscam incorporar outros campos de saberes e práticas em saúde e configurar outras formas de organização da assistência anti-hegemônicas. Estas ações diferenciadas na produção da saúde operam tecnologias voltadas para a produção do cuidado e apostam em novas relações entre trabalhadores e usuários, tentando construir um devir para os serviços de saúde, centrado nos usuários e nas suas necessidades e estabelecendo um contraponto à saúde (MALTA, et al. 2004).

Corroborando com tais prerrogativas, Franco, Andrade e Ferreira (2009, p. 13) partem da idéia que “o cuidado é uma produção social no cenário da micropolítica e práticas de saúde e também uma produção subjetiva expressa pela força desejante de cada trabalhador, usuário e gestor do SUS”. Afirma o autor que estas dimensões têm sido esquecidas nos cenários da avaliação dos serviços de saúde, e, assim, propõe incluir tais discussões em seus estudos

sobre a produção do cuidado, sendo esta entendida como a “produção subjetiva”.

Associada a esta idéia de produção do cuidado, vale salientar que ao falar de modelos de assistência na atenção básica é importante destacar o atual modelo vigente, que consta na Constituição Federal, nas Leis Orgânicas Municipais e na Legislação do SUS, e destina-se a cumprir os princípios do SUS, sob a égide da Estratégia Saúde da Família (ESF). Esta é o eixo norteador da atenção básica e sua expansibilidade tem favorecido a equidade e a universalidade da assistência. No caso da ESF, a equipe de saúde deve estar capacitada para executar ações de busca ativa de casos na comunidade adscrita, mediante visita domiciliar e acompanhamento ambulatorial (ALVES, 2005; FERRARI, THOMSON, MELCHIOR, 2008).

Com a Estratégia da Saúde da Família e o foco na atenção básica, os trabalhadores de saúde tendem a se tornar mais próximos e integrados com os valores e saberes dos adolescentes e de suas famílias, o que fazem com que tais trabalhadores busquem outros referenciais além dos biológicos, já que se reconhece que são necessárias ações descentralizadas para a adesão a tratamentos e cuidados. Em longo prazo, estas ações estão profundamente imbricadas com a cultura, ou seja, com os estilos de vida, hábitos, rotinas e rituais na vida desses jovens (BOEHS, et al. 2007).

Assim, ao realizar um levantamento bibliográfico sobre a temática cuidado do adolescente na atenção básica, encontramos diversos estudos que apontam uma abordagem tecnicista, voltada para o saber biomédico, pautada em procedimentos e com foco na doença. Porém, percebemos que houve um avanço, e que muitos estudos vêm abordando perspectiva mais humanizadora e integral. Para o levantamento dos estudos, utilizamos as bases de dados: Scielo, Lilacs, Medline, Adolec, Google acadêmico, bem como a busca de teses e dissertações sobre a temática em sites de universidades brasileiras, como a USP, UNICAMP, UFRJ e UFF. Realizou-se, ainda, a busca de livros, manuais técnicos e documentos legais sobre a saúde do adolescente em sites especializados.

Utilizamos como descritores: Adolescente, Adolescência, Atenção Primária, Atenção Básica. A exemplo cita-se a base de dados Lilacs que apresentou 191 estudos relacionados com a temática, e a base de dados especializada em saúde do adolescente – ADOLEC – que apresentou 818 estudos. Realizando um refinamento dos diversos estudos encontrados, alguns autores trazem uma abordagem da saúde do adolescente voltada ao modelo hegemônico, focando uma visão curativa e institucionalizada do cuidado. Dentre esses autores, citaremos alguns: LEMOS; LIMA; MELLO (2004), BRUSCHI, et al. (2005), GARCIA; BARRA (2005), AVANCI, et al. (2005), AGUIAR et al. (2005), ILIAS, et al. (2006), PELLISON, et al. (2007), ANTUNES, et al. (2008), ARREGUY-SENA; CARVALHO (2008), TEIXEIRA, et al. (2007), BOARATI; FU-I (2008), DOHNERT; TOMASI (2008).

Poucos foram os estudos que abordaram a adolescência com foco na promoção da saúde e na valorização dos saberes e práticas culturais na produção do cuidado e o foco da integralidade. Dentre os estudos encontrados, temos os autores: LIMA; ROCHA; SCOCHI (1999), PERES; ROSEMBURG (1998), FERREIRA (2006), FERREIRA et al. (2007).

Enfatiza-se que o desconhecimento sobre as características específicas dos adolescentes e a desvalorização das percepções e significados construídos sobre a saúde e os meios terapêuticos distanciam cada vez mais as ações profissionais das necessidades e das práticas individuais de cuidados, inviabilizando uma assistência qualificada em termos de eficácia e resolutividade dos problemas que atingem a saúde dos adolescentes.

No âmbito da atenção ao adolescente percebe-se, ainda, a ausência de organização e instrumentalização dos trabalhadores em geral e os de enfermagem, de modo que possam atender as necessidades e as demandas dessa população. A indisponibilidade de recursos humanos habilitados na área com visão sobre os direitos dos usuários, a necessidade de um trabalho em equipe e a sensibilização para a incorporação das diretrizes do SUS, tais como a perspectiva da atenção integral são condições que merecem ser revestidas. A ausência de elementos organizacionais, envolvendo os trabalhadores na atenção integral aos adolescentes, dificulta o acesso dos mesmos aos

serviços, e, conseqüentemente, encaminhamentos e resolutividade dos problemas que atingem essa população.

Ao longo das experiências adquiridas na assistência de enfermagem à população de adolescentes, e diante de um referencial teórico que defende e direciona as ações de cuidado ao adolescente na perspectiva de integralidade, percebe-se o quanto se tem que avançar em tal prerrogativa. Trazendo o foco para a atenção básica como porta de entrada preferencial aos cuidados à saúde, essa problemática torna-se mais evidente e preocupante considerando que esse é um espaço em que as práticas de cuidados podem ser cada vez mais participativas e geradoras de mudanças no sistema.

Diante desta problemática e da vivência na prática percorrida na aproximação com o tema, surgiram muitas inquietações que levaram a buscar de forma compartilhada, com estudiosos da área e com os sujeitos da pesquisa, as oportunidades de refletir e construir referenciais teóricos e metodológicos que possam contribuir com a melhoria da assistência a população de adolescentes. Assim, para construir a pesquisa partiu-se dos seguintes questionamentos: **Quais as necessidades de saúde demonstradas pelos adolescentes? Como se dá a produção do cuidado ao adolescente na atenção básica e a perspectiva da integralidade ?**

Neste contexto, esta pesquisa será impulsionada pela necessidade de olhar o cuidado ao adolescente na atenção básica e a perspectiva da integralidade, subsidiando, para a enfermagem, a discussão de novos elementos como o acesso, o acolhimento, o vínculo dos usuários com a equipe da atenção básica, e não somente a promoção da saúde, pensada distante e de maneira passiva, mas percebendo esse sujeito adolescente como ser autônomo em busca de sua cidadania.

No entanto, a pretensão do estudo não é de produzir protocolos ou recomendações para a saúde dos adolescentes, mas sim de contribuir para uma melhor compreensão das necessidades processadas nas unidades básicas de saúde sob a ótica do próprio sujeito. Tem-se a intenção de promover a discussão das ações e o cuidado de enfermagem na sua prática clínica. Dessa forma, tem-se a possibilidade de evidenciar perspectivas de

acolhimento, acesso e vínculo destes sujeitos, o que projetará uma maior co-responsabilização dos profissionais que atuam na ESF, como o enfermeiro, na produção do cuidado ao adolescente.

Esta reflexão reafirma a importância da efetivação de um projeto terapêutico para ampliar o acesso do adolescente ao serviço de saúde, e da mudança das atuais práticas, especialmente do enfermeiro. Nesta perspectiva, observa-se que as práticas de saúde “tradicionais” projetadas na visão tecnicista e valorizando somente o saber profissional não atende às necessidades dos usuários.

Desta forma, ao articular tais aspectos, considera-se este trabalho relevante, pois é imprescindível conhecer as necessidades de saúde e de cuidados dos adolescentes que são atendidos na atenção básica, para que possamos contribuir com conhecimentos empíricos e teóricos na produção do cuidado. Deste modo, a pesquisa poderá fornecer subsídios à prática clínica na atenção ao adolescente, idealizando-se um cuidado de enfermagem na perspectiva da integralidade.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

- Analisar a produção do cuidado na atenção básica enfocando os dispositivos da integralidade, na ótica dos adolescentes.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Descrever as concepções do adolescente sobre saúde, cuidado e produção do cuidado na atenção básica.
- Compreender a forma como se dão as relações entre os adolescentes e a equipe de saúde, a oferta de serviços, o acesso, o acolhimento nas unidades de saúde e o vínculo dos adolescentes na atenção básica.

### **3. EIXO TEÓRICO DA PESQUISA**

#### **3.1 Políticas de Atenção à Saúde do Adolescente: breve contexto histórico e social**

Para compreender a importância das políticas públicas voltadas para o adolescente, é necessário entender como se deu essa evolução e como as atuais políticas de atenção à saúde e proteção ao adolescente foram formuladas.

Relembrando a própria história do Brasil, sua primeira carta constitucional, datada de 1824, foi baseada nos princípios meritocráticos que determinava a organização da sociedade segundo as leis do mercado, assim a diferença entre os homens eram evidenciadas através do desenvolvimento de suas potencialidades. Com a constituição de 1891 e sua revisão em 1926, manteve-se a tendência ao liberalismo, uma vez que as questões sociais, apesar de constituírem problemas estruturais graves, permaneciam completamente ignoradas. Somente ao início do século XX é que os esforços higienistas e políticos passaram a apresentar reflexos se fazendo ouvir na busca da implementação de práticas sanitárias, que objetivavam o controle de doenças que ameaçavam a população, e, especificamente, a força de trabalho. Dessa forma, as primeiras ações estatais que se formaram enquanto políticas de saúde tinham como alvo parcelas marginalizadas da população, que se apresentavam como a grande força produtiva do país (CORRÊA; FERRIANI, 2005).

Naquele momento, a criança e o adolescente eram vistos como elementos de renovação, esperança, fonte futura de produtividade do país, sendo, para tanto, necessário o controle do seu crescimento e desenvolvimento. Assim, no sentido de garantir a formação de “cidadãos”, o governo assumia a educação e a assistência à saúde dos jovens em situação de risco social, onde os educandários e hospitais filantrópicos eram as instituições que prestavam atenção integral às crianças e aos adolescentes, visando o progresso da nação. Por volta da década de 1920, o Estado passou a buscar formas de administrar as questões sociais reconhecendo a

necessidade de preservar a força de trabalho produtiva, surgindo então Código de Menores em 1927, que regulamentava o trabalho do menor, sendo tal legislação revista e substituída em 1932. Em 1930, foi criado o Ministério da Educação e Saúde Pública, sendo organizados os serviços na esfera da saúde, mas somente em 1940, a proteção aos jovens foi definida como uma proposta política, criando-se o Departamento Nacional da Criança, que teve sua ação voltada para a área médica e higienista. Nesse mesmo período, foram criados órgãos que chamaram a si a responsabilidade do atendimento a menores abandonados e delinqüentes, como a Legião Brasileira de Assistência (LBA). Ainda na década de 30, foi introduzido o ensino público e gratuito e foi criado o Serviço de Assistência ao Menor (SAM) do Ministério da Justiça, com normas correccionais e opressivas (CORRÊA; FERRIANI, 2005).

Na segunda metade do século XX, a nível mundial, os países desenvolvidos decidem cooperar com as políticas de desenvolvimento, transferindo seus saberes e tecnologias por meio de programas e práticas de intervenções verticais, autoritárias e prescritivas (BURSZTYN; RIBEIRO, 2005). Seguindo essa ótica, na década de 60, o poder público brasileiro estabeleceu as diretrizes e bases de uma Política Nacional do Bem-Estar do Menor que atualizava o enfoque coercitivo e repressivo vigente anteriormente, criando a Fundação Nacional do Bem Menor (FUNABEM), mantendo a segregação dos chamados “menores”. Nesse período, em 1979, o Código de Menor foi reestruturado e instituído pela Lei Federal nº 6.697. Cabe aqui salientar algumas críticas dirigidas à esse código. Uma delas se refere ao termo preconceituoso de tratar a criança e o adolescente em “situação irregular” de “menor”. Na verdade, essa terminologia expressava a culpabilização e o estigma construído pela classe hegemônica sobre a criança e o adolescente das classes populares, para desviar a atenção dos fatores que impulsionavam a “situação irregular” desses meninos e meninas, como por exemplo, a desigualdade social e econômica. A desigualdade era agravada pela conjuntura econômica do país e pela precariedade e/ou inexistência de políticas públicas capazes de responderem, adequadamente, às diversas necessidades dessas crianças e adolescentes e a seus respectivos familiares.

A outra crítica era a privação de liberdade dirigida à criança e ao adolescente apenas pela suspeita do ato infracional (CORRÊA; FERRIANI, 2005).

Frente ao fracasso previsível dessa política, emerge a consciência de que o custo de impor hábitos e comportamentos a uma população, desprezando-se a realidade objetiva e subjetiva, é muito alto. Com base nisso, começa-se a abrir, no campo institucional, um espaço para crescimento das propostas participativas, florescendo de forma alternativa e contra-hegemônica. Entre a participação voltada para o desenvolvimento da consciência crítica e libertadora e as práticas prescritivas de natureza controladora, vão se delineando matizes que evidenciaram novos modelos de planejamento (BURSZTYN; RIBEIRO, 2005).

Assim, a partir da década de 80, observa-se um incremento das medidas político-sociais voltadas à população jovem. Em 1985, a OMS proclamou o Ano Internacional da Juventude para melhor apreender as questões que envolvem esse grupo. Com o lema “Juventude: hora de buscar, hora de entender” vários países passaram a destinar maior atenção à suas especificidades de saúde e as vulnerabilidades da população adolescente (FERREIRA, et al, 2007).

No Brasil, iniciou-se uma articulação entre os diversos setores da sociedade, empreendendo avanços no campo político, o que culminou com a formulação da nova carta constitucional, em 1988, em que prevê a Saúde como direitos de todos e dever do Estado. No que tange ao adolescente, dá-se destaque ao artigo 277, da Constituição, que ressalta ser dever da família, Estado e sociedade assegurarem à criança e ao adolescente o direito à vida, à saúde e à educação, direitos sociais básicos do cidadão (BRASIL, 1988). Neste momento, o adolescente passa a ser sujeito de direito, e não, somente, um agente passivo de proteção e cuidado, tendo garantias como cidadão, respaldado pela legislação brasileira e protegido pelo Estado.

Tendo como foco principal a saúde em consonância com a problemática sócio-econômica da população jovem brasileira, em 1989, o Ministério da Saúde oficializa o Programa Saúde do Adolescente (PROSAD). Este programa previa a integração com os diversos setores da assistência, no intuito da promoção da saúde, identificação de grupos de risco, detecção precoce de

agravos, tratamento adequado e reabilitação dos indivíduos nesta faixa etária, numa perspectiva integral e interdisciplinar. Propunha ainda, entre muitas ações, o exercício de uma rede de referência no setor saúde, em centros culturais, e organizações comunitárias, a discussão de interesses dos adolescentes, o intercâmbio de informações sobre a adolescência, e a participação do adolescente como agente multiplicador na promoção da saúde (RAMOS, PEREIRA, ROCHA, 2001).

Situado nesse contexto da então recente promulgação da Constituição Brasileira de 1988 e da formulação de um programa de saúde voltado especificamente ao adolescente, em 13 de julho de 1990 é sancionada a Lei 8.069 que criou o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), sendo revogado o Código de Menores. O objetivo principal do ECA é estabelecer os direitos da criança e do adolescente numa perspectiva condizente com sua condição de pessoa em desenvolvimento e que, por sua vulnerabilidade, merecem atenção integral, sendo esta física, psíquica e moral (BRASIL, 2006a).

No Capítulo I referente ao Direito a Vida e a Saúde, o Estatuto da Criança e do Adolescente, diz em seu art. 7º que: “a criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso em condições dignas de existência” (BRASIL, 2006a, p. 10).

Vieira (2008) ressalta a importância da criação do ECA, instituindo uma nova dimensão à sociedade brasileira, garantindo-lhes os direitos democráticos de participação cidadã e a consolidação do Estado de Direito. O autor destaca ainda que, nesse período, o país vivia numa ambiência de redemocratização das instituições políticas e sociais. E uma das instituições sociais que conseguiu propor e implantar novos paradigmas epistemológicos e culturais, enquanto cuidado/promoção do ser humano foi a Saúde, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Dessa forma, a criação do SUS, sendo instituído pela Constituição Federal em 1988, representou um grande avanço rumo à organização da

assistência, o que significou o alcance de um grau civilizatório maior, uma vez que se estabeleceram diretrizes e os princípios que expressam a saúde e a cidadania conquistada nesse processo (MAGALHÃES JUNIOR, 2006). Desde então, o SUS vem se destinando a cumprir os seus princípios de integralidade, universalidade, equidade e igualdade, fortalecendo as ações preventivas e promocionais, bem como reorientando o planejamento de saúde para uma base populacional, como o adolescente.

Nesse contexto e em consonância com o PROSAD, vão se lançando estratégias de atenção à saúde do adolescente. Em 1993, o Ministério da Saúde publica as Normas de Atenção Integral ao Adolescente, visando, portanto, orientar e dar suporte técnico às decisões tomadas na porta de entrada do Sistema Único de Saúde e procurando, de modo direto e simples, definir, justificar e selecionar tecnologias, padronizar procedimentos e normalizar condutas (BRASIL, 1993).

Em 1997, o XL Conselho Diretor da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomendaram aos seus países membros que incluíssem em suas agendas políticas de atenção à saúde, ações destinadas ao desenvolvimento dos adolescentes e jovens. Define-se então um marco conceitual de desenvolvimento e de promoção à saúde dos adolescentes. Para isso foram formuladas sete linhas de ações: políticas, legislação e atividades de defesas dos direitos; formulação de planos, programas e organização dos serviços; desenvolvimento de recursos humanos no tema; incorporação da comunicação social; formação de redes e difusão de conhecimento; mobilização de recursos sociais e apoio à investigação e seu desenvolvimento (TANAKA; MELO, 2001).

No contexto das políticas de saúde brasileira vai se percebendo que, apesar dos avanços substanciais do ponto vista programático, as políticas de atenção à saúde do adolescente não conseguem atingir de forma satisfatória a maioria da população. Percebe-se ainda que, esses avanços existentes em cada setor não se articularam adequadamente, nem se mantiveram por tempo suficiente e suas repercussões sobre a população brasileira de adolescentes não vem atingindo de forma substancial.

Mediante a baixa adesão das ações programadas, tanto por parte dos profissionais de saúde, como por parte dos jovens, em 2005, o Ministério da Saúde por meio da Secretaria de Atenção Integral de Adolescentes e Jovens retoma as discussões sobre a atenção à saúde dos adolescentes. São publicadas orientações básicas para nortear a implantação e/ou implementação de ações e serviços que atenda essa população de forma integral, através de duas normas técnicas: “Marco Legal da Saúde dos Adolescentes” e “Saúde Integral dos Adolescentes e Jovens – orientações para a organização dos serviços de saúde”. O manual sobre saúde integral dos adolescentes descreve as diretrizes para a organização de serviços de atenção à saúde integral de jovens e adolescentes: adequação dos serviços de saúde às necessidades específicas de adolescentes e jovens, respeitando as características da atenção local vigente e os recursos humanos e materiais disponíveis; respeito às características socioeconômicas e culturais da comunidade, além do perfil epidemiológico da população local; participação ativa dos adolescentes e jovens no planejamento, no desenvolvimento, na divulgação e na avaliação das ações (BRASIL, 2005).

No ano seguinte, em 2006, o MS lança a versão preliminar do “Marco Teórico e Referencial da Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes e Jovens”. Pautado na perspectiva da atenção à saúde sexual e reprodutiva, tal documento oferece subsídios teórico-políticos, mais uma vez normativos e programáticos, que visam à implementação de ações voltadas a essa população (BRASIL, 2006a).

Motivados pela retomada dos programas voltados para a saúde dos jovens e pelas discussões do pacto pela vida junto aos gestores brasileiros, em 2007, o governo institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes, cujo objetivo desta política é de incorporar a atenção à saúde a este grupo populacional à estrutura e mecanismo de gestão em todos os níveis. (BRASIL, 2007).

Um entrave na implementação da política de atenção à saúde do adolescente no Brasil é apresentado por Oliveira e Lyra (2008), em que os autores apontam a carência na formação dos recursos humanos, como fator

primordial. Segundo eles, não há equipes de saúde suficientes para a população e as equipes existentes não estão capacitadas/sensibilizadas para o trabalho com os adolescentes. Mesmo passando por períodos de formação, nem todos os profissionais se dispõem a trabalhar com essa população, e muitos profissionais, embora capacitados, ainda percebem os adolescentes como pessoas em formação, que precisam de orientação e tutela, não tendo maturidade para assumir seu cuidado e para exercer plenamente seus direitos.

O que se percebe, é que as políticas públicas de atenção à saúde, promoção e proteção dos direitos dos adolescentes vêm sofrendo mudanças na concepção e no modo de produção de saúde, originadas das construções sociais históricas. Esse contexto, reflete na condução dos programas ministeriais que envolvem a saúde dos jovens, que são, na maioria das vezes, pensados de maneira vertical, a nível de técnicos e gestores, permanecendo a carência da base, onde o produto final é destinado. Daí pode-se indagar o porquê do baixo impacto desses programas ou até mesmo da baixa resolutividade que se observa na realidade de saúde dos adolescentes na atenção básica.

Há outra questão teórica importante implicada com esta questão: ao resolver de forma verticalizada o formato dos programas para adolescentes, estaria o Ministério da Saúde tentando determinar que a vida do adolescente se produza de uma determinada forma, tentando determinar a priori que tipo de vida deve se produzir no adolescente? Ou seja, estaria o Ministério da Saúde, a partir dos programas estaria tentando induzir certo tipo de vida, ou de comportamento dos adolescentes?

Para compreender a importância e a possibilidade do impacto das ações e serviços em saúde destinados aos adolescentes é fundamental considerar as demandas de saúde, de maneira que as ações oferecidas se adequem à realidade local – individual e coletiva – dos principais interessados. Assim, todas essas ações programadas pelo governo brasileiro devem estar pautadas nas reais necessidades dos adolescentes.

### 3.2 O Sujeito Adolescente e o Cuidado em Saúde

A palavra adolescente, segundo o perfil de sua evolução diacrônica do latim ao português, prende-se ao radical *olescere: crescer*. A forma vernácula conecta-se diretamente ao semantema *adolere: aumentar, queimar, sacrificar queimando*, e *adolescere: crescer em idade e força*. Em todas as formas está presente a idéia da mudança, do desgaste, da busca do amadurecimento. Por isso o verbo latino é incoativo, por encerrar noção de começo e continuação de ação, ação de crescer. *Adolescer*, portanto, é tornar-se adulto. E adulto, neste plano, é aquele que queimou as energias necessárias ao atingimento da plenitude de sua evolução psicofisiológica (HEIDEMANN, 2006).

Ferreira et al. (2007) discutem que a adolescência é uma etapa da vida caracterizada pelas dimensões psico-biológica, sociocultural e cronológica implicadas no crescimento e no desenvolvimento as quais resultam também de contextos políticos, históricos e econômicos. Encontrar-se na adolescência é viver uma fase em que múltiplas mudanças acontecem e se refletem no corpo físico, pois o crescimento somático e o desenvolvimento em termos de habilidades psicomotoras se intensificam e os hormônios atuam vigorosamente levando a mudanças de forma e expressão. No que tange ao aspecto psicológico, são várias as transformações, principalmente, as relacionadas à labilidade do humor. Surgem muitas questões e dúvidas sobre a vida e o viver, os modos de ser e estar com os outros, até a construção do futuro com as escolhas profissionais.

Corroborando com esse pensamento, Heidemann (2006) caracteriza a adolescência por um período de grande vulnerabilidade física, psicológica e social. Corresponde a faixa etária de assunção de características complexas para o desenvolvimento pleno do ser humano. O desenvolvimento físico, cerebral, endócrino, emocional, social, sexual ocorre de forma conjugada, modificando as estruturas físicas, mentais, emocionais, originando comportamentos e emoções não antes sentidas pelo adolescente ou pelas pessoas que convivem com ele. Desta forma entende-se o adolescente com um sujeito de uma vulnerabilidade orgânica e social definida. Porém seguindo este propósito de abordar a adolescência como algo construído, acaba-se por

criar uma “identidade adolescente”, que vai de encontro à subjetividade de cada ser.

Campos (2008) traz a concepção de que pertencer a uma faixa etária é uma condição provisória, onde a idade atravessa cada sujeito, mas são suas vivências e sua maneira de conceber o mundo é que se encarrega de fazer com que cada um “passe” para outra faixa etária. Assim, ao valorizar o saber do adolescente e a forma como o adolescente experiencia seu agir no mundo, pode-se verificar que não existe uma única “adolescência”, e que as diferenças culturais, de saberes e práticas, com diferentes marcas, dentro de uma mesma comunidade, proporciona viver muitas “adolescências”, dependendo da maneira de como foi possível subjetivar cada existência.

Trazendo o pensamento de Pinheiro e Guizardi (2006), produzir conhecimento a partir de experiências requer aplicar um olhar reflexivo sobre qualquer objeto do vivido, com a finalidade de apreender suas significações. Nesse sentido, o compartilhamento de saberes é capaz de romper com a ditadura unitária de conhecimentos e dos efeitos centralizadores. Assim é o “entre” do saber científico e o saber popular que como laço constrói vínculos e amplia acesso, rompendo os elos de concepção sobre adolescência. Ao tentar-se compreender o saber do adolescente, desatam-se os nós dos pré-conceitos para se chegar à razão primeira de ser em saúde: o cuidado.

Assim, para cuidar do adolescente, valorizando sua subjetividade, torna-se necessário ouvi-los, criando espaços de discussão e aprofundamento das questões formuladas por eles. Entretanto, a discussão de temas dificilmente abordados no cotidiano vai além das preocupações higienistas e epidemiológicas, perpassando pelo conhecimento das necessidades individuais e coletivas em saúde (JEOLÁS; FERRARI, 2003).

É importante ressaltar que saúde não pode ser vista como um estado ideal, uniforme, mas como a busca permanente de mobilização de forças ativas, das energias necessárias para viver. Desse modo, falar em saúde é falar de uma sucessão de compromissos que assumimos com a realidade, e que se alteram, que se reconquistam, se definem a cada momento. Saúde é

um campo de negociação cotidiana para se tornar a vida viável (ROCHA, 2002).

Ferreira (2006) afirma que, com o intuito de ampliar as concepções de saúde e de cuidado, cada vez mais pesquisas vêm buscando desvelar as representações indicadas pelos próprios sujeitos, buscando, assim, oferecer cuidados que venham ao encontro nas necessidades e desejos da clientela.

Ainda segundo a autora, o ato de cuidar exige mais do que um conhecimento técnico de abordagem, pois o discurso da prática clínica hegemônica não basta para conhecermos o outro (sujeito do cuidado). É necessário que entendamos o adolescente a partir dele próprio, do que ele vive, sente e necessita no seu cotidiano de vida. Esse entendimento é condição necessária para o cuidar, do ponto de vista humanístico e integral. Assim, produzir cuidado em consonância às necessidades de saúde dos usuários abre possibilidades de entendê-los, naquilo que os jovens têm de único e singular, viabilizando um cuidado direcionado para as demandas, no caso a população adolescente em estudo (FERREIRA, 2006).

Para compreender que necessidades de saúde estamos abordando, nos aproximamos das idéias de Schraiber e Mendes-Gonçalves (2000) quando afirmam que definir necessidades é uma questão complexa, pois se pensar necessidade requer pensar em assistência, e a imagem desta está representada pela procura de cuidados médicos que um doente faz ao dirigir-se a um serviço. Desta forma, a origem dessa busca é a carência que o indivíduo tem que deve ser corrigido em seu atual estado sócio-vital, e o resultado das intervenções sobre qualquer carecimento é reconhecido, portanto como necessidade. Com base nisso, a intervenção pode ser reconhecida também como uma necessidade, com base na demanda cuidada pela intervenção.

Podemos pensar nos adolescentes como sujeitos que possuem necessidades prementes de saúde para que possam obter um crescimento e um desenvolvimento saudável. Merhy (2006) reflete sobre as necessidades de saúde dos usuários as quais poderão estar representadas das mais variadas formas, pois eles não são uma categoria de atores uniformes. Porém o segredo

é olhar e analisar cada situação na sua singularidade, na maneira como esses sujeitos procuram construir o mundo pra si e para os outros, constituindo suas representações sobre saúde e cuidado.

É freqüente, no entanto, ocorrerem as representações de cuidado apenas de forma impessoal, sem a necessidade de desenvolver um relacionamento mais íntimo e profundo que fortaleça o *self* do outro. Assim, o ser cuidado precisa estar totalmente presente e, simultaneamente, sendo capaz de refletir com o outro (o ser cuidado), sobre o que está sendo experienciado, num dado momento, para juntos encontrarem a solução para a sua necessidade de saúde (NASCIMENTO E TRENTINI, 2004).

Trazendo o pensamento do cuidado de enfermagem de Waldow (2001), deve-se atentar para a importância de se envolver no contexto histórico, cultural e social que o ser cuidado está inserido. Desse modo, o cuidado assume várias conotações que não se traduzem apenas como atividade realizada no sentido de tratar uma ferida, aliviar um desconforto e auxiliar na cura de uma doença. O sentido do cuidado é mais amplo e se revela como uma forma de expressão, de relacionamento com o outro e com o mundo, ou seja, como uma forma de viver plenamente.

Dessa forma, falar da presença do sujeito no cuidar não significa apenas seu comparecimento físico. A concepção de cuidado para Boff (2005, p.31) envolve um compromisso ético de resgate do saber inerente a cada sujeito: “[...] a relação não é sujeito-objeto, mas sujeito-sujeito. Experimentamos os seres como sujeitos, como valores, como símbolos que remetem a uma realidade [...]”. Seu pensamento rompe com a perspectiva cartesiana do sujeito do conhecimento, pois considera o sujeito como ser de linguagem que não comporta apenas o aspecto racional e consciente. Portanto, o enfoque do cuidar deve enfatizar a subjetividade do paciente, tornando-o capaz de ficar responsável pelo seu cuidado devido uma mudança na forma de perceber sua necessidade.

Para tanto, faz-se necessário compreender a sua subjetividade, como ressalta Vieira e Rodrigues (2007), em que as situações vivenciadas pelo sujeito adolescente representam a forma concreta de como interpretam a vida,

de modo que a análise desta interpretação torna-se típica quando reflete uma vivência do censo comum, em um determinado contexto.

Reconhece-se, portanto, que não lidamos apenas com necessidades bio-fisiológicas, mas também com a dimensão subjetiva e no que ela implica de articulação com o outro. Ou seja, o cuidado ao sujeito adolescente extrapola seu caráter instrumental e, necessariamente, vão ser perpassadas por uma articulação com ferramentas que busquem a satisfação das suas necessidades.

### **3.3 A Produção do Cuidado ao Adolescente na Atenção Básica e sua Interface com a Clínica.**

A atenção básica é um cenário de encontros – espaço intercessor – entre o usuário e o trabalhador de saúde, onde se operam processos tecnológicos<sup>1</sup> que visam à produção de relações de escutas e responsabilizações. Estas se articulam com a constituição dos vínculos e dos compromissos em modelos de intervenções, que objetivam em atuar sobre as necessidades em busca da produção do cuidado (FRANCO, BUENO, MERHY, 2006).

A atenção básica faz parte de uma rede de gestão do SUS e é operada por linhas de produção do cuidado, sobre as quais trabalhadores e usuários buscam satisfazer as necessidades de saúde. Fazendo a relação entre os diversos lugares de produção. Franco (2007) propôs um diagrama interpretativo que trás o fluxo de produção do cuidado, onde agregam elementos sociais, políticos, técnicos e subjetivos que dependem dos sujeitos e de seus grupos, na micropolítica que opera nesses mesmos cenários.

---

<sup>1</sup> Merhy, em sua publicação *Saúde: a cartografia do trabalho vivo* (2002) trás o processo tecnológico como o "trabalho vivo" capturado pelas tecnologias mais estruturadas, ou, "duras" e "leve-duras". O "espaço intercessor" é referente ao encontro entre o usuário e o profissional de saúde, onde ocorrem possibilidades de mudanças e de atos criativos, sempre podendo ser recriado. Este encontro é singular e opera usualmente em ato, tornando difícil capturar o "trabalho vivo". Este espaço relacional é sempre conflituoso, tenso, existindo diversas possibilidades de desdobramentos, tornando-se um momento especial, portador de forças "instituintes".

*Diagrama da Gestão do SUS e os seus fluxos na produção do cuidado (FRANCO, 2007).*



O diagrama representa diversos lugares de gestão, espaços de microgestão e de produção de cuidado no interior do SUS. O foco na atenção básica, como uma microgestão regulada por um padrão de conduta técnica, ética, política, subjetiva e socialmente produzida, tende a ser assumida diante o usuário e sua necessidade de saúde. Nesta ótica, a idéia da atenção básica como espaço de produção do cuidado, vem em consonância com as suas diretrizes e o direcionamento que é dado à família e à comunidade, a partir da definição de sujeito e seus diversos planos de co-produção (FRANCO, 2007).

Em consonância com essa idéia, nos reportamos a Portaria nº 648, de março de 2006, onde aprova a Política Nacional de Atenção Básica, e expressa textualmente que a atenção básica “considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural” (BRASIL, 2006b).

Inserida na Política de Atenção Básica, a Estratégia Saúde da Família (ESF) constitui-se como prioritária, sendo enfatizada a definição de responsabilidades entre o sistema de saúde e a população. Nesta perspectiva, a micropolítica de trabalho é tomada como uma prática social, complexamente interligada à realidade em questão, fazendo com que a integralidade e a

intersectorialidade sejam partes importantes do desenho estratégico da ação. A participação popular torna-se, ainda, bastante valorizada para compor a co-responsabilidade nas intervenções desenvolvidas no território (CAMARGO, 2008).

Assim, na prática cotidiana da organização da atenção básica são destinadas ações de territorialização, integralidade da atenção e impacto epidemiológico com o objetivo de reorientar o planejamento de saúde para uma base populacional. No caso dos adolescentes, a política da atenção básica e, conseqüentemente, a ESF contribui com medidas de promoção da saúde e proteção específica (FERRARI, THOMSON, MELCHIOR, 2008).

Entretanto, nesta prática organizacional acaba-se por setorizar a Estratégia Saúde da Família, o que contribui para a redução de índices epidemiológicos desejáveis. Porém, tornam-se residuais as necessidades de saúde de outros grupos populacionais, como os adolescentes, contribuindo para o afastamento deste grupo, aumentando sua vulnerabilidade (OLIVEIRA; LYRA, 2008).

Oliveira e Lyra (2008) ressaltam ainda que no caso dos adolescentes o afastamento do grupo etário da unidade de saúde é influenciado por duas vias: a) por considerarem que as suas demandas não se enquadram na lógica assistencial, não tendo o que lhes oferecer nos serviços de saúde; b) e pela naturalização do argumento que os adolescentes não estão preocupados em cuidar da saúde. Com base nesses entraves, os autores apontam três desafios para uma produção de cuidado e de saúde eficazes ao adolescente na atenção básica: quanto à oferta sistemática e organização das ações e serviços voltados aos adolescentes; quanto à capacitação e sensibilização dos profissionais de saúde para a realização do cuidado destinado ao adolescente, dentro de uma perspectiva que os considere como sujeito de direitos; quanto à matiz moral que direciona o comportamento de muitos profissionais em expressar desatenção às necessidades dessa clientela.

Segundo Gil (2006), à medida que a ESF vai se ampliando no país, fica evidente a necessidade de novos instrumentos para lidar com os cuidados em saúde e com a gestão em saúde, como a co-gestão e o foco no processo de

trabalho. Desta forma, ainda segundo o autor, fica claro que há uma “inconsistência teórico-conceitual” no campo da atenção básica para lidar com essas transformações, necessitando de outros olhares para este cenário.

Tal prerrogativa vem reforçar o cenário atual, onde o adolescente não trata-se de uma demanda em si, mas como um grupo populacional que se insere nos diversos programas, sem ações planejadas e voltadas para as necessidades de cada um, ou seja, não há uma sensibilização em considerar o adolescente como sujeito, como ator principal, que demanda cuidados específicos.

Complementando a idéia, Rocha (2002) afirma que a ESF é norteada, ainda, pela construção da relação entre trabalhadores e usuários na atenção básica, tendo início no estabelecimento dos problemas comuns, na aglutinação de profissionais e de idéias e na análise coletiva do cotidiano. É nessa perspectiva, de conhecer e articular os saberes e práticas, que se possibilita a busca do cuidado. Contudo, não se trata somente de conhecimentos e habilidades, deve-se articular as práticas clínicas do cuidado da equipe multiprofissional frente às demandas individualizadas e coletivas, norteando novas relações com a família, com a escola e com outros grupos institucionais.

Esta perspectiva de mudança no modelo assistencial e as possibilidades de transformação do cuidado e da prática clínica da enfermagem – cuidado clínico, procura responder as questões voltadas ao serviço das necessidades de saúde da população, bem como investir numa relação horizontal e dialógica e incorporando novos atores, saberes e práticas que desenvolvem, valorizem e legitimem as ações básicas. (FAVORETO, 2007).

A clínica vem sendo influenciada por novos contextos e expectativas de atenção à saúde produzida pelas transformações dos serviços, como as mudanças que vêm ocorrendo na atenção básica e em seus novos cenários de práticas. A atenção básica é vista como uma unidade de produção que aproxima os profissionais dos contextos sociais, culturais e afetivos em que vivem os usuários. Possibilita, assim, uma relação cotidiana dos vários atores envolvidos com os aspectos sociais e subjetivos constitutivos do processo saúde-doença-cuidado, implicando na construção de maior vínculo e diálogo

entre os profissionais e os usuários na perspectiva ampliada da clínica (FAVORETO, 2007).

Nesta possibilidade, temos os dispositivos intercessores que atuam inseridos numa prática clínica que podem propiciar uma qualidade na atenção, e conseqüentemente uma satisfação dos sujeitos em relação ao cuidado produzido a ele e por ele. Assim, podemos embasar a produção do cuidado em torno deste eixo, trazendo a perspectiva da clínica ampliada e os dispositivos da integralidade como fortalecedores desse processo, indo ao encontro ao modelo hegemônico vigente (FRANCO, 2007).

Nas idéias de Franco e Magalhães Júnior (2006), o modelo focado apenas na prática biomédica contribui para baixa resolutividade na rede básica, no exercício de uma clínica centrada no ato prescritivo e na produção de procedimentos técnicos. Ao contrário da clínica na perspectiva ampliada, com ação de múltiplas perspectivas e uma relação de vínculo entre usuários e trabalhadores de saúde.

Campos (2003), ao discutir sobre a visão ampliada da clínica, afirma que devemos conhecer o que os usuários necessitam, a fim de atenuar a peleja entre as demandas infinitas e a finitude de recursos. Desta forma, deve-se envolver usuários, famílias e comunidade na produção de sua saúde, estimulando o co-produção, partilhando conhecimentos de saúde com grupos, e definindo prioridades para o direcionamento das ações de cuidado.

São vários os gestores, profissionais e usuários do SUS, que na busca da melhoria de atenção à saúde, vêm apresentando evidências da insatisfação e da necessidade de revisão de idéias e concepções sobre a saúde, em particular dos modelos tecnoassistenciais<sup>2</sup>. Assim, deve-se destacar a luta pela construção de um sistema universal, democrático, acessível e de qualidade que propicia a efetivação de um modelo de atenção pautado na integralidade (PINHEIRO; GUIZARDI, 2006).

---

<sup>2</sup> É necessário reforçar que a construção de saberes não vinculados ao saber biomédico não significa abrir mão de recursos e intervenções tecnicistas, mas ressaltar que o saber hegemônico nas práticas clínicas é insuficiente, quando utilizado de forma excludente, principalmente na atenção básica (CUNHA, 2005).

A integralidade é mais que uma temática ou um conceito, ela vem assumindo o papel de uma lente que amplia o olhar sobre a organização dos serviços de saúde e de suas práticas, delineando-se sobre a realidade na construção de um cuidado clínico dimensionado nas relações profissionais, necessidades dos usuários e no planejamento dos serviços de saúde (MATOS, 2001; FAVORETO, 2007).

Seguindo esse pensamento, a Integralidade quando trás o sujeito como foco, em suas necessidades e expectativas, remete a discussões de questões que são transversais às ações de saúde como a acessibilidade, o vínculo, a acesso e a continuidade do cuidado ofertado. Remete, ainda, às relações entre os sujeitos envolvidos na produção do cuidado e, conseqüentemente, abre o cenário dos serviços e das práticas para o diálogo entre diferentes saberes (FAVORETO, 2007).

Encontra-se na literatura diversos estudos que tratam a noção de integralidade como se a mesma fosse apenas um dispositivo jurídico-constitucional, usado para designar um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), expressando umas das bandeiras de luta do movimento sanitário. Encontra-se ainda a integralidade como articuladora de ações e de serviços de saúde, envolvendo a promoção, proteção, recuperação da saúde, bem como em atividades preventivas e assistenciais. Da mesma forma, atribui-se a integralidade como eixo norteador de organização dos serviços, tendo sido associada ao tratamento digno, respeitoso e com qualidade, de acolhimento e vínculo (MATTOS, 2004).

Para Gomes e Pinheiro (2005), a integralidade se traduz na resolubilidade da equipe e dos serviços, por meio de discussões permanentes, capacitação da equipe, utilização de protocolos e na reorganização dos serviços. Como exemplo, tem-se o acolhimento/usuário-centrado (FRANCO; BUENO; MERHY, 2006) e a democratização da gestão do cuidado pela participação dos usuários nas decisões sobre a saúde que se deseja obter (PINHEIRO; MATTOS, 2003).

Desta forma, pode-se reconhecer, nas estratégias de melhoria de acesso e desenvolvimento das práticas de saúde e de cuidado, o acolhimento, o vínculo e a responsabilização como práticas integrais (PINHEIRO, 2002).

Franco, Bueno e Merhy (2006) defendem o acolhimento como dispositivo para interrogar processos intercessores que constroem relações nas práticas de saúde, buscando a produção da responsabilização clínica e sanitária e a intervenção resolutiva, reconhecendo que, sem acolher e vincular, não há produção dessa responsabilização.

O acolhimento é considerado um dos dispositivos disparadores de reflexões e mudanças, a respeito de como os saberes vêm sendo ou deixando de ser utilizados para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde. Pressupõe a atitude de receber, escutar e tratar humanizadamente os usuários e suas demandas; tais ações facilitam na discriminação do risco e na oferta de cuidados. No âmbito da organização dos serviços, o acolhimento reorienta desde a composição do trabalho em equipe, até as características de supervisão e avaliação pessoal (CAMARGO JR, et al, 2008).

Dentro desta perspectiva integral, incorpora-se a idéia da acessibilidade para complementar o conceito de acolhimento. No campo da saúde, acesso pode ser definido por aquelas dimensões que descrevem a entrada em potencial ou real por um dado grupo populacional em um sistema de prestação de cuidados de saúde. Assim, a acessibilidade é entendida como um conjunto de ações que viabiliza a entrada de cada usuário na rede de serviços, representando as dificuldades e facilidades em obter tratamento desejado, estando, portanto, diretamente ligado às características de oferta e disponibilidade de recursos (CAMARGO JR, et al, 2008).

Ramos e Lima (2003) afirmam ainda que acesso e acolhimento são elementos essenciais de um bom atendimento. Eles remetem à discussão de modelos assistenciais a serem adotados nas unidades de atenção básica, podendo favorecer a reorganização dos serviços e a qualificação da assistência prestada, para que se possa atuar efetivamente sobre a saúde do indivíduo e da coletividade. São importantes também para a qualidade dos serviços de saúde, uma vez que a conjugação de fatores facilitadores do

acesso e/ou acolhimento propiciam a qualidade do atendimento, determinando a escolha do serviço e estabelecendo, freqüentemente, um bom vínculo, expresso através de um longo tempo de contato com os usuários.

Nesse sentido, trazemos o pensamento de Campos (2003), onde os usuários trazem as demandas, de acordo com suas necessidades, e a possibilidade de construção do vínculo resulta da disposição de acolher de uns e da decisão de buscar apoio em outros.

Campos (2003, p.28) enfatiza ainda:

O vínculo é, portanto, a circulação de afeto entre as pessoas (...). Os vínculos se constroem quando se estabelece algum tipo de dependência mútua: uns precisam de ajuda para resolver questões sanitárias; outros precisam disso para poder ganhar a vida, exercer a profissão. Ou seja, para que haja vínculo positivo os grupos devem acreditar que a equipe de saúde tem alguma potência, alguma capacidade de resolver problemas de saúde. E a equipe deve acolher a demanda dos usuários ou das organizações.

O vínculo também implica a responsabilização, que significa o trabalhador de saúde assumir a responsabilidade pela condução do cuidado clínico, terapêutico, dentro de uma possibilidade de intervenção, porém nem burocratizada, nem impessoal (CAMARGO JR, et al, 2008).

Segundo SOLLA (2005), a responsabilização para com o problema de saúde vai além do atendimento propriamente dito, diz respeito também ao vínculo necessário entre o serviço e a clientela. Assim, é possível construir relações de confiança e apoio entre trabalhadores e usuários através do acesso e acolhimento adequado.

Desta forma, para transcender a produção do cuidado que responda ao acolhimento com garantias, é recomendável que tal conceito seja articulado com a abordagem do sujeito, ao reconhecimento de sua singularidade, no acesso adequado, na oferta de serviços e no estabelecimento do vínculo.

## 4 PERCURSO METODOLÓGICO

### 4.1 Natureza do Estudo

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com a utilização de multimétodos, que busca descrever e compreender a realidade a partir das experiências dos sujeitos e cujo objeto de estudo não é reduzido a variáveis, e sim, estudado em sua complexidade e totalidade em seu contexto, bem como nas práticas e interações da vida cotidiana. A pesquisa qualitativa permite a descrição das experiências humanas tal como é vivida e definida por seus próprios atores. Os pesquisadores dessa abordagem coletam e analisam material pouco estruturados que propiciam campo livre ao rico potencial das percepções e subjetividades dos seres humanos (MINAYO, 2006; FLICK, 2004).

Assim, concebe-se o objeto e o sujeito fazendo parte da mesma teia, onde o objeto abrange as práticas de saúde e de cuidado e é discutido à luz dos sujeitos neles implicados (FERREIRA et al, 2007).

### 4.2 Campo da Pesquisa

A pesquisa foi realizada no Centro Municipal de Educação e Saúde (CMES) – Projeto Nascente, localizada na regional Regional IV, conforme divisão da Secretaria de Saúde do Município de Fortaleza – Ceará (Mapa 1).



A Secretaria Executiva Regional IV (SER IV) abrange 19 bairros e seu perfil socioeconômico é caracterizado por serviços, com uma das maiores feiras livres da cidade, a da Parangaba, e vários corredores comerciais, entre eles o Montese. Os bairros pertencentes a esta área são José Bonifácio, Benfica, Fátima, Jardim América, Damas, Parreão, Bom Futuro, Vila União, Montese, Couto Fernandes, Pan Americano, Demócrito Rocha, Itaoca, Parangaba, Serrinha, Aeroporto, Itaperi, Dendê e Vila Pery. Sua população é de cerca de 280 mil habitantes segundo censo do IBGE. O CMES fica localizado no bairro Itaperi, próximo a Universidade Estadual do Ceará (UECE).

O Centro Municipal de Educação e Saúde (CMES) Projeto Nascente, localizada no bairro Itapery, é uma instituição de ensino criada pelo Decreto Nº 9135 de 01/07/93, DOM Nº 10176 de 16/08/93. Foi criada em 2005 através de um convênio entre o Município de Fortaleza e a UECE com o objetivo de promover ações integradas de educação e saúde, por meio da Escola Projeto Nascente e da UBASF Projeto Nascente.

O CMES é uma instituição que tem uma singularidade e uma identidade própria diferente das demais escolas públicas da rede municipal. Isso porque alguns professores ainda são estudantes universitários servindo, assim, como espaço de aprendizagem para os futuros docentes que intencionam articular na prática os conhecimentos adquiridos durante a sua formação. A escola conta ainda com professores e funcionários concursados pela Prefeitura Municipal de Fortaleza e voluntários.

A escola possui desde o 1º ano do ensino fundamental até o 9º ano, sendo que pela manhã estudam alunos do 1º ao 4º ano, e à tarde os alunos do 5º ao 9º. No turno da noite funciona o curso de educação para jovens e adultos (EJA). Segundo a diretora da escola, no ano de 2009, 537 alunos estavam regularmente matriculados entre ensino fundamental I e II.

A escola possui boa infra-estrutura, sendo composta por salas de aulas amplas, refeitório, espaço de recreação, auditório, sala de estudo, quadra poliesportiva, além de biblioteca e sala de professores, coordenação e direção.

### **4.3 Participantes da pesquisa**

A escolha dos adolescentes aconteceu inicialmente através da aplicação de um questionário (apêndice A) com 32 alunos regularmente matriculados e que freqüentavam o 9º ano da Escola Projeto Nascente, onde se levantou os aspectos socioeconômicos dos mesmos, com o intuito de caracterizar os adolescentes quanto à origem social e demográfica, aspectos subjetivos relacionados à compreensão dos mesmos sobre saúde e cuidado e sobre a freqüência na procura dos serviços de saúde da Regional IV, especificamente na Unidade Básica de Saúde da Família Projeto Nascente. Tal investigação foi importante para se obter a primeira aproximação em relação às necessidades dos adolescentes e a produção do cuidado à saúde. E ainda compreender que a origem social dos adolescentes repercute diretamente nas ações de cuidado, pois os participantes da pesquisa são sujeitos provenientes de uma classe desfavorecida, em termos sociais, econômicos e culturais. Tal fato deve ser ressaltado, pois adolescentes de classe média, são obviamente diferentes dos adolescentes pobres, de origem rural ou os que estão envolvidos com tráfico e violência e que a produção do cuidado com foco na integralidade deve estar voltada para atender as necessidades específicas de cada grupo.

Após essa aproximação, foi perguntado aos adolescentes sobre o interesse em participar da pesquisa. No primeiro momento, apenas 10 adolescentes manifestaram interesse, no entanto, após sensibilização da pesquisadora por meio da explicação sobre a importância da participação na pesquisa, foi fechado o grupo com 12 participantes, sendo três do sexo masculino e nove do sexo feminino.

Previamente, também foi definido o local de realização dos encontros, pois foi conveniente debater o ambiente mais apropriado juntamente com os adolescentes, sujeitos da pesquisa. Neste momento foi determinado como seria a escolha e participação no grupo, e optou-se em selecionar um grupo com algumas características em comum: todos alunos da escola e do mesmo ano de ensino. Outro critério foi que freqüentasse regularmente a unidade de saúde anexa à escola. Não houve dificuldade neste aspecto, pois todos tinham freqüentado o serviço em diversas situações de cuidado à saúde.

Nesse momento, foi acordado entre os adolescentes e a pesquisadora o dia do 1º encontro e horário. Mediante a necessidade, os encontros foram realizados sempre após as aulas, no horário de 17 horas.

#### **4.4 Período e estratégia de coleta das informações**

A pesquisa de campo foi realizada entre os meses de abril a outubro de 2009, período considerado suficiente para que se pudessem apreender ao máximo as informações pertinentes ao estudo.

Ao optar como procedimento metodológico pela triangulação de métodos, utilizou-se inicialmente para apreensão dos dados as seguintes técnicas de coleta: Grupo Focal (GF) e Observação Livre.

Pop e Mays (2009) declaram que a técnica de grupo focal é bem indicada para pesquisas de campo, por, em pouco tempo e baixo custo, possibilitar um aprofundamento diversificado dos conteúdos relacionados ao tema de interesse. É ainda uma técnica relevante para lidar com questões de saúde sob uma ótica social, já que se torna possível identificar percepções, sentimentos, atitudes e idéias dos participantes a respeito de um determinado assunto.

Ressel et al. (2008) destaca ainda a importância da técnica de grupo focal, pois esta apreende os conteúdos implícitos da temática, como regras, valores e significados culturais instituídos, além de permitir o desvelamento das singularidades e coletividades presentes na complexidade cultural do contexto. Traz a luz semelhanças, mas não igualdades. Portanto, neste estudo pode emergir profundas diferenças nas experiências vivenciadas pelos adolescentes sobre saúde e produção do cuidado no contexto da atenção básica.

Observando os objetivos do estudo, na intenção de apreender além das expressões verbais, mas também, as não-verbais comunicadas ao longo das discussões, foi selecionada uma colaboradora para condução do GF, juntamente com a moderadora (pesquisadora). A colaboradora, além de ter

proporcionado o apoio logístico na operacionalização de cada encontro, contribuiu na realização dos registros no diário de campo da pesquisadora, indispensável na compreensão do fenômeno (RESSEL, et al. 2008). A colaboradora foi uma acadêmica de enfermagem envolvida no projeto de pesquisa original (financiado pelo CNPq) e participante do grupo de pesquisa Saúde mental, família, práticas de saúde e enfermagem, pois somos membros vinculadas à coordenadora da referida pesquisa. A colaboradora juntamente com a pesquisadora de posse das questões, ou seja, dos focos temáticos que iriam ser discutidas com os adolescentes conduziram o GF.

Os encontros do grupo eram realizados na própria na própria escola, sempre após as aulas, em uma sala cedida pela direção da escola, localizada em uma área de fácil acesso e livre de ruídos excessivos. A sala possuía aparelhos de ar condicionados e cadeiras que permitiam que os participantes se organizassem confortavelmente em círculo, e que os pesquisadores pudessem abstrair o máximo de suas experiências. Em todos os encontros dos grupos, procurou-se manter atenção máxima nos depoimentos dos participantes. A dinâmica e a atenção foram fundamentais nesse momento, para que os adolescentes, engajados nas discussões, conduzissem aos outros participantes, ao invés de interagirem somente com o moderador. O colaborador se manteve sempre atento, realizando uma observação das expressões verbais e não verbais dos adolescentes e registrando no diário de campo. Ao final de cada grupo era oferecido um lanche aos adolescentes e realizada uma avaliação do grupo, sobre o que foi discutido e quais as expectativas deles em relação ao próximo encontro.

Foram realizados ao todo, quatro encontros, e para iniciar cada encontro foi planejada uma sensibilização do grupo, por meio da construção de desenhos que retratavam as concepções de cada adolescente. No entanto, no decorrer da condução do grupo, os desenhos foram incorporados à pesquisa como estratégia de coleta de dados, devido sua riqueza de detalhes e pela expressividade que traduziam a fala dos adolescentes.

Dessa forma, no início de cada encontro, era entregue a cada adolescente uma folha em branco e solicitado que cada um desenhasse em

folha de papel o que seria para ele o significado do foco temático central (apêndice B). A partir da construção das imagens, os adolescentes iam relatando suas experiências e a pesquisadora ia introduzindo focos temáticos secundários (apêndice B) para discussão do grupo.

A discussão do grupo foi gravada em fita magnética, com a autorização dos sujeitos. Foi utilizado um diário de campo pela colaboradora no intuito de registrar as verbalizações e expressões apreendidas pela observação livre. Dessa forma, a triangulação dos dados foi feita pela aplicação de três técnicas de coleta: grupo focal, construção das imagens e observação livre.

#### **4.5 Análise das Informações**

A análise das informações ocorreu concomitante à coleta, após a realização de cada grupo focal, onde a transcrição do áudio foi realizada manualmente, preservando a fala do adolescente.

As informações colhidas dos grupos focais foram submetidas a análise de conteúdo categorial por temática (BARDIN, 2008). Seguindo a estruturação proposta pela técnica, as discussões do grupo focal foram analisadas em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Na pré-análise foi realizada a construção do corpus (material apreendido no GF), e foi feita uma leitura flutuante com o objetivo de preparar o material para a segunda etapa – leitura cuidadosa e construção das unidades de sentido ou unidade de registro (BARDIN, 2008). Nesta etapa realizou-se a exploração do material com uma leitura exaustiva dos discursos e, em seguida, foi realizado o recorte do material e identificado as unidades de registro, a fim de construir o inventário. A partir do inventário e desta etapa de organização/codificação abstraiu-se as subcategorias que deram origem as categorias e ao temário da pesquisa.

A análise do fenômeno em estudo está representada no quadro a seguir que mostra os temas e as categorias associadas às subcategorias descritas, emergentes das unidades de sentido, as quais expressam a produção do cuidado na atenção básica sob ótica dos adolescentes.

Quadro 1: Construção das unidades de análise, segundo Bardin (2008).

TEMÁRIO	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
<b>Concepções dos adolescentes sobre saúde e cuidado</b>	Concepções de saúde para os adolescentes	Saúde como qualidade de vida
		A saúde como conotação de felicidade
		A saúde na dimensão espiritual
	Concepções de cuidado para o adolescente	O cuidado com o meio ambiente
		O cuidado com os hábitos saudáveis
		Cuidado com a prevenção de doenças
		O não cuidado com a saúde
<b>Vivências e Experiências dos adolescentes na produção do cuidado: um olhar para a atenção básica</b>	Acesso, acolhimento e vínculo produzido na unidade básica de saúde na visão dos adolescentes	Necessidades relacionadas ao acesso
		O acolhimento produzido pela unidade de saúde
		O vínculo entre adolescentes e trabalhadores da unidade
	Fluxograma descritor do cuidado ao adolescente na atenção básica	Fluxo assistencial de acesso, acolhimento e relações pelos adolescentes
<b>Necessidades dos adolescentes e a produção do cuidado na perspectiva da integralidade</b>	Necessidades do adolescente quanto ao serviço na produção do cuidado	Necessidade de educação em saúde
		Necessidade de melhor infra-estrutura
		Necessidade de organização do serviço

#### 4.6 Aspectos Éticos

Os procedimentos ético-legais da pesquisa seguiram a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre a pesquisa com seres humanos. Por ser um recorte da pesquisa original, esta recebeu parecer favorável pelo comitê de ética, nº do processo: 07528821-4 (anexo A) e anuência formal do representante da instituição onde se deu a pesquisa (anexo B). A pesquisa foi realizada através do consentimento de participação dos adolescentes e seus

responsáveis, da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (apêndice C).

A pesquisa direta com os adolescentes só incluiu aqueles sujeitos que demonstrarem pleno interesse e condições de participar após apresentação (leitura e compreensão) do conteúdo do TCLE, o qual compreendeu, além de informações técnicas sobre a pesquisa, a garantia do sigilo, anonimato das informações, explicação sobre riscos e benefícios da pesquisa, a liberdade e preservação da autonomia de cada sujeito. Tais procedimentos exigidos seguem os princípios da Bioética (autonomia, não maleficência, beneficência e justiça), conforme delineados na referida Resolução a qual estabelece procedimentos e atitudes conducentes à realização de investigação com seres humanos (BRASIL, 1996).

Com o intuito de preservar o anonimato dos adolescentes foi atribuída a letra "A" seguida de números 1, 2, 3... 12.

## **5 RESULTADOS: ANÁLISE E COMPREENSÃO DO FENÔMENO**

Em setembro de 2008 iniciou-se a aproximação com o cenário de estudo. A priori foi escolhido um serviço de atenção básica localizado na Regional IV, conforme divisão da Secretaria de Saúde do Município de Fortaleza – Ceará. A referida unidade de saúde foi inicialmente escolhida por ser um serviço de saúde que existe uma multiplicidade de profissionais, os quais realizam a oferta de serviços para a comunidade, e por se tratar de um serviço vinculado à Universidade Estadual do Ceará (UECE), configurando-se como espaço que articula a discussão e a vivência do ensino serviço, tão necessárias no cotidiano.

Nesta época o serviço promovia um grupo de educação em saúde com os adolescentes. O grupo recém-formado de apoio aos adolescentes era constituído por uma enfermeira (coordenadora da unidade), uma assistente social, uma psicóloga e uma acadêmica de enfermagem que reuniam em média 25 adolescentes, os quais participavam voluntariamente dos encontros programados aos sábados.

No entanto, o grupo pensado e desenvolvido pelos profissionais da unidade foi, aos poucos, se desarticulando e os adolescentes passaram a ir cada vez menos aos encontros, o que desestimulou os profissionais e os próprios adolescentes. Nesse processo foram buscadas novas alternativas de tentar aproximar os adolescentes com a unidade de saúde, através de sorteios de brindes, atividades de dança, capoeira, porém devido à falta de incentivo financeiro e da própria gestão regional, não se deu continuidade ao projeto. Este foi o cenário desde a nossa inserção no campo até meados de fevereiro de 2009, quando percebemos que os profissionais estavam desestimulados em trabalhar com os adolescentes, pois estes se encontravam cada vez mais distantes do serviço, indo procurar atenção à saúde somente quando o agravo já estava inerente. Desse modo a proposta pensada em aproximar os adolescentes da atenção básica e apreender com eles suas necessidades de saúde e as possibilidades de implantar um projeto terapêutico de promoção da saúde foi se distanciando neste primeiro momento, com a equipe que estava naquele momento organizando.

Diante da desarticulação do grupo de adolescentes, buscaram-se, então, novas estratégias de criação de um novo grupo, desta vez com a ajuda dos agentes comunitários de saúde (ACS). Nesta fase, foram realizadas várias reuniões na Unidade, junto com a pesquisadora, a assistente social, a enfermeira e coordenadora da unidade, e os ACS. Foi exposta a proposta de criação de um grupo de adolescentes que participaria da pesquisa e, conseqüentemente, daria continuidade ao trabalho dos profissionais em conhecer as várias realidades e as necessidades de saúde vivenciadas pelos adolescentes das diversas comunidades atendidas pelo serviço, o que daria direcionamento para o planejamento do cuidado à essa clientela.

Ficou acertado então que os encontros continuariam sendo realizados aos sábados pela manhã, na própria unidade, porém seriam os ACS os responsáveis pela sensibilização dos adolescentes e captação daqueles que estivessem interessados em participar do grupo. Foi programado o primeiro encontro e, através do comprometimento dos ACS, foram planejadas todos os procedimentos que seriam realizadas no grupo. No caso, primeiramente ocorreria uma sensibilização com os adolescentes, através de dinâmicas, com a assistente social, e, em seguida, juntamente com as facilitadoras, seria realizado o grupo focal direcionado pelas questões norteadoras da pesquisa.

Entretanto, o primeiro encontro não aconteceu. No dia e hora marcada não houve comparecimento de nenhum adolescente. Na semana seguinte, foi marcada outra reunião com os ACS, a fim de entender os motivos do não comparecimento dos adolescentes. Foi então que os Agentes expuseram que os adolescentes não se interessavam em participar do grupo, e mesmo aqueles que participaram do grupo anterior tinham se comprometido em ir ao encontro, mas não foram. Diante desta situação desfavorável à coleta de dados, foram discutidas e pensadas alternativas para a captação dos adolescentes na unidade.

Sabe-se que, epidemiologicamente, os agravos que acometem os adolescentes são voltados para os aspectos sexuais e reprodutivos: como a gravidez e as DST's. No entanto, tornava-se necessário compreender o que se passavam na vida dos adolescentes, quais eram as suas percepções e suas

necessidades em relação à saúde e ao cuidado, e como o adolescente percebia o serviço e o que deveria oferecer aos jovens para que estes tivessem uma aproximação maior com os profissionais e com a unidade. Com esse propósito, foi dada continuidade na proposta de articulação do grupo de adolescentes.

Novamente, com o envolvimento de alguns membros da equipe de saúde, foi solicitado que cada agente de saúde indicasse pelo menos um adolescente da área em que atuavam, e que esse adolescente comparecesse ao encontro programado. No entanto, mais uma vez, no dia marcado nenhum adolescente compareceu.

Nesse momento, foi observada a dificuldade em se articular uma ação em equipe, pois percebemos também o envolvimento e o interesse de poucos profissionais em considerar a importância de conhecer as necessidades de saúde do adolescente e, a partir daí, planejar as atividades do serviço, atendendo a uma demanda carente de informações e de cuidados.

Diante das limitações expostas, buscou-se outro cenário para a pesquisa. Porém, deveria ser um local que favorecesse a investigação já proposta: estivesse interligado ao serviço de saúde e que, ao mesmo tempo, favorecesse a articulação com um grupo de adolescentes para discutir as questões delineadas na pesquisa - o foco nas ações de cuidado ao adolescente na atenção básica.

O local do estudo foi então definido, a Escola que fica anexa ao Centro de saúde Policlínica Nascente, serviço que integra a educação e a saúde na perspectiva intersetorial. Neste local encontramos os adolescentes que utilizam o serviço da atenção básica, portanto atenderia as condições ideais para a coleta de dados.

## **5.1 Análise e Compreensão do Estudo**

A compreensão da produção do cuidado ao adolescente na atenção básica na proposta do estudo emergiu de vários encontros, leituras do material empírico, organização/análise na busca dos significados e sentidos construídos

na dinâmica entre pesquisados e pesquisadores. Dessa forma, a riqueza do traçado da realidade se mostra nas seguintes temáticas: Concepções dos adolescentes sobre saúde e cuidado, Vivências e experiências dos adolescentes na produção do cuidado: um olhar para a atenção básica; Necessidades dos adolescentes e a produção do cuidado na perspectiva da integralidade.

A parte inicial das informações colhidas envolve a caracterização dos adolescentes quanto aos aspectos sociodemográfico. A idade variou entre 13 e 17 anos, pois foi optado pela faixa etária maior realizando o nono ano do ensino fundamental. Apenas um adolescente trabalhava no período noturno como porteiro, os demais apenas estudavam. 10 adolescentes moravam com os pais, um adolescente morava apenas com a mãe e um adolescente residia com o irmão mais velho. Apenas dois adolescentes moravam em casa própria. A renda familiar variou entre R\$ 200 reais à R\$ 800 reais. Dentre as condições de moradia, os adolescentes informaram que suas residências possuíam água encanada, porém apenas seis relataram possuir saneamento básico em sua rua. Em relação aos aspectos culturais, cinco adolescentes eram da religião católica, cinco adolescentes eram da religião protestante, um adolescente era espírita e o outro adolescente não participava de nenhuma religião, porém afirmou que crê em Deus. Vale ressaltar que dentre os adolescentes, participantes da pesquisa, um era deficiente visual, porém freqüentava normalmente a escola e possuía boa afinidade com os colegas.

Todos já haviam freqüentado a unidade de saúde da família anexa à escola. Dentre os serviços que eles já procuraram na unidade temos a consulta médica, vacinação, dentista e consulta de enfermagem. Tal informação foi relevante para que se pudessem nortear as discussões em torno da produção do cuidado na atenção básica.

### **Temática 1. Concepções dos adolescentes sobre Saúde e Cuidado**

Apreender as concepções sobre saúde e cuidado em um grupo de adolescentes foi significativo para que se pudesse entender o sujeito a partir

dele próprio, o que ele pensa e como constrói tais conceitos no seu cotidiano de vida. Ficou evidente que o conceito de saúde está imbricado no conceito de cuidado para os adolescentes, e estas concepções foram construídas com significados diferentes, mas que se complementam. Dentro dessa lógica de produção da saúde delineou-se as primeiras idéias sobre a produção do cuidado ao adolescente na atenção básica.

Conceituar o que seja saúde e cuidado é algo complexo e não é objeto desse estudo, no entanto, é um assunto que atravessa a compreensão da produção do cuidado. O que se deseja é entender o que pensam os adolescentes sobre saúde e cuidado, e como eles constroem tais significados em seus cotidianos. Inicialmente, a representação de saúde para os adolescentes foi mostrada por meio de desenhos, onde a partir deles, se iniciou a discussão do significado de cada imagem para o sujeito, e em seguida foi-se adentrando no significado de cuidado na visão dos adolescentes.

A saúde foi retratada pela maioria dos participantes como uma atitude pessoal para obtê-la, estando associada à felicidade, à prática de exercícios físicos, a uma boa alimentação e uma boa convivência social, e estas expressões tiveram uma conotação relacionada à qualidade de vida, sinalizando que saúde não significa a ausência de doenças, mas um conjunto de determinantes sociais que levam a prática de um estilo de vida saudável.

Neste pensamento, a saúde não é descrita como um estado ideal, uniforme, mas como a busca permanente de mobilização das forças ativas, das energias necessárias para viver. Assim, quando se fala em saúde ressalta-se uma sucessão de compromissos com a realidade, e que se alteram e que se reconquistam, se definindo a cada momento (ROCHA, 2002).

Em relação ao cuidado, os adolescentes enfocaram conceitos diversos que traduzem ações realizadas para cuidar da sua saúde, como realizar atividade física, ter uma alimentação para tornar-se saudável e ter um bom convívio social. Emergiu ainda, o cuidado com o meio ambiente, envolvendo atividades de preservação da natureza e conservação do meio ambiente, pois estas ações interferem diretamente no seu estado de saúde.

Na construção desta temática, emergiram duas categorias que representam o significado de saúde e cuidado para os adolescentes.

### **Categoria 1: Concepções de saúde para os adolescentes**

Na perspectiva de ilustrar suas concepções, conforme solicitado, os adolescentes representaram por meio de desenho o significado de saúde. Nesses desenhos, quase a totalidade dos sujeitos concentrou a construção das imagens fora do campo patológico/biológico, em que os adolescentes traduzem a saúde como o modo de viver, nas condições e estilo de vida, percebendo a saúde como qualidade de vida, bem-estar. Nesse processo, a saúde como qualidade de vida abrange ainda os aspectos comportamentais, como exemplo, exercício, alimentação e atividades de lazer.

*Eu botei que saúde é ter qualidade de vida, aí o que eu quero dizer é assim, sabe... Tem duas pessoas jogando vôlei, é que faz parte do que é ter saúde. Ah, eu desenhei uma menina sorrindo, é sinal de que ela é cheia de vida (A1).*

*O meu desenho é um menino comendo a maçã, pois como ela disse né, é ter uma alimentação boa né (...). Desenhei também um menino pulando corda e um de bicicleta que é fazer exercícios né (A8).*

*Aí aqui eu coloquei assim... é viver, brincar, amar, essas coisas assim, que está relacionada. A exercício também, a boa alimentação (A10).*

Para os adolescentes ter saúde é ter qualidade de vida, tal idéia vem ao encontro de estudiosos do tema. Segundo Minayo, Hartz e Buss (2000), qualidade de vida é uma noção eminentemente humana que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, social, amorosa e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. Buss (2003) complementa essa idéia ao afirmar que saúde e qualidade de vida são temas estreitamente relacionados, pois a saúde contribui para melhorar a qualidade de vida do

indivíduo e da comunidade pelo desenvolvimento de ações como padrões alimentares, comportamento sexual, atividade física, entre outros. Dessa forma, se cada pessoa desenvolver um padrão comportamental favorável à saúde, certamente se terá uma população mais saudável, com uma melhor qualidade de vida

Mesmo diante da polissemia dos termos saúde e qualidade de vida, observam-se nos estudos as implicações dessa correlação na perspectiva de uma compreensão ampliada. Para Seidl e Zannon (2004) os conceitos partem da influência dos estudos sociólogos, em que a saúde não faz referência a agravos e doenças, conforme está descrito pela OMS, e a qualidade de vida é entendida pela percepção do sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos valores, e em relação aos objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

De acordo com as experiências dos adolescentes, ao analisar a relação saúde e qualidade de vida, verificam-se dois aspectos relevantes: a percepção dos adolescentes sobre o seu estado de saúde e a relação dos aspectos não biológicos em seus contextos de vida, associados à determinantes sociais e estilos de vida saudável. Nessa perspectiva, os adolescentes percebem a saúde como qualidade de vida pelo próprio comportamento, relacionado ao bem-estar físico e psicológico, além dos relacionamentos sociais, como família e amigos.

*É estar bem com o seu corpo, sua alma, ser feliz comigo mesma. É viver bem. É estar bem com o mundo. É relacionada ao você está bem com o corpo e com a mente. Porque muitas vezes você vai se exercita, mas aí o seu psicológico está totalmente caído (A10).*

*Meu desenho é uma menina caminhando, tomando sol, e saúde é bem estar físico e mental. (...) Caminhar é se exercitar, saúde é bem estar físico e mental. É se relacionar bem com as pessoas (A4).*



Figura 1: Desenho do Adolescente (A4). CMES Projeto Nascente, 2009

A compreensão da saúde pelos adolescentes é uma construção social que emerge de um senso comum. Nesse sentido, realiza-se uma aproximação do modelo de Dahlgren e Whitehead (GUNNING-SCHEPERS, 1999) – Figura 1, que mostra a inter-relação entre saúde e determinantes sociais.



**Figura 2: Determinantes sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead**

Observa-se na figura 2, que os sujeitos estão na base do modelo, com suas características individuais de idade, sexo e fatores genéticos, os quais, evidentemente, exercem influência sobre seu potencial e suas condições de saúde. Na camada imediatamente externa aparecem os estilos de vida dos indivíduos. Esta camada está situada no limiar entre os fatores individuais e os determinantes sociais de saúde, uma vez que, os comportamentos, muitas vezes entendidos apenas como de responsabilidade individual, na realidade podem também ser considerados parte dos determinantes de saúde, pois estas opções estão fortemente condicionadas por determinantes sociais, como informações, possibilidades de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer, dentre outros fatores. (BUSS; PELEGRINI FILHO, 2007).

Os autores reforçam ainda que os laços de coesão social e as relações de solidariedade entre as pessoas e grupos são fundamentais para a promoção e proteção da saúde individual e coletiva. Dessa forma, tornam-se necessárias políticas que busquem estabelecer redes de apoio e fortalecer a organização e participação das pessoas e das comunidades, especialmente dos grupos vulneráveis em ações coletivas para a melhoria das suas condições de saúde e

bem-estar, e para que se constituam em atores sociais e participantes ativos das decisões da vida social (BUSS; PELEGRINNI FILHO, 2007).

Desse modo, a compreensão sobre o processo saúde e cuidado é complexo e abrangente. Ao buscar a concepção de saúde para os adolescentes, acaba-se emergindo nas particularidades de atores sociais, que muitas vezes são taxados pela sociedade como vulneráveis. Assim sendo, é preciso encontrar meios de superar este entendimento e buscar ações que possam fortalecer estes grupos sociais, e para tanto, é fundamental conhecer os adolescentes individualmente e coletivamente, pois suas manifestações trazem significados diversos que precisam ser interpretados por aqueles que cuidam, organizam ou planejam o cuidado.

Para os adolescentes, o termo saúde tem dimensões semelhantes, traduzindo-se como bem-estar, na conotação de felicidade. Ou seja, como uma condição de sucesso, satisfação, contentamento consigo mesmo e com os outros.

*Assim eu desenhei uma carinha feliz que significa assim... saúde é felicidade, assim né que tem um monte de pessoas doente que não é feliz né (A9).*

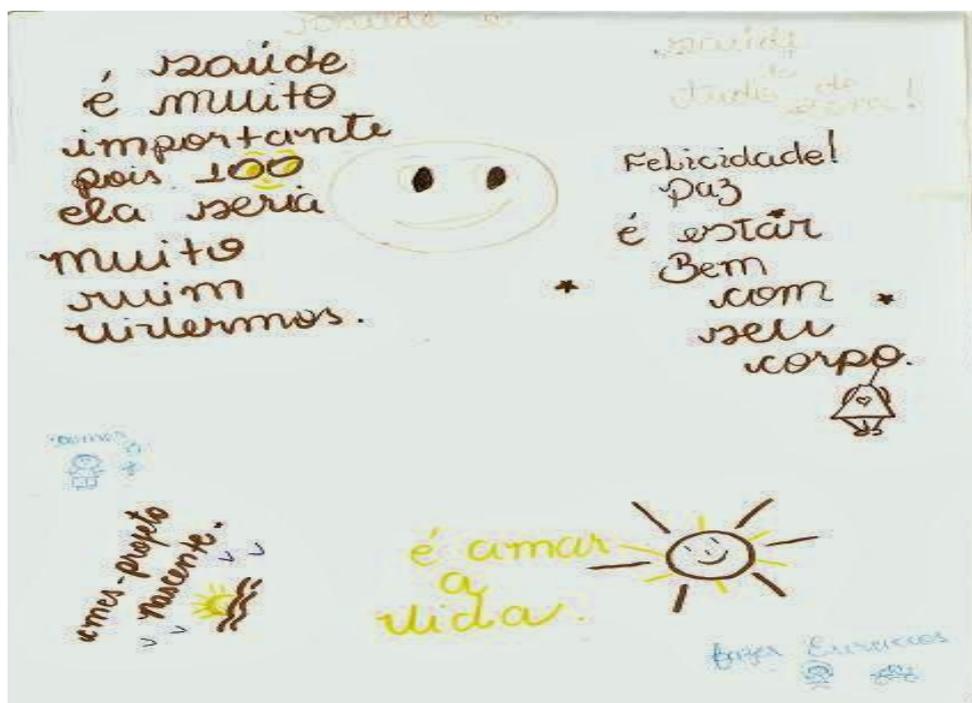


Figura 3: Desenho do adolescente (A9). CMES Projeto Nascente, 2009.

*É um coração feliz que tem saúde. E que eu acho que eu tenho saúde né? Porque eu me sinto muito feliz sabe? Que eu acho que é estar sempre bem alegre, está de bem com a vida (A3).*

*Pra mim ter saúde é estar feliz o tempo todo, ser feliz com a vida, aproveitar cada instante (...) Resumindo né, ter saúde é isso... ser feliz, estar de bem com os outros e principalmente com a vida (A5).*

A felicidade move o encontro dos sujeitos com o seu mundo, se referindo a uma conquista, e essa relação com a saúde é almejada através do bem-estar, das relações com o outro e consigo, do não aparecimento de doenças (AYRES, 2004). Em estudo realizado por Silva et al. (2007) revela que a felicidade em um grupo de adolescentes está associada principalmente ao bem-estar psicológico, estando associado ao nível socioeconômico, constatando que quanto maior a renda familiar, maior o bem-estar. Contudo, neste estudo não se pode inferir tal prerrogativa, já que o nível socioeconômico do grupo de adolescentes em questão é baixo, e mesmo assim a satisfação com o seu estado de saúde e bem-estar foram evidenciados.

Nesse sentido, Ferraz et al. (2007) explicam em seu estudo a relação entre saúde e felicidade, em que um sujeito otimista tem maior probabilidade de aderir a hábitos que promovam a saúde, além de estar mais motivado a rede de suporte social, pelo qual estaria amparado diante as adversidades.

Outro significado de saúde ressaltado pelo adolescente (A2) ganhou sentido na dimensão espiritual, representada na figura de um anjo da guarda, um deus, que protege e ensina as pessoas a se cuidarem.

*Eu desenhei o senhor da saúde. E aqui ele é cheio de riqueza e cheio de saúde e ele protege as pessoas que têm saúde. (q mais? o que ele pode fazer – o senhor saúde?) ensinar as pessoas a se cuidar. (o que isso representa?) é que cada pessoa tem um senhor saúde que cuida da sua saúde, um anjo da guarda (A2).*



Figura 4: Desenho do Adolescente (A2). CMES Projeto Nascente, 2009.

Silva et al. (2005) trás em seu estudo o pensamento de Leonardo Boff que atenta para o paradigma da convivialidade, propondo a espiritualidade como forma de unir, ligar, re-ligar e integrar os seres humanos entre si e com o mundo. Assim, a espiritualidade é um meio de ajudar o homem a ser co-responsável pela sua vida na terra, e, conseqüentemente, por sua saúde, sendo mais reverente mediante os mistérios do mundo e mais solidário com aquele que sofre. Sá (2009) reforça a idéia ao afirmar que a espiritualidade está no ato humano, nas ações, nos pensamentos, bem como, no cuidar do outro e de si mesmo, assim é no desenvolvimento da crença em algo que possibilita ao homem enxergar maiores possibilidades de saúde e cura.

## **Categoria 2: Concepções de cuidado para o adolescente**

Ao falarem de saúde, os adolescentes associaram aos significados de cuidado e ao mesmo tempo retrataram o que eles fazem para cuidar da própria saúde. Nesse sentido, o cuidado representado nessa categoria se aproxima da noção do “cuidado de si mesmo”, que Bub et al. (2006) concebe como uma atitude ligada ao exercício da política e da ética, como um certo modo de estar

no mundo, de relacionar-se com o outro e consigo mesmo. Essa concepção do cuidado de si remete ao sujeito uma reflexão do seu modo de ser e agir.

Foucault (2004) reforça a concepção do “cuidado de si” como uma prática intensificada das relações sociais, pois implica no desejo de uma transformação contínua destinada a uma avaliação do que melhor seria feito ou dito de acordo com cada peculiaridade. Nesse sentido, as práticas do “cuidado de si” são tomadas pelos sujeitos e trabalhadores como novas possibilidades de vida, indo de encontro à vitimação das circunstâncias apresentadas por grupos vulneráveis.

Assim sendo, o cuidado é próprio da constituição do ser humano, ou seja, toda pessoa é capaz de cuidar de si e do outro, tendo como função assegurar a continuidade da vida. Por muito tempo, o cuidado teve um caráter apenas de tradição cultural, transmitido através da experiência passada de geração a geração (SILVA, 2001). Com o passar dos anos, passaram a existir várias correntes filosóficas que procuraram e ainda procuram definir as características do cuidado e sua finalidade. Bub et al. (2006) afirmam que as várias concepções de cuidado têm coexistindo e influenciado a prática na atualidade.

Dentre as várias representações sobre o cuidado, dois adolescentes relacionaram o cuidado à sua saúde com o meio ambiente. Essa noção de cuidado, para Backes et al. (2009) vai além da visão unilateral e pontual, perpassando um sentimento de preocupação e responsabilização do cuidado com o meio, ou seja o cuidado do entorno que cerca o ser humano.

*Eu cuido do meio ambiente. É não rebolar lixo fora da lixeira, não destruir as plantas, não tacar fogo. Porque é assim... o fogo tem fumaça, e a fumaça trás... a gente respira. E se a gente respirar a fumaça nosso pulmão vai ficar com câncer de pulmão, né. E a gente não tá só nos prejudicando somente, vai tá prejudicando as pessoas também (A2).*

*Eu tento estar bem com o meio ambiente, cuido dele pra que não ficamos doentes, fazendo a nossa parte né? É como ele falou, temos que preservar a natureza, cuidar as plantas (...). E fora que o ar puro que é muito importante pra saúde (A7).*

Boff (1999) trás essa percepção do cuidado com o meio ambiente em suas obras<sup>3</sup>, pelas quais implica o saber cuidar em sentimentos éticos do ser humano para com o meio onde está inserido, ou seja, o meio ambiente, a Terra. Nesse sentido, o homem deve interagir com a natureza, através da ecologia social, pela qual se atende às carências básicas dos sujeitos, considerando as necessidades das gerações futuras que têm direito de herdarem uma terra habitável com relações humanas minimamente justas.

Nesse sentido, o homem e a natureza não podem ser apreendidos apenas como um objeto relacional, mas precisam ser compreendidos dentro de uma perspectiva dialógica de cuidado. Essa relação implica no repensar sobre a sustentabilidade do meio ambiente, que vão desde práticas elementares de jogar lixo no chão, de poluir as águas, de realizar queimadas, como também pelas práticas de consumo e, indo até a elaboração e execução de políticas públicas e ambientais pautadas no processo de viver saudável (BACKES et al., 2009).

Nessa perspectiva, de estudar o meio ambiente de forma integral e inter-relacionada, as autoras trazem a definição de cuidado ecológico:

Como a atitude de cuidado que impulsiona a atenção e as ações para a defesa do meio ambiente, no domicílio, no local de trabalho, nas escolas universidades, nos espaços públicos e privados, e em toda a parte, permeando os processos de relações, interações e associações entre os seres humanos e demais seres que integram a natureza, num compromisso ético de responsabilidade consigo, com o outro e com o universo cósmico, de forma ampla e integradora (BACKES, et al., 2009, p.184).

Dentre a variedade semântica do cuidado, o verbo cuidar, segundo Michaelis (2007), tem o sentido de “zelar pelo bem estar ou pela saúde de alguém”, indicando uma série de ações dinâmicas e inter-relacionadas para a realização do cuidado. As falas dos adolescentes revelam uma atitude ativa em que o cuidado está relacionado diretamente à manutenção do bem-estar e de hábitos de vida saudáveis, como a alimentação, a realização de atividade física e as relações sociais.

---

<sup>3</sup> Ecologia Social: Boff, L., Ecologia social em face da pobreza e da exclusão, em *Ética da vida*, Letraativa, Brasília 2000, pp. 41-72. Boff L. *Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra*. Petrópolis (RJ): Vozes; 1999.

*Eu me alimento bem, me relaciono bem com as pessoas, cuido da minha alimentação, porque comer bem não é comer muito, é comer alimento de qualidade. Às vezes eu me exercito; não é algo contínuo (...). Eu gosto de esportes, um pouco (A4).*

*Ah, cuidar de mim é ficar de bem com a vida. É ajudar ao próximo, é ficar bem com todos que estão ao seu redor. Cuidar do nosso corpo, da alimentação, exercícios físicos (A6).*

*É você ta bem com as pessoas, tipo assim, você briga, faz questão de alguma coisa e acaba se descuidando. Aí eu procuro ficar bem sempre com as pessoas. É fazer as coisas que eu gosto (A10).*

Percebe-se nos discursos dos adolescentes que o cuidado sempre está relacionado ao cuidado de si e do outro, numa preocupação constante pelo bem-estar da saúde do próximo, se revelando como uma forma de expressão de relacionamento com o mundo.

Dessa forma, o cuidado humano, já concebido anteriormente como uma atitude ética e política, trás a percepção do homem como reconhecedor dos direitos uns dos outros, assim os sujeitos se relacionam numa forma de promover o crescimento e o bem-estar (WALDOW, 2001).

Nessa perspectiva, a dimensão ética do cuidar leva em consideração a responsabilidade constante que o sujeito precisa ter com a produção de vida nos espaços onde atua. Essa responsabilização não implica em substituir a responsabilidade do outro, exatamente ao contrário disso, diz respeito à constante posição do sujeito no lugar daquele que instiga a co-responsabilização por aquilo que é cuidado. A ocupação desse lugar exige a descristalização de seus próprios papéis, para que desta forma possa abrir espaços para a produção do cuidado. Aqui, o conceito de ética não se coaduna com valores morais pré-estabelecidos, mas trata-se de um compromisso irrestrito com o desejo do sujeito e com a produção de modos de subjetivação singulares (GUATTARI, 2001).

A dimensão política do cuidar considera que a constituição das relações sociais, dos modos de produção, está diretamente relacionada aos modos de produção de subjetividade. Ferigato e Ballarin (2007) discutem que para

proporcionar um possível desvio ao modelo hegemônico são necessários o fortalecimento dos sujeitos envolvidos na situação terapêutica e o investimento em sua autonomia, o que amplia as possibilidades de novas formas de produção de subjetividade a partir de uma reformulação do cuidado.

A compreensão das dimensões do cuidado, pela concepção ética e política, é importante para que se possa entender o processo de construção do significado de cuidado na vida desses adolescentes. Essa questão vem destacando a autonomia do adolescente como elemento central da co-produção do cuidado, onde se reafirma o papel ativo do sujeito na intervenção de novas possibilidades de vida, recolocando-os como protagonistas na gestão de si mesmos e na sua relação com suas próprias fragilidades. Dessa forma, traduz-se que as demandas trazidas pelos adolescentes podem estar muito mais ligadas na dificuldade de enfrentar a sua condição de vida e no vazio existencial das relações, do que propriamente nos seus sintomas e doenças.

Entretanto a noção de cuidado relacionado à doença e à procura de serviços médicos surgiu nos discursos dos adolescentes. Segundo os adolescentes para cuidar da saúde é necessário procurar o serviço de saúde. Nesse sentido, o cuidado pelos adolescentes foi pensado a partir do entendimento de que o cuidado com o corpo também deve ser atrelado aos cuidados médicos, pela prevenção de agravos à saúde. O cuidado com o corpo emergiu associado à prevenção através da procura de atendimento pelo profissional médico.

*Assim, eu procuro fazer as consultas né, vou ao médico. E outra, eu me relaciono bem com as pessoas, porque isso também faz parte sabe? (A12).*

*Nós também temos que fazer a nossa parte. Cuidando do nosso corpo, indo ao médico (...). Só cuidar do corpo não tem prevenção (A1).*

*Cuidar de mim é cuidar do meu corpo. É ir ao médico, assim de três em três meses (A11).*

Os adolescentes destacaram, ainda, uma questão significativa em relação ao cuidado com a saúde. Apesar dos adolescentes referirem a

atividade física e os hábitos alimentares saudáveis como importantes para a manutenção do cuidado à saúde, observou-se em suas falas que eles não põem em prática.

*Eu não tenho muito cuidado com a minha saúde sabe porque? eu como muito. eu não tenho uma...an... balanceada. eu tenho que comer em casa verdura né? Essas coisas assim... e eu não como de jeito nenhum (A5).*

*Não vou dizer que pratico exercícios, esportes. Quando tem realmente eu vou, mas eu num faço não. Agora eu caminho, caminho demais. Assim eu procuro fazer o melhor possível (A10).*

Os adolescentes, mesmo associando o cuidado com a prática de hábitos saudáveis, revelam não assumir tais ações em seu cotidiano. Tal situação remete a uma reflexão sobre a responsabilização do usuário com a própria saúde. Santos e Assis (2006) revelam que a responsabilização diante dos desafios do processo saúde-doença é tida como a incorporação ao ato terapêutico de valorização do outro, pela preocupação com o cuidado e o respeito com a visão de mundo de cada um; é a cumplicidade de estratégias de prevenção, promoção, cura e reabilitação dos usuários.

Nessa perspectiva deve-se estimular a autonomia do adolescente no seu processo de saúde-doença-cuidado, compartilhando saberes entre o sujeito e os demais profissionais do serviço de saúde que o acolhe, como forma de garantir a condução terapêutica de acordo com as necessidades de cada indivíduo e sua coletividade.

## **Temática 2. Vivências e Experiências dos adolescentes na produção do cuidado: um olhar para a atenção básica**

Ao apresentar esta temática, torna-se necessário inicialmente trazer as diferenças conceituais entre vivência e experiência. A experiência, segundo o dicionário Aurélio (FERREIRA, 2009), retrata a ação ou efeito de experimentar;

conhecimento adquirido pela prática da observação. Já a vivência está relacionada àquilo que se viveu, ou seja, a experiência de vida. Assim, enquanto a experiência é voltada para o conhecimento adquirido através da observação, a vivência é a própria participação

Tais conceitos são importantes, pois os adolescentes ao relatarem o cuidado produzido na unidade básica de saúde, revelam as suas experiências, através de situações vivenciadas pelo outro, como a mãe, o pai, o amigo, bem como suas próprias vivências. É interessante ressaltar que o cuidado para os adolescentes surge de maneira diversificada, a depender da experiência/vivência de cada um, retratando um sentido de resposta às suas necessidades.

Nesse contexto, lembra-se o pensamento de Pinheiro e Guizardi (2006) afirmam que os diversos saberes, em diferentes espaços, em pequenas genealogias, nem sempre se traduzem apenas na identificação de problemas, mas em construção de soluções e respostas que buscam um cuidar, cuidar de si e do outro. Entretanto, a noção de cuidado aqui representada pelos autores e utilizada nesse estudo, tem uma visão ampliada e um bem comum, pois não se reporta a um procedimento simplificado, mas como uma ação integral, que tem significados e sentidos voltados para a compreensão de saúde como direito de ter. E essa ação integral é entendida como o tratar, o respeitar, o acolher, o atender o ser humano em seu sofrimento, como a inter-relação de pessoas (usuários e trabalhadores), que são traduzidas em atitudes como acesso, acolhimento, vínculo e qualidade dos serviços.

Estes dispositivos vêm embasar a produção do cuidado na perspectiva da integralidade. Nesse contexto, a integralidade é assumida como uma prática social que implica o reconhecimento de diferentes visões de mundo, através de vivências e experiências dos adolescentes na rede básica. Os dispositivos ressaltados pelos adolescentes na produção do cuidado focalizados no acesso, acolhimento e vínculo revelam situações existentes na unidade de saúde que nos remete a uma reflexão sobre o que está sendo realizado, permitindo uma comparação com outros estudos, realizados por diversos atores, mas que ao

aproximar as convergências e a divergências, se observa que as dificuldades são as mesmas e que os processos também.

As compreensões de tais fenômenos se manifestam nas categorias analíticas a seguir.

### **Categoria 3: Acesso, acolhimento e vínculo produzido na unidade básica de saúde na visão dos adolescentes.**

Acesso e acolhimento articulam-se e complementam-se na nas práticas dos serviços de saúde, na perspectiva da integralidade do cuidado. Com a expansão da oferta de serviço, através das demandas programadas e espontâneas, os municípios têm assumido a responsabilidade pela saúde da população, sobretudo da rede básica, em que o debate sobre acesso a essas ações e serviços ganhou nuances significativas (SOUZA, et al., 2008).

Franco, Andrade e Ferreira (2009) entende o acesso como primeiro dispositivo de produção do cuidado, pois ele é o pressuposto para que os fluxos assistenciais operem. Vale destacar que o acesso não se dá apenas por dispositivos organizacionais, mas se vincula à atitude que o trabalhador de saúde tem com o usuário.

É no encontro do trabalhador com o usuário que o acesso acontece como dispositivo de cuidado ou não, e o que define isso é olhar sensível, o gesto acolhedor, o vínculo que se estabelece entre ambos, associados à ação interessada, micropolítica, no cenário de produção do cuidado (FRANCO et al., 2009, p. 36).

Obter acesso ao serviço é, portanto, a primeira etapa a ser vencida pelo usuário quando este parte em busca da satisfação de uma necessidade de saúde. Nesse sentido, o acesso pode ser entendido como a distância entre a unidade de saúde e o local de moradia do indivíduo, tempos e meios utilizados para o deslocamento (como filas, local e tempo de espera), tratamento recebido pelo usuário, priorização das situações de risco e possibilidade de agendamento prévio (LIMA et al., 2007; RAMOS; LIMA, 2003).

Nas falas dos adolescentes observaram-se várias necessidades relacionadas ao acesso, mediante as (in) satisfações apresentadas. Dentre essas necessidades, o acesso à marcação das consultas se constituiu como um elemento importante da organização do atendimento no serviço de atenção básica freqüentado pelos adolescentes. Porém eles enfatizam que o acesso à marcação das consultas não é difícil, o entrave é focalizado no tempo de espera que eles aguardam até chegar o dia de serem atendidos.

*A gente ta quase morrendo aqui, mas tem que marcar uma consulta pra daqui a 5, 6 meses. Aí a gente vai ta pior do quando a gente foi. Aí num adianta de nada a gente ir lá (A6).*

*É porque assim, se a gente ta doente, se a gente ta indo se consultar é porque a gente ta precisando. Então a gente chega lá e eles dizem que é pra daqui a um mês, daqui há um mês a gente ta morto (A9).*

*Pra marcar é fácil, o ruim é ser atendido. Eu mesma tive um problema de saúde esse ano né. Aí foi no começo do ano e marcaram pra mim uma consulta em agosto. [consulta de que?] É de oculista né? Que eu tinha um problema, mas pra mim conseguir essa consulta foi quase seis meses pra conseguir (A5).*

Um aspecto importante que merece ser destacado é o acesso funcional que envolve a entrada, propriamente dita, aos serviços de que o cidadão necessita, incluindo o agendamento prévio das consultas. Esse instrumento facilita o acesso efetivamente e permite priorizar casos e grupos mais vulneráveis que devem ser atendidos de acordo com os critérios de risco (RAMOS; LIMA, 2003).

Complementando essa idéia, é importante ressaltar que existe uma diferença entre a acessibilidade que o adolescente tem em chegar ao serviço e agendar o atendimento e o acesso ao cuidado propriamente dito. Starfield (2002) revela que apesar do acesso ser complementar a acessibilidade, estes são conceitos distintos. Logo, a acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem ao serviço, e o acesso permite o uso oportuno dos serviços para alcançar melhores resultados.

Assim, o acesso é uma consecução do cuidado de acordo com as necessidades e as demandas apresentadas pelos usuários. Entretanto, o que deve ser realizado para otimizar o serviço é uma qualificação do acesso, incluindo a importância dos aspectos da organização e da dinâmica do processo de trabalho, considerando a contribuição da análise de vários aspectos culturais, geográficos e das próprias necessidades da demanda (RAMOS; LIMA, 2003).

Os adolescentes percebem, na lógica da organização do serviço, outro entrave relacionado à dificuldade no acesso ao cuidado. Através de seus relatos percebe-se que a demora no atendimento na unidade, ocasionada pelo atraso na chegada de alguns profissionais, gera insatisfação e muitas vezes desistência da assistência que seria oferecida.

*(...) E às vezes a gente vai lá pruma consulta e eles “o médico vai ta aqui uma hora”, mas eles só vão começar a atender o pessoal três horas da tarde [pausa]. O primeiro... e se você for o ultimo, que horas você vai sair dali ? (A4).*

*É que eu tinha marcado uma consulta de manhã e eu não posso de manhã, porque eu faço um curso. Aí faltei aula esse dia pra marcar uma consulta pra mim. Cheguei fiquei esperando [pausa]. Cheguei aqui era 7 horas e fiquei até 9 horas pra conseguir a ficha. O médico só veio chegar quase 10 horas. Fiquei com tanta fome que fui pra casa e desisti da consulta (A10).*

É evidente a insatisfação dos adolescentes com a demora no atendimento em relação à pontualidade do médico. Essa postura dos trabalhadores compromete a integralidade quando se imagina o adolescente na busca do cuidado no serviço de atenção básica. Dessa forma, seria importante uma sensibilização profissional em relação ao compromisso e responsabilização com a saúde dos usuários, de forma que possibilite uma organização do atendimento e torne o acesso do adolescente ao que ele demanda, mais digno e respeitoso, o que gerará resolutividade daquela necessidade imediata.

Assis, Villa e Nascimento (2003) reforçam que o acesso para os usuários dos serviços de saúde deve ser voltado para uma mudança na

organização do sistema de saúde que contemple a responsabilidade social, e tal responsabilidade deve ser contemplada tanto pelos usuários como pelos profissionais.

Pensar em como o serviço deve se organizar e redirecionar as práticas de cuidado voltadas ao adolescente torna-se um desafio, já que é necessário também pensar qual a concepção dos serviços de saúde acerca da rede de atenção ao adolescente no SUS, pois, no discurso do adolescente três, ele chega a comparar o serviço com outros, ressaltando que não se trata apenas de um problema de um serviço de atenção básica específico, mas de um problema do sistema público de saúde em geral.

*Quando eles recebem, tudo bem... eles recebem bem. O problema não nem eles não, é a demora que leva pra gente conseguir esse serviço. E não só esse que tem problema, todos têm. Inclusive, os serviços públicos, os hospitais, as ambulâncias também, porque teve uma vez que eu fiquei doente e aí... tipo assim... muito mal e minha pressão baixou pra tipo cinco e alguma coisa. Foi meia hora pra ambulância chegar e quando a ambulância chegou minha mãe tava quase... desesperada. (...) Então não é só esse aqui que tem problema... todos têm muitos problemas (A3).*

A criação do SUS em 1988 e a sua operacionalização em 1990, pelas leis 8.080 e 8.142 trás os princípios da universalidade, equidade e integralidade como éticos ou doutrinários e também os princípios organizativos de hierarquização, regionalização e descentralização, como um compromisso do Estado em assumir a cobertura universal e integral da população, e isso significa cuidar das pessoas. Sem dúvida essa atenção integral é um desafio que o sistema público de saúde vem enfrentando, pois garantir o acesso das pessoas aos diversos níveis de assistência possibilitaria a resolutividade voltada para as necessidades individuais e coletivas (SOARES, 2007).

Adequar o serviço a essa proposta de cuidar, baseado na atenção integral torna-se, portanto, um comprometimento dos gestores e trabalhadores de saúde na busca de melhores condições de viver e ser saudável, contribuindo para a credibilidade e sustentabilidade do SUS (SOARES, 2007). O adolescente ilustra essa responsabilidade em seu discurso, enfatizando a

insatisfação mediante aos diversos problemas de acesso vivenciados na unidade básica de saúde: reclamação quanto à demora no atendimento, a longa espera para marcação de uma consulta e o descompromisso profissional, referenciados anteriormente.

Outra insatisfação apresentada pelos adolescentes é relacionada ao acesso aos medicamentos. Eles referem que ocorre uma dificuldade em conseguir o medicamento, pois mesmo após a dificuldade de acesso à consulta, quando se procura o medicamento prescrito, geralmente a unidade de saúde não disponibiliza.

*Outra coisa: remédio. Se você tem que tomar remédio o médico explica... você tem que tomar esse, esse... aí vai na farmácia, mas quando chega lá, num tem (A2).*

*Remédios... Tem que ter mais remédios porque lá falta muito (...). A gente sempre tem que procurar em outro posto pelo remédio, porque nesse aqui, a gente nunca encontra (A11).*

*Porque às vezes numa consulta, o médico passa uma coisa e a gente vai lá e ele diz... 'não pegue aí na farmácia que tem'. Mas quando a gente vai lá, às vezes nem tem. Num tem sequer similar (A3).*

A assistência à saúde em caso de doença, bem como a prevenção e o tratamento, são atributos centrais do direito à saúde, e como parte desse direito está o acesso gratuito aos medicamentos. O Estado tem o dever de assegurar que os medicamentos existentes estejam disponíveis dentro do seu território, além de ser obrigatório de garantir não só a disponibilidade dos insumos, mas que estes estejam acessíveis à população. (HUNT; KHOSLA, 2008). O adolescente, mesmo sem expressar diretamente sobre a questão dos direitos que ele possui, em relação ao acesso à assistência farmacêutica, deixa evidente o descumprimento da atenção à saúde, pois faltam insumos e materiais de consumo básico na assistência com medicamentos.

A falta de materiais e insumos, a desinformação, os ecos de falas e escutas existentes entre trabalhadores e usuários estão implicados na produção do cuidado. Para estes adolescentes este entendimento foi reduzido, ao pensar a produção do cuidado na perspectiva da integralidade. É notório

que os usuários pouco valorizam as práticas de cuidado, priorizando a busca pela consulta médica e pelo medicamento. Por outro lado, os trabalhadores têm dificuldade em reorganizar o processo de trabalho, já que não reconhecem a importância de valorizar as necessidades de saúde individuais e coletivas da população adscrita. Nesse cenário, as tensões se acumulam, gerando práticas “não cuidadoras” entre os atores envolvidos nesse processo: trabalhadores, gestores e usuários, em que, estes muitas vezes, são desrespeitados e desacreditados pelos problemas nas organizações dos serviços (ANDRADE; FRANCO; FERREIRA, 2009).

Ressaltando outro dispositivo importante da integralidade – o acolhimento – os usuários precisam ser acolhidos no momento em que necessitam. Essa dimensão pressupõe a disposição, organização e preparação da equipe para receber, em momentos e horários variáveis, a grande variedade de demandas e avaliar os riscos implicados assegurando seu atendimento, visando a máxima resolutividade possível (CAMPOS, 2003).

Esse sentido de “acolher” surge como um dispositivo da integralidade, que embasa as ações na produção do cuidado. Santos e Assis (2006) entendem que o acolhimento acontece em os diversos espaços das relações individuais e coletivas, sejam na clínica, na recepção, no tipo de acesso, nas palestras e grupos desenvolvidos, entre outras formas relacionais e comunicacionais existentes entre trabalhadores de saúde e usuários.

Nessa perspectiva, para iniciar a discussão sobre a temática da pesquisa entre os adolescentes, no grupo focal, foi solicitado que os mesmos desenhassem como eles experienciavam e/ou vivenciavam o acolhimento na unidade de saúde da família que eles freqüentavam. A representação dos desenhos teve em comum a figura da “mulher da recepção”. O fato da recepcionista da unidade ser o primeiro profissional que os adolescentes terem contato na unidade reforça que o acolhimento se inicia na porta de entrada da unidade, no setor de marcação de consultas.

*O meu desenho é uma recepcionista muito estressada. Uma coisa que eu percebi, é que alguns, não todos, mas alguns deles tem que trabalhar melhor, no modo atender a pessoa. Porque alguns quando tão de mal humor, num tão nem ligando.*

[Quem são?] A recepção... até porque eles ficam lá e as pessoas ficam pressionando, reclamando da demora e eles acabam descontando nas pessoas (A12).

Eu coloquei aqui uma carinha que significa assim, uma boa recepção, que ela tem que ta sempre feliz, porque ela lida com pessoas e esquece que tem que ter muita paciência né. Tanto é que você tem que ser bem recebido pra que possa... pra pessoa ter respeito, porque ela quer respeito (...). Muitas vezes, as pessoas da recepção são mal-educadas, aí as pessoas são mal-educadas com ela (A9).



Figura 5: Desenho do Adolescente (A12). CMES Projeto Nascente, 2009.

Existe um descontentamento na forma com que os adolescentes são recebidos pelos trabalhadores de saúde que atuam na recepção, assim a linha de tensão se revela no momento que o adolescente chega para marcar a consulta e vai se agravando com o acolhimento insatisfatório realizado pelas atendedoras dos consultórios.

Torna-se necessário uma mudança na postura da equipe, e dos trabalhadores específicos, para que eles se sintam co-responsável pela saúde dos usuários, vinculando a cidadania e a solidariedade. Entretanto, a propor a mudança de postura da equipe de saúde são se almeja fazer do acolhimento um ato de bondade, de caridade, ao contrário, deve ser tomado como atitude, opção e eixo estruturante ou base das ações desempenhadas pela equipe de saúde (FRACOLLI; ZOBOLI, 2007).

Franco (1999) define o acolhimento enquanto diretriz operacional na organização dos serviços de saúde que propõe inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, partindo dos seguintes princípios: Atender as pessoas que procuram o serviço de saúde garantindo a acessibilidade universal. Nesse sentido, o serviço assume a responsabilidade de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas da população; Reorganizar o processo de trabalho, de forma que este desloque o eixo central da figura do médico, para uma equipe multiprofissional, chamada por Franco de “Equipe Acolhimento”. Assim, todos os profissionais de nível superior e ainda os auxiliares e técnicos de enfermagem participam da assistência direta ao usuário; Qualificar a relação entre o trabalhador e o usuário, que deve se dá por parâmetros de humanização e solidariedade. Esse alicerce é capaz de unir os atores envolvidos em torno de interesses comuns, como a constituição de um serviço de saúde de qualidade, com atenção integral, que atenta a todos e esteja sobre o controle social.

O acolhimento é identificado por Andrade, Franco e Ferreira (2009) como um dispositivo que viabiliza uma análise crítica do fluxo de entrada na unidade de saúde. Essa análise se dá pela reorganização do processo de trabalho, que aposta nas relações entre trabalhadores e usuários com base na escuta qualificada, responsabilização e compromisso com a resolutividade. Os autores reforçam ainda que o usuário deve adentrar na unidade a partir das suas necessidades, condições de vida, do vínculo com os trabalhadores, da autonomia do seu modo de viver e na compreensão de sua queixa. Esse entendimento faz do usuário um ser singular, e nesse sentido deve também ter um cuidado que expressa a sua singularidade, além de reconhecer que o sujeito tem uma história de vida que traz sua cultura, suas relações sociais e o ambiente de sua origem. Essa contribuição na formação subjetividade do usuário é fundamental para estabelecer projetos terapêuticos singulares.

Nesse sentido, faz-se uma reflexão em torno das relações entre usuários e os trabalhadores. Fracoli e Zoboli (2007) enfatizam que para humanizar a relação de cuidado entre trabalhador-usuário, não basta restringir-se à escuta e ao respeito, é preciso ultrapassar essa visão afetuosa do relacionamento a

partir da construção da produção do cuidado pautado na autogestão e na responsabilização do trabalhador de saúde por seu objeto final: o cuidado e a saúde dos indivíduos e da coletividade.

Na visão do adolescente, essa relação entre usuário e trabalhador se torna conflituosa. Isto gera um sentimento de desvalorização, muitas vezes desrespeitados quando chegam ao serviço na busca de cuidado. Tal fato se evidencia na fala a seguir:

*A gente tava indo tomar a vacina... aí a gente tava na sala de vacina e a mulher fez foi expulsar. [E expulsou porque?] Porque ela tava atendendo uma mulher lá, mas a gente não sabia. Aí a gente bateu, abriu e entrou, aí ela pegou e saiu expulsando. Além de ter colocado a gente pra fora, ela foi num deu satisfação nem nada. Fechou a porta e saiu (A7).*

Essa situação é evidenciada não apenas quando o adolescente vai a procura por consulta médica ou por procedimentos. Eles referem que são desacolhidos também quando procuram a unidade em busca de informações e de orientações.

*A recepcionista passeia mais do que fica lá no posto. Uma vez minha mãe foi lá pegar uma informação e chegou pra perguntar e ela não estava. Às vezes ele vê que tem um monte de pessoa no balcão e ela pega e saí, vai conversar, vai tomar café. Mas elas num tão sendo paga? Então é pra trabalhar (...) (A1).*

*Pois é... Aí a gente procura informação e eles vão botando a gente pra correr. Uma vez eu fui só perguntar os dias que a dentista tava atendendo, mas a mulher foi tão ignorante comigo, que peguei e saí e também não fui mais (A8).*

Embora haja esforços para a formação de recursos humanos voltados para as questões do SUS, tendo em vista à integralidade e ao vínculo, percebe-se que os adolescentes sentem o descompromisso dos trabalhadores quando procuram a unidade de saúde em busca de atendimento clínico e/ou de orientações sobre o funcionamento do serviço.

Sabe-se que a responsabilização constitui um grande desafio a ser enfrentado e implementado nos serviços públicos de saúde, entretanto para que esta ação seja apropriada pelos atores do serviço é necessário que ocorra uma compreensão das necessidades de saúde dos usuários, e a partir daí, traçar um plano terapêutico voltado para a demanda e que qualifique as práticas de cuidado (SILVA; PINHEIRO; MACHADO, 2003).

Schimith e Lima (2004) dizem que o acolhimento contribui para a satisfação do usuário quando possibilita o acesso aos serviços de saúde mais adequados e, mediante a formação do vínculo entre trabalhador e usuário, há o estímulo à sua autonomia, o que promove a sua participação durante a prestação do serviço de saúde. O acolhimento deve perpassar qualquer espaço e momento de trabalho de um serviço de saúde, ou seja, deve fazer parte de toda a dinâmica do serviço como um processo de otimização de responsabilização entre usuários e trabalhadores de saúde (AYRES, 2004).

Complementando essa idéia, Merhy (2007, p.121) reforça:

(...) Ao ponto de vista do usuário, podemos dizer que, em geral, este reclama não da falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento, mas sim da falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços em torno de si e do seu problema. Os usuários, como regra, sentem-se inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, desrespeitados, desprezados.

Nesse contexto, percebe-se claramente na fala dos adolescentes que o acolhimento é um dispositivo que não integra o cuidado produzido pela unidade básica de saúde. A otimização do atendimento que deveria ocorrer durante o acesso do adolescente às consultas não ocorre, pois os trabalhadores priorizam o atendimento para conhecidos, como é relatado nos discursos a seguir:

*Bom... é que eu tinha marcado uma consulta de manhã, e eu não posso pela manhã porque eu faço um curso. Aí faltei esse dia pra marcar uma consulta pra mim. Cheguei fiquei esperando... cheguei aqui era 7 horas e fiquei até 9 horas pra conseguir marcar com a recepcionista. Aí chegou a nossa vez, aí chegou uma conhecida da recepcionista e ela deu atenção aquela conhecida. E nós no banco esperando. Isso aí eu num gostei e peguei e saí (A12).*

*É meu pai reclama muito disso. Muitas vezes elas dão preferência as pessoas que elas conhecem na frente da gente, aí a gente fica lá... esperando. Às vezes, elas ficam batendo papo como se tivessem em casa (A5).*

Essa situação vai de encontro ao princípio da Igualdade do SUS que preconiza que a uniformidade da assistência à saúde, sem discriminação, preconceitos ou privilégios. Dessa forma é necessária a articulação entre os trabalhadores e usuários com os princípios e diretrizes do SUS, pois para Mattos (2001), a integralidade só se realizará com a incorporação e redefinição das responsabilidades, direitos e deveres que cada ator deverá assumir no processo de trabalho.

O debate em torno da integralidade converge para esse modelo de saúde discutido até aqui e concebido a partir de tecnologias relacionais do tipo acolhimento, que pode ser apreendido como ações comunicacionais, atos de receber e ouvir a população que procura os serviços de saúde, dando respostas adequadas a cada demanda, em todo o percurso da busca (recepção, clínica, encaminhamento externo, retorno, remarcação e alta) (SANTOS; ASSIS, 2006).

Entretanto, o adolescente 5 revela que a escuta, prática tão necessária da conduta terapêutica do trabalhador de saúde, deixa a desejar:

*Eu não gosto nem de ir muito lá não, porque o povo é muito estressado. E eles são muito assim... ignorantes com a gente né, e a gente espera muito né. Não tem um atendimento ideal né, porque eles não escutam direito (A4).*

*(...) O próprio médico quando vai atender a gente não escuta o que a gente tem pra dizer. Ficam só de cabeça baixa, escrevendo e passando o remédio (A6).*

Aqui os próprios adolescentes sentem-se insatisfeitos por não serem “escutados” pelos profissionais que o atendem. No entanto, sabe-se que dentro dos espaços de cuidado, a escuta mostra-se como uma importante ferramenta

para o fortalecimento das capacidades dos sujeitos, pela tomada de decisões favoráveis a sua saúde e à comunidade. Fernandes (2006) entende que para haver a produção de cuidados tem-se que produzir atos cuidadores através de uma escuta sensível, que envolva tanto os trabalhadores, quanto os usuários.

Além desses entraves apresentados pelos adolescentes, percebe-se que a relação com a equipe de saúde ocorre de maneira superficial, não havendo um vínculo efetivo entre o usuário e os trabalhadores. Essa percepção aconteceu quando foi perguntado ao grupo de adolescentes sobre quais os profissionais atendiam diariamente na unidade. Três responderam pontualmente: *Eu só sei dos médicos e das recepcionistas (A7); Em geral, é só médico (A2); Tem dentista, médico e as mulheres que ficam na recepção (A10)*. Os outros adolescentes não souberam dizer quais os profissionais que atuam no serviço de atenção básica que eles freqüentam.

Essa realidade é altamente comprometedora em relação à participação e decisão sobre o cuidado, a prevenção de agravos e tratamento e promoção da saúde desses adolescentes, já que estes desconhecem quem são e quais são os profissionais que atuam na equipe de saúde da família da unidade básica anexa a escola.

A Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006b) traz no capítulo 3, relacionado à infra-estrutura e recursos necessários, que em unidades básicas de saúde, com ou sem saúde da família inscrita no cadastro nacional de estabelecimentos de saúde, do MS, é obrigatória a composição da equipe multiprofissional, sendo composta por médico, enfermeiro, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico de higiene dental, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

Além disso, torna-se importante o conhecimento das competências que cada trabalhador desempenha dentro da equipe e da unidade de saúde. Assim, ao perguntar ao grupo se eles conheciam os outros profissionais e qual a função que eles desempenhavam na unidade, poucos foram os adolescentes que se manifestaram, e aqueles que fizeram não souberam descrever o papel de cada membro da equipe.

*O enfermeiro é aquele que sempre tá lá e o medico nunca tá (A9).*

*Os medico quando chegam ficam só na sala lá e fazem as consultas e a enfermeira dá a injeção (A2).*

*O auxiliar de enfermagem é o que serve o cafezinho e que te sempre junto com outro enfermeiro (A5).*

Dessa forma, a possibilidade de se construírem vínculos duradouros com os usuários se torna prejudicada. A equipe de saúde deve se mostrar visível aos usuários, com ações em conjunto através de uma prática interdisciplinar. Franco (1999) propõe a articulação do campo específico de conhecimento com a dimensão do cuidar de todo profissional, considerando que a produção de saúde, ao ser comandada pelo conhecimento especializado, destrói a ação cuidadora dos diversos profissionais, não só do médico.

Assim, a gestão do cuidado permeia as relações de comando-execução quando se criam pontos de contatos entre as lógicas das profissões e, no que se refere à enfermagem, muitas vezes orientada pelo médico, os canais de contato nem sempre são livres ou aceitos, originando muitos ruídos (FERNANDES, 2006).

Nessa interação, entre ao diversos trabalhadores que atuam na equipe de saúde, deve ocorrer a formação de vínculo, que se torna uma condição para o aumento da eficácia das intervenções clínicas, sejam elas terapêuticas, diagnósticas ou de reabilitação. Para que haja uma mudança dessa realidade, o cuidado clínico produzido na unidade de saúde deverá ser ampliado, partindo do seu núcleo biomédico para os aspectos subjetivos e sociais de cada sujeito, respeitando a característica singular de cada caso (CAMPOS et al., 2008).

O vínculo estreita-se com o acolhimento, ampliando os laços relacionais, desenvolvendo afetos e potencializando o processo terapêutico entre os usuários, os trabalhadores de saúde e os gestores do sistema. Seguindo esta lógica, a unidade de saúde passaria a organizar sua demanda, de acordo com as necessidades e prioridades – e não somente atrelada à ordem de chegada –

, evitando-se, na medida do possível, filas desnecessárias e perda de tempo (CAMPOS, 2003).

Nesse sentido, o que se percebe é que os trabalhadores não discutem e/ou pouco refletem sobre os processos de trabalho e o resultado deste nas respostas às necessidades de saúde apresentadas pelos usuários. Ao falar da atenção a uma população específica, como os adolescentes, esta proposta se distancia mais. O que se observa é que embora exista uma política saúde voltada à saúde do adolescente, ainda não foi discutida entre os trabalhadores e, conseqüentemente, distante ainda está a implementação das diretrizes voltadas a saúde integral dos adolescentes.

#### **Categoria 4: Fluxograma descritor do cuidado ao adolescente na atenção básica.**

Na lógica da produção do cuidado existe a percepção do acesso à unidade de saúde como movimento de ordenamento das ações, pelo qual o fluxo de atendimento inicia-se com chegada do usuário à unidade de saúde, a marcação da ficha e à espera pelo atendimento. Franco (2006) se apropria do Fluxograma Descritor para analisar os caminhos percorridos pelo usuário, quando procura assistência e sua inserção no serviço. Dessa forma, o fluxograma permite um olhar agudo sobre os fluxos existentes no momento da produção do cuidado, permitindo a detecção dos problemas e necessidades.

As dimensões do fluxograma descritor propostas por Merhy (2006) sugerem analisar os serviços de saúde pela ótica da política, da organização e da produção do cuidado. Complementando a idéia de Merhy, Crispim et al. (2009) constrói a matriz analítica, pela dimensão da organização e do cuidado à saúde, para estabelecer parâmetros que identifiquem aspectos problemáticos, ou melhor que se definem como nós críticos do modelo de atenção. A partir desses ruídos, são sugeridas alterações para aperfeiçoar a

assistência e constituir uma forma de organizá-la que seja satisfatória para gestores, trabalhadores e usuários.

Partindo dessa compreensão, a partir dos discursos dos adolescentes, foi-se construindo o fluxo assistencial que embasa a produção do cuidado ao adolescente, pela forma de como se davam as relações entre os adolescentes e a equipe de saúde, o acesso à unidade, o acolhimento pela equipe, a responsabilização o vínculo construído entre os adolescentes e os profissionais.

Observando as narrações dos adolescentes percebeu-se uma aproximação dos seus discursos com o modelo hegemônico biomédico, onde o fluxo assistencial da unidade básica de saúde é voltado para a consulta médica e para a consulta odontológica. Em alguns momentos, além da procura pela consulta em si, o adolescente demandou atendimento relacionado à vacinação. Entretanto, houve um distanciamento entre o que o adolescente demanda e o que serviço oferece a ele segundo as falas.

*Esse posto a gente chega 6 horas da manhã e tem que pegar uma fila pra entrar dentro do posto. Aí quando entra tem que marcar a ficha e quando marca a ficha tem que esperar o médico. E se ele não vier, todo mundo volta pra casa sem atendimento (A1).*

*Às vezes alguns deles vêm aqui né (na escola), chamar a gente pra ir lá... fazer consultas de rotinas, essas coisas. Quando a gente chega lá, eles pegam marcam consulta com a médica, aí a doutora aqui do posto é a Dra. Márcia, do turno da manhã, da equipe azul. Aí eu venho aqui marco uma consulta, falo com ela e ela encaminha pra outra pessoa. Eu faço os exames, aí os exames voltam pra cá, pra ela ver. E é desse jeito (A2).*

*Nem médico, nem dentista. Eu só procuro o posto para se vacinar, e olhe lá. Até porque quando a gente precisa de consulta, nunca tem (A7).*

A atenção à saúde ao adolescente na Unidade de Saúde da Família mostra que o usuário adentra na UBASF por duas vias. A primeira, pela demanda espontânea, através da recepção, em que o adolescente marca a consulta, faz a ficha e é encaminhado para a consulta médica, vacinação ou

atendimento odontológico. A segunda via é pela escola, quando os profissionais tentam captar a demanda com ações intersetoriais, diretamente em seu ambiente de estudo.

Após o acesso à marcação da ficha, ocorre a espera pelo atendimento. Na consulta, ocorre o atendimento de acordo com a sua queixa. Em seguida, o adolescente é referenciado por duas vias: uma para realizar exames e outra para a farmácia da unidade, como forma de prosseguir o atendimento da necessidade de saúde. Na primeira via, após realizado o exame, o adolescente volta para realizar outra consulta médica. Na segunda referência, caso o adolescente não encontre o medicamento indicado, ele procura outra unidade de saúde, com o objetivo de iniciar o plano terapêutico prescrito.

*Quando a gente tá doente a gente vai lá, chega no posto, faz a ficha e fica esperando. Aí espera, espera, até o médico chegar. Aí quando eles chamam, a gente entra pra se consultar e aí é assim ó: eles (os médicos) começam... 'nome do menino?' aí fala... 'doente de que?' aí nem olha pra gente... aí continuam lá né... aí fica lá olhando... aí pensa um pouquinho né... aí passa o remédio... dá o carimbo, assina e diz 'próximo'. Às vezes, é difícil, eles mandam a gente levantar, vê lá minha boca, mas só as vezes (...) (A11).*

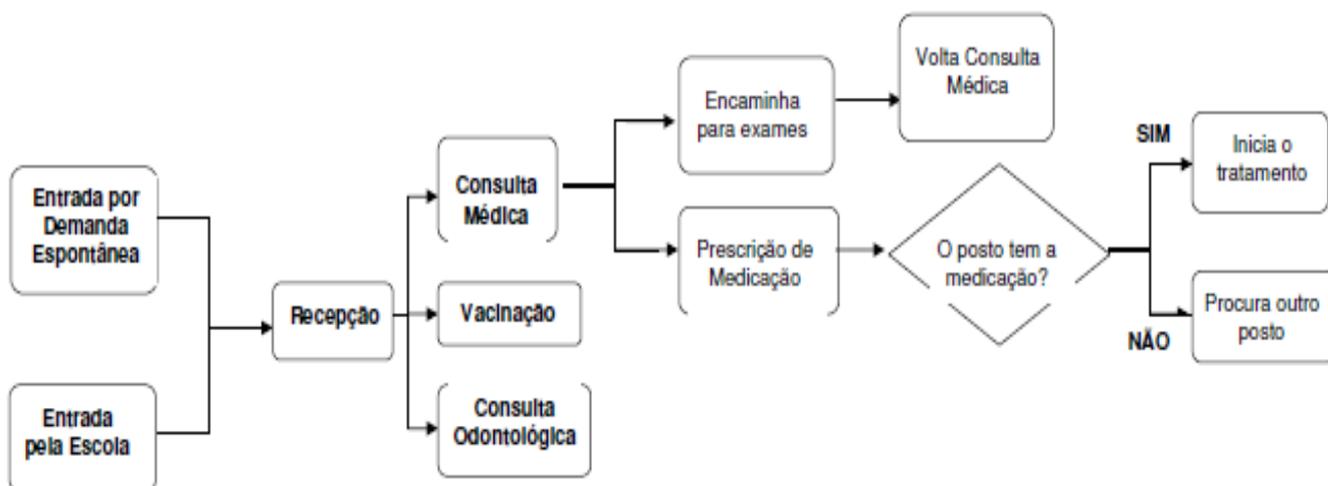
*Eu chego de manhã e fico na fila pra conseguir uma ficha. Aí depois de conseguir, a gente fica esperando pelo médico. Quando ele chega, a gente é atendido (...). Às vezes eles conseguem resolver o problema, mas não tem o medicamento na farmácia lá do posto, aí gente tem que pegar no outro posto lá de baixo (A3).*

*Quando eu vou no posto é assim. A gente chega, espera abrir. Quando abre a gente vai pra fila tentar conseguir a ficha pra doutora. Se der certo, a gente fica e espera... espera até a médica chegar pra consultar. Quando chega a nossa vez, a gente vai, entra na sala e ela faz umas perguntas lá, e a gente fala o que tá sentindo né. Aí a gente vai na outra sala lá, faz os exames e marca o retorno pra daqui a 15 dias (A4).*

*Eu sempre vou pro dentista. Aí, como eles tem umas fichas que é pros alunos aqui da escola, é só chegar e dizer que é aluno que moça da recepção marca o dia e horário (...) Aí no dia e tal, a gente chega e fica esperando o atendimento... até chegar a nossa vez (A12).*

Diante dos relatos dos adolescentes, construiu-se o fluxograma descritor de cuidado ao adolescente:

Fluxograma descritor do acesso do adolescente aos cuidados ofertados por uma unidade básica de saúde da família, situada na regional IV, Fortaleza-Ceará.



A partir desse fluxograma descritor, vai se percebendo os primeiros ruídos do serviço de saúde na produção do cuidado ao adolescente. Seguindo o pensamento de Franco et. al (2009, p. 39):

Prevalece no processo produtivo da Unidade de Saúde o fluxo por consultas e procedimentos, operando, portanto, o tradicional modelo burocrático de assistência biomédica. É possível perceber o peso da norma organizacional na determinação da inclusão ou exclusão dos usuários, pois ela não existe em abstrato, e nem se pode afirmar que é produto de uma imaginária “inteligência” organizacional, porque o que produz a organização são sujeitos que nela trabalham.

Concordando com o pensamento de Andrade, Franco e Ferreira (2009), observa-se que um processo de trabalho centrado nos procedimentos, e tendo como principal fluxo assistencial a consulta médica, produz o desconforto das filas intermináveis na busca por atendimento médico, a fragmentação no processo de trabalho, prejudicando o atendimento às necessidades dos usuários. Esse cenário gera tensões que se acumulam em práticas, chamada pelos autores de “não cuidadoras”, entre os trabalhadores e usuários, onde estes são muitas vezes desrespeitados, desacreditados e culpados pelos problemas de organização dos serviços existentes nas Unidades de Saúde da Família.

Nesse sentido, a clínica no formato atual foi degradada pela lógica do pronto-atendimento que possibilitou relações do tipo queixa-conduta, em que não há nenhum tipo de relação mais duradoura entre trabalhador e usuário. Para que se mude esse quadro, é necessário que o trabalhador da saúde se vincule ao usuário num processo de co-responsabilização pela saúde dele. Entretanto, a responsabilização não se dá apenas nos períodos em que o usuário fica doente, mas também com a finalidade de apoiá-lo no processo de produção da sua própria saúde, para isso é necessário que o usuário seja adscrito a uma equipe de saúde, de acordo com a sua realidade local (COELHO, 2008).

Essa situação coloca em pauta uma reflexão sobre atenção integral, equânime e universal, onde o usuário, dentro do fluxo de atendimento deve ter acesso à todos os serviços ofertados pela unidade básica de saúde. A produção do cuidado ao adolescente na unidade de saúde da família parte do atendimento através da demanda espontânea, já que o adolescente mesmo inserido dentro de uma política de atenção à saúde não possui um fluxo de atendimento voltado para as ações programáticas. Dessa forma, observa-se uma procura por atendimento médico, o que leva o adolescente a chegar à unidade de saúde da família de madrugada, sem uma garantia de atendimento.

Para Franco et. al. (2009), as ações programáticas podem contribuir de forma importante para o cuidado em saúde, mas isso vai depender de sua inserção na linha de cuidado, do modo como as ações são desenvolvidas, da sua capacidade de impactar além da fisiopatologia da doença que ensina sobre prevenção, a subjetividade dos usuários que fala do “cuidado de si” e, portanto, somente os que têm a auto-estima elevada têm a competência de produzirem em si mesmos o cuidado à saúde, ou seja, o autocuidado é o resultado a ser perseguido pelos programas.

Entretanto, é importante entender que as ações programáticas, mesmo sendo adotadas como um modelo assistencial, não consegue reduzir a demanda por consultas e procedimentos. Isso se explica pelo fato de estarem centradas nos núcleos duros das profissões, e não conseguirem de fato um processo de trabalho mais relacional mediante o qual os usuários possam

sentir-se protegidos. Assim, torna-se necessário que o acesso aos serviços de saúde de atenção básica seja reorganizado no âmbito do processo de trabalho, já que o atendimento à demanda espontânea por eles significa subverter a lógica de organização atual, centrado na ação programática. (FRANCO, et. al, 2009).

Nesse sentido, os trabalhadores de saúde precisam se apropriar de tecnologias que qualifiquem os atos cuidadores. Para Merhy (2007), as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde podem ser classificadas como: leves, que são as tecnologias das relações, do tipo de produção de acolhimento, vínculo e responsabilização como forma de organizar o processo de trabalho; leves-duras que estão relacionadas aos diversos saberes que operam o processo de trabalho; as tecnologias duras que são os equipamentos tecnológicos, como as máquinas, as normas e a estrutura organizacional.

Essa perspectiva de atenção requer uma reflexão sobre a integralidade e as necessidades dos adolescentes na produção do cuidado, pautada não somente nas tecnologias duras e leve-duras, mas incluindo as relações como parte essencial do projeto terapêutico.

Outra proposta de cuidado vem ao encontro de ações de promoção, no sentido de abarcar práticas integrativas e intersetoriais, como a saúde e a educação, serão adequadas para aperfeiçoar as ações de promoção de saúde do adolescente, conforme intenção da política de promoção de saúde na escola. Apesar dos adolescentes relatarem a escola como uma das portas de entrada para o acesso ao serviço de saúde, nada emergiu sobre o que a escola promove de ações educativas em saúde para os alunos.

Tal conhecimento e incorporação na prática do cuidado ao adolescente devem envolver a capacitação tanto dos educadores escolares, como dos trabalhadores em saúde sobre as políticas de saúde, pois na lógica da atenção integral, o Ministério da Saúde tem desenvolvido diretrizes que orientam o agir profissional nesta direção.

Dentre as ações interinstitucionais em âmbito local, o MS da saúde estabelece que: as escolas podem divulgar para seus alunos todos os serviços

disponíveis oferecidos pelas unidades de saúde da comunidade; os profissionais das unidades de saúde podem apoiar as atividades de educação sexual realizadas nas escolas, disponibilizando preservativos e garantindo acesso ágil a exame ginecológico, teste de gravidez; as equipes de saúde podem buscar apoio das escolas e de outros grupos sociais da comunidade (centros comunitários, associações de moradores, etc.) para a realização de atividades educativas e de promoção da saúde; e os professores, juntamente com as equipes de saúde, podem realizar atividades em grupo com adolescentes e jovens, como, por exemplo, rodas de conversa, para o debate sobre temas de saúde. Assim, a escola é entendida como um espaço privilegiado na captação dos adolescentes para o serviço de saúde, pois é um ambiente de socialização, formação e informação, que agrega grande parte dos adolescentes e jovens da comunidade (BRASIL, 2005).

Na perspectiva dos serviços de saúde, o trabalhador de saúde deve se apropriar da escola de forma a criar um espaço de intermediação entre o serviço de saúde e o adolescente. Trata-se, portanto, de ações intersetoriais que são necessárias para que se estabeleça o elo entre as necessidades dos adolescentes e as demandas do serviço, buscando a integralidade do cuidado.

### **Temática 3. Necessidades dos adolescentes e a produção do cuidado na perspectiva da integralidade**

Para garantir a atenção integral e, portanto, a integralidade, torna-se necessário que os serviços de saúde não respondam apenas as demandas das doenças da população, mas se organizem de forma a realizar uma compreensão ampliada das necessidades da população que é atendida, o que pode em determinadas situações não levar a ampliação do número de serviços disponíveis, mas transformar sua lógica de atenção (SOARES, 2006; MATTOS, 2001).

Mattos (2001) propõem que, a partir dos significados emergidos do termo “integralidade”, procura-se compreender os sentidos que ele envolve.

Tomando como guia o ensaio desse autor, a integralidade reúne três conjuntos de sentidos: a integralidade como traço da boa medicina, a integralidade como modo de organizar as práticas e a integralidade como respostas governamentais a problemas específicos de saúde. Tal idéia reforça o pensamento de Machado et al. (2006) ao afirmar que, nesta direção, a integralidade traz em sua proposta a defesa do direito à saúde, delineando-se as mudanças das práticas no cotidiano dos serviços.

Durante a realização do grupo focal com os adolescentes foi discutido sobre quais as necessidades de saúde dos jovens e o que eles esperavam que o serviço de atenção básica oferecesse para melhorar a qualidade da atenção. A partir dessa compreensão, foi construída a categoria a seguir.

#### **Categoria 5: Necessidades do adolescente quanto ao serviço na produção do cuidado.**

Dentre diversos aspectos apontados, vale enfatizar a importância de favorecer a efetiva organização da população local, considerando sua história e cultura específica, estando-se aberto para vários tipos de dispositivos que favoreçam a participação além dos arranjos oficiais do SUS. A participação popular na organização do processo de trabalho na unidade básica de saúde deve ser considerada como forma de garantir espaços e fala e escuta, balizando a gestão entre as necessidades e demandas e a disponibilidade de recursos existentes. Essa valorização pode estimular a co-responsabilidade da comunidade com o processo saúde vs doença, ampliando a autonomia da população de determinado território e reforçando a relação da equipe com a comunidade (CAMPOS, et al. 2008).

Dessa forma os adolescentes foram estimulados a construir através de desenhos quais as necessidades e demandas que eles tinham em relação ao serviço. Dentre as várias representações o grupo refere à necessidade de orientações sobre a saúde em geral, como também sobre temas específicos como gravidez e violência.

*Assim, na minha opinião o que mais deveria ter é palestra. Que venham assim né, falar mais sobre saúde, sobre várias coisas que sejam do nosso meio (A1).*

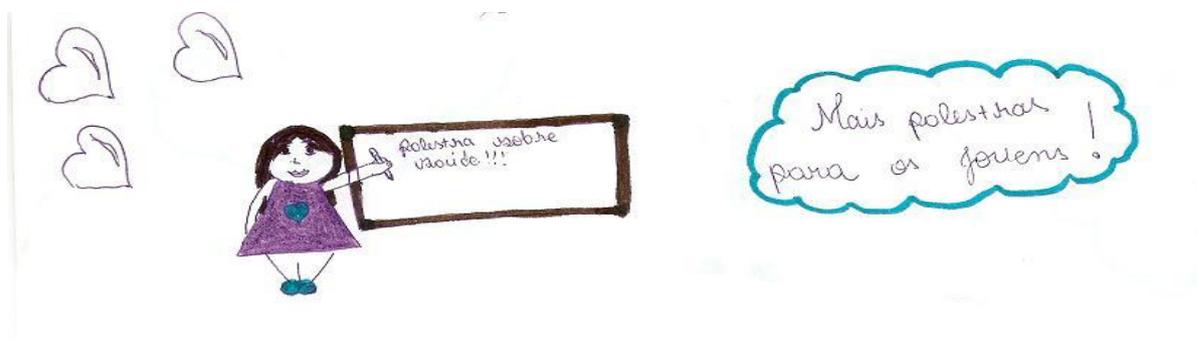


Figura 6: Desenho da Adolescente (A1). CMES Projeto Nascente, 2009.

*Poderia marcar no posto, como tinha antes. Eu fazia parte de um grupo que tinha, mas não era sobre saúde, era sobre várias coisas. É legal... Não só sobre saúde, que também é importante, mas outras coisas sobre violência, abordar mais essas coisas sobre gravidez (A5).*

*É sobre o que ela falou, que podia fazer palestra no posto. Só que assim, eu acharia melhor eles vir pra escola porque muitas vezes os jovens mesmo não se interessam... aí eu acho que nem teria (...). Porque a maioria num vai. Às vezes quando tem algum movimento eles não se interessam, até mesmo quando vem pra escola eles ficam conversando (A9).*

Percebe-se nos relatos dos adolescentes que a necessidade de orientações através de palestras sobre educação em saúde é evidente. E que a própria unidade que antes oferecia atividades educativas, atualmente não presta mais esse serviço à população jovem. É interessante ressaltar que o adolescente carece que os profissionais da unidade se desloquem até a escola, na busca de sensibilizar os jovens a participarem de atividades sobre educação em saúde, já que às vezes os próprios adolescentes manifestam algum desinteresse sobre o assunto.

Nesse sentido, a educação e a saúde são práticas que norteiam o processo de desenvolvimento do ser humano, perpassando pela formação do indivíduo e suas concepções sobre as necessidades de bem-estar. O conceito de educação em saúde é delineado por Candeias (1997) como uma combinação de experiências de aprendizagem voltada a facilitar as ações

voluntárias conducentes à saúde. Tal experiência de aprendizagem envolve o processo de educação, onde o educar depende da visão do mundo de quem educa, cultivando, assim o desenvolvimento e a capacidade para se interagir consigo mesmo e com o mundo (PENHA; PINHO, 2002). Assim a educação em saúde se processa através do diálogo, da discussão, da inserção do indivíduo na realidade que o cerca e o influencia, interferindo na transformação desse indivíduo de maneira crítica, consciente e responsável. (PEREIRA, ET AL., 2007).

Por muitos anos, o governo brasileiro vem desenvolvendo políticas que integram a educação e a saúde como elementos essenciais dessa aprendizagem e como conseqüência na reflexão das ações em saúde. No atual governo, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) é uma proposta de ação estratégica que tem como objetivo contribuir para transformar e qualificar as práticas de saúde, a organização das ações e dos serviços, os processos formativos e as práticas pedagógicas. Com a implementação do pacto de gestão e a regulamentação do pacto pela saúde, o governo propõem mecanismos de acreditação das escolas e programas educacionais, integrando a atual política de educação na saúde e a articulação de suas necessidades (Brasil, 2008).

Tais políticas de saúde integradas com o sistema educacional e suas representações procuram promover mudanças para a concretização das ações de educação em saúde, reconhecendo a escola como um espaço para se trabalhar saúde na sua perspectiva de promoção. Assim, além de sua função pedagógica específica, a escola assume a função social e política voltada para a proteção e prevenção da saúde como transformadora da sociedade (Brasil, 2002).

Moura et al. (2007) concebe que uma escola promotora de saúde deve desenvolver uma mentalidade eco-pedagógica da educação. Assim, para participar e atuar em qualquer mudança, a escola deve buscar a consolidação da promoção da saúde no espaço escolar por intermédio do compartilhamento, entre educadores e educandos, de experiências da realidade social. O objetivo dessa interação é sensibilizar todos na busca de saúde de grupos e de toda a

coletividade, reforçando assim a ação comunitária através de redes sociais de apoio, do desenvolvimento de aptidões pessoais e do estímulo ao exercício da cidadania, ações estas que concretizarão a promoção da saúde no espaço escolar.

Para Catrib et al. (2003) as práticas educativas no espaço escolar devem integrar estratégias pedagógicas que propiciem discussão, problematização, reflexão das conseqüências das escolhas no plano individual e social e decisão e autonomia para agir. Ou seja, o sujeito que aprende e o sujeito que ensina estão em constante articulação, protagonizando o processo de ensino-aprendizagem. Dessa forma, para promover saúde:

[...] não é suficiente informar. É necessário uma relação dialógica, uma comunicação emancipadora, em que os sujeitos sejam envolvidos na ação educativa, formativa e criativa, levando em conta a reconstrução do saber da escola e a formação continuada dos docentes. Promover saúde implica e requer ter paz, educação, alimentação, renda, ecossistema saudável, recursos sustentáveis, justiça e equidade e desenvolver ações de promoção da saúde. No contexto escolar, tem a ver com respeito às possibilidades e aos limites do corpo, do intelecto e das emoções, da participação social e do estabelecimento de alianças. [...] Promover saúde é tocar nas diferentes dimensões humanas, é considerar a afetividade, a amorosidade e a capacidade criadora e a busca da felicidade como igualmente relevantes e como indissociáveis das demais dimensões (Brasil, 2002, 534-5).

Sabe-se que os espaços escolares mostram-se como importante ferramenta para a concretização de ações de promoção da saúde voltadas para o fortalecimento das capacidades dos sujeitos, para a tomada de decisões favoráveis à sua saúde e à comunidade, para a criação de ambientes saudáveis. Além da proposta de consolidação de uma política intersetorial voltada para a qualidade de vida, pautada no respeito ao sujeito e tendo como foco a construção de uma nova cultura da saúde (Brasil, 2002).

Pelicioni (1999) afirma que segundo a Organização Pan-americana de Saúde - OPAS (1996), a promoção da saúde no âmbito escolar parte de uma visão integral, multidisciplinar do ser humano, que considera as pessoas em seu contexto familiar, comunitário e social, procurando desenvolver

conhecimentos, habilidades e destrezas para o autocuidado da saúde e a prevenção das condutas de risco em todas as oportunidades educativas. Percebe-se que a ideologia da promoção da saúde vem romper com o modelo biomédico, centrado na cura e na medicalização, e propor a valorização da autonomia dos sujeitos para atuarem na melhoria de suas condições de vida. No entanto, Lefèvre e Lefèvre (2004) ressaltam que, na maior parte do tempo, a prática dos profissionais de saúde não tem sido de fortalecimento desta autonomia, ao contrário, ela tem consistido em ministrar, especialmente para indivíduos, coletividades, grupos de pacientes, prescrições comportamentais enunciados por imperativos: não fume, não transe sem camisinha, use cinto de segurança, não coma em excesso. Isto fomenta a uma análise crítica e reflexiva sobre os valores, condutas, condições sociais e estilos de vida dos próprios sujeitos envolvidos.

Nessa perspectiva, a aprendizagem inserida no contexto da saúde requer uma desconstrução das concepções de educação em saúde pré-estabelecidas, onde o profissional atua como detentor do saber e delimita qual a necessidade e qual a intervenção que ele acha necessária.

Por sua vez, Abrantes e Martins (2007) afirmam que a sistematização das ações educativas permite que a re-construção das necessidades faça parte da existência individual. É o que nutre a possibilidade de que o pensamento teórico se realize como mediação da relação do sujeito (que necessita conhecer o real) com a realidade a ser conhecida.

Buscando corroborar com a manifestação dos adolescentes (A4 e A11) ao relatarem sobre a organização do serviço, eles ressaltaram que além das orientações em saúde, por meio de palestras, seria necessário que o serviço oferecesse melhor estrutura e melhor atendimento.

*Que o posto tem que ser bem estruturado, que tem que ter um bom atendimento também, porque os jovens já são muito estressados né. Se a recepcionista não receber bem a gente, aí eles vão ignorantes. Elas tem que ter paciência com a gente. E essa coisa interessante que ela falou né, as palestras né. Que incentive a eles estar lá no posto (A4).*

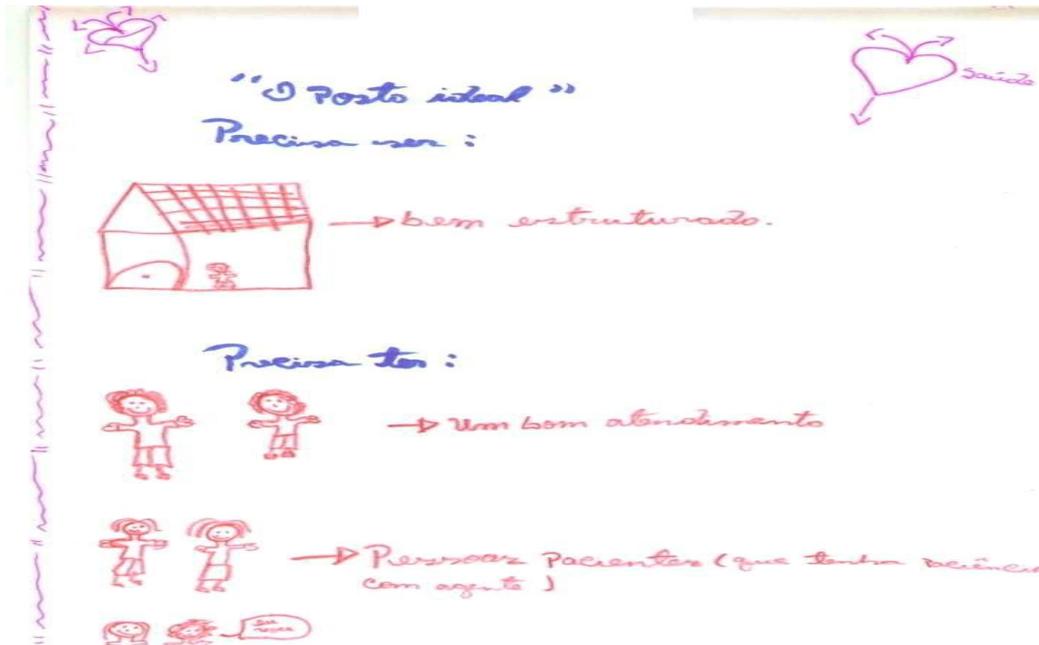


Figura 7: Desenho da Adolescente (A4). CMES Projeto Nascente, 2009.

E a gente chega lá muitas vezes e só via as pessoas dizendo assim... 'esse posto só tem é buniteza. O posto só tem estrutura... só tem estrutura...' Tem auditório, um monte de sala, mas de que adianta? Outra coisa importante é que não falte mais remédio também (A11).

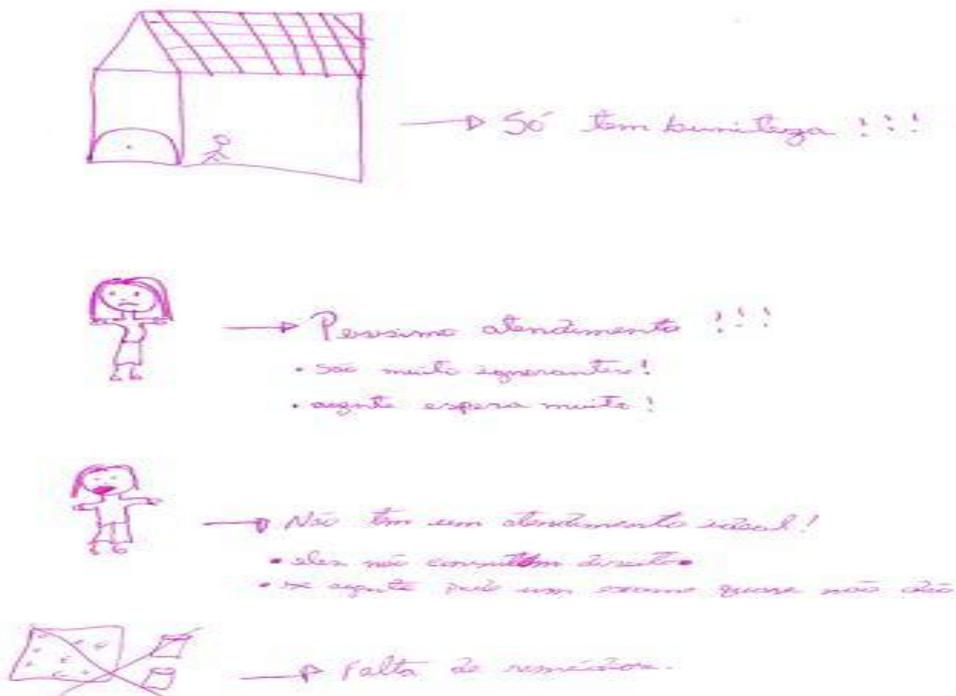


Figura 8: Desenho do Adolescente (A11). CMES Projeto Nascente, 2009.

A maneira como o adolescente percebe a rede de atenção básica requer uma necessidade de mudança nas práticas profissionais, pois apesar do jovem relatar que a unidade possui uma boa estrutura, já que possuem salas e auditório, a forma como o serviço é organizado deixa lacunas. E isso se torna evidente quando o adolescente (A12) revela não saber como se dá o modelo de atenção ofertado à comunidade pelo serviço, já que se trata de uma unidade de saúde da família.

Com uma estrutura dessa daí era pra ter até raio x. Era pra atender 24 horas (A12).

A fala acima revela que a necessidade do adolescente em torno de uma tecnologia dura – o aparelho de raio x, e de um serviço que atendesse 24 horas por dia. Entretanto o modelo de organização da atenção básica é focado em ações de territorialização, integralidade da atenção e impacto epidemiológico com o objetivo de reorientar o planejamento de saúde para uma base populacional, por meio de ações de prevenção, reabilitação e tratamento, porém com o foco na promoção da saúde. Assim o que se pode inferir é que o adolescente desconhece a filosofia do processo de trabalho da unidade básica de saúde que ele frequenta, fato esperado pela falta de participação em atividades sócio-educativas neste ambiente.

Tal prerrogativa vem reforçar o cenário atual, em que a atenção ao adolescente não se refere a uma demanda em si, mas como um grupo populacional que se insere nos diversos programas, sem ações planejadas e voltadas para as necessidades de cada um, ou seja, não há uma sensibilização em considerar o adolescente como sujeito, como ator principal, que demanda cuidados específicos e em orientar sobre o que o serviço se propõe a oferecer aos usuários. Para Ramos et al. (2001), há um despreparo dos serviços de saúde em relação as práticas de cuidado para o trabalho com adolescentes de forma a atender as peculiaridades e complexidades de suas necessidades, faltando espaços e suporte apropriados às suas demandas, seja no campo da orientação, proteção ou recuperação da saúde.

Na maioria das vezes, o adolescente necessita ainda de um serviço de qualidade, que atenda sua necessidade. Nesses termos pode-se pensar em responsabilização dos profissionais que atuam na unidade. Os relatos dos adolescentes, expressados após a construção dos desenhos, revelam essa inquietação, através do imaginário de um serviço idealizado por ele.

*Aqui [no desenho] é um senhor dizendo que os filhos dele foram atendidos sem demora, porque agora com mais profissionais, fica mais rápido né, o atendimento. E... uma mulher aqui falando do atendimento do bebê dela, sobre o pediatra de boa qualidade. E... A orientação como ela disse... Sobre palestra sobre saúde, sobre essas coisas assim tipo adolescente (A3).*

*Bem eu desenhei uma médica... aí o que é que eu tô querendo dizer... que assim... o tempo que a gente fica na espera, que não tem nada pra fazer... aí fica lá esperando o dia todinho... deviam dar assim... palestras né, tipo um tema, porque tem muitos jovens que gosta assim de saber assunto sobre sexo né? (A10).*

O desenho da adolescente (A2) reforça ainda uma questão importante que deve ser enfatizada na organização da unidade. A presença de cartazes preventivos na sala de espera, muitas vezes, considerada apenas como um adereço decorativo provoca um impacto positivo na produção do cuidado deste adolescente, pois ao aguardar sua vez na fila de espera, ela aprende sobre a prevenção da hanseníase, bem como sobre o incentivo a fazer o exame de diagnóstico da doença.

*Eu fiz pessoas na fila de espera pra ser atendida. E esse aqui é o cartaz, que incentiva as pessoas a fazer exames preventivos, observar o seu corpo. Porque muitas vezes eu fui e tinha aqueles cartazes sobre hanseníase, contra a hanseníase, sobre o exame e tudo. É (...) um bom atendimento, pontualidade e compromisso (A2).*



Figura 9: Desenho do adolescente (A2). CMES Projeto Nascente, 2009.

O desenho acima retrata ainda a necessidade do compromisso dos trabalhadores em relação à pontualidade de atendimento, questão já discutida anteriormente. Entretanto, observa-se que apesar de idealizar um serviço organizado, com um acolhimento eficiente por parte dos trabalhadores, os adolescentes sempre trazem a palestra como ponto forte das suas necessidades. Eles enfocam ainda a importância de se criarem grupos que fortaleçam o vínculo familiar, por meio de atividades educativas. E ainda que envolvam a comunidade e que debatam sobre assuntos pertinentes à população assistida.

*A idéia é fazer um grupo que envolva o pai, o filho, o avô... Pra discutir o assunto que está envolvido (A2).*

*Devia ter uma semana sobre a saúde e a comunidade. Os médicos se unem, numa praça, chamava a população e ia explicar tudo que a população queria escutar... Tipo qual a doença que a droga (A9).*

Ressalta-se que o adolescente tem a preocupação com as orientações que devem ser oferecidas não apenas aqueles que têm acesso ao serviço de

saúde com maior facilidade, mas também aos adolescentes que vivem numa situação de exclusão social como os meninos de rua.

*Acho que falta orientação né, mas nem todo mundo tem a oportunidade né. Tipo esses meninos de rua, que vivem cheirando cola, mas é porque não tem oportunidade de uma pessoa chegar, falar pra ele e orientar e tudo... aí eles acabam entrando nessa vida. Por isso que tem que ter mais postos para eles possam atender a toda a comunidade, atender mais. Porque muitos não tem pais pra ensinar, aí eles acabam entrando nessa vida e num tem nem como sair, as vezes (A8).*

Assim, deve-se atentar para o fato de que a produção do cuidado deve estar voltada também para os adolescentes em situações de risco e de exclusão social, pois o próprio Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) reforça a visão integral dos direitos dos adolescentes, independente da origem ou classe social. No entanto, Lopes et al. (2008) reforça que apesar das leis e dos estatutos de defesa nacionais e internacionais atribuírem direitos aos adolescentes, no Brasil existe padrão de desrespeito aos mais elementares dos direitos humanos com relação a essa população, principalmente para com aqueles oriundos das camadas mais pobres e socialmente excluídos.

Ainda segundo o autor, faz-se necessário o fortalecimento de ações que se dediquem à promoção dos direitos dos adolescentes e dos jovens em situação de vulnerabilidade. Daí decorre a importância do investimento em intervenções que reconheçam e lidem com essas complexas questões, de maneira a produzir subsídios e tecnologias sociais para a implementação de políticas públicas eficazes que se dediquem à promoção da diminuição das desigualdades, da discriminação a que está sujeita a maioria dos adolescentes e jovens de grupos populares urbanos no Brasil, produzindo, nesse âmbito, direitos e ampliação da cidadania (LOPES et al. (2008).

Nesse sentido, a concepção de risco na adolescência assume uma configuração singular, na medida em que se relaciona à exposição, violência, drogas e precocidade das experiências sexuais. Estes fatores apresentam-se como de risco para o desenvolvimento da saúde quando o adolescente os encontra no cotidiano de sua comunidade, ou seja, quando permeiam seus

processos proximais; e também por sua dimensão macrossistêmica, em que questões políticas, culturais e ideológicas sustentam padrões desfavoráveis à saúde (BRASIL et al. 2006).

Diante desse fato, observa-se ainda, uma escassez de experiências profissionais na produção do cuidado sobre as possibilidades de intervenção para o estabelecimento do diálogo e, também, da relação; ou seja, de ações que se dediquem à apropriação de tecnologias em saúde, à criação de espaços de participação popular, e que ampliem a rede de cuidado a esses adolescentes, no intuito de envolvê-los numa atenção personalizada, e que tenha como perspectiva a possibilidade de construção de futuro, a partir da autonomia dos sujeitos.

## **6. CONSIDERAÇÕES FINAIS, CONTRIBUIÇÃO PARA O SUS, LIMITES E AVANÇOS DA PESQUISA**

Este estudo teve como mote inspirador a reflexão acerca do cuidado produzido ao adolescente na rede básica, especificamente na Unidade de Saúde Projeto Nascente, com o objetivo central de compreender a oferta de serviços, o acesso, o acolhimento e o vínculo na perspectiva da integralidade, na visão dos adolescentes, sujeitos do estudo.

A importância de se compreender as situações experienciadas pelos adolescentes na produção do cuidado na atenção básica tornou-se significativa, não somente no âmbito da organização do serviço, como também demonstrou as relações entre adolescente e trabalhador de saúde; as facilidades e as dificuldades de incluir estes sujeitos como usuários do serviço, visualizando-os como participantes do processo.

Dessa forma, a valorização dos sujeitos adolescentes na lógica da atenção e cuidados de saúde gera intervenções diretas com os mesmos. Portanto, deve-se estimular a sua co-responsabilidade, aumentando a autonomia e reforçando os significados de viver e de viver saudável. Este sentido reforça a idéia do cuidado de si como uma nova possibilidade de produzir saúde. Neste sentido, os profissionais devem ser sensíveis e tecnicamente preparados para captar essa demanda que é oriunda das necessidades, carências que não se resumem ao aspecto biológico, mas carecimentos no processo de viver e manter a saúde.

Nesta perspectiva, a integralidade como dispositivo que favorece as relações dos usuários com o sistema de saúde estimula a organização do serviço e a aproximação dos trabalhadores com os usuários favorecendo o acesso, o acolhimento o que resultará maior responsabilização num esforço pactuado com a rede assistencial. A atenção básica como porta de entrada facilitará a caminhada dos sujeitos de maneira a satisfazer suas necessidades de saúde e cuidado. Na pesquisa foi pensado em apreender as experiências e

a construção dos significados que os adolescentes dão em suas vivências ao procurar o serviço de atenção básica e assim como percebem essa produção de cuidados, a partir de um serviço de referência na intenção de fornecer elementos que possam contribuir com a prática clínica.

Diante das informações colhidas junto aos adolescentes foi possível observar um déficit nas ações de cuidado produzidas pela unidade básica de saúde que eles freqüentam, pois existe um descontentamento dos jovens em relação aos profissionais, à estrutura organizacional e insumos da unidade. Tal fato é notado quando os adolescentes referem insatisfação no modo que são acolhidos pelos trabalhadores, o que gera um vínculo superficial e sem afetividade.

Em relação ao acesso dos adolescentes no serviço, eles mostraram uma insatisfação, pois há um desconforto entre a demora do profissional em chegar ao serviço e a espera pelo atendimento, o que gera ruídos na produção do cuidado. Esta situação remete a uma reflexão sobre linha de cuidado ao adolescente na atenção básica, pois existem políticas de atenção integral ao adolescente que garantem o acesso equânime e universal ao serviço, no entanto percebe-se uma lacuna entre o que é preconizado e o que é realizado.

Percebe-se que houve “certo esforço” por parte de alguns membros da equipe de saúde, coordenadora da unidade e alguns trabalhadores, em dar início a uma atividade que incluísse os adolescentes, mas houve descontinuidade. Vale questionar como foi planejada esta atividade? Houve integração de todos os membros da equipe? Como foi passada a informação, ou melhor como aproximaram os adolescentes destas ações?

Talvez haja necessidade de uma sensibilização dos trabalhadores em torno dessa política, com o intuito de esclarecer que o adolescente carece de atenção, de escuta, de diálogo e de um cuidado efetivo e de qualidade. Sabe-se que, quando os profissionais de saúde se tornam ouvintes e interlocutores no espaço da relação com os sujeitos, ocorre um reconhecimento dos problemas de saúde e da realidade vivenciada por essa clientela, o que torna

mais permeável as propostas de produção de cuidado direcionadas aos jovens e suas famílias.

Outro ponto a refletir é em relação a integração do setor educação com a saúde. Existe alguma atividade integrada? Como a universidade se articula com estes dois setores? A integração entre saúde e escola promove uma compreensão ampliada das necessidades de saúde dos adolescentes, já que a escola é considerada uma porta de entrada pelos adolescentes no serviço, e é através da escola que pode-se articular as temáticas emergentes para a educação em saúde e orientações, ações tão solicitadas pelo grupo estudado.

Além de orientações sobre a saúde, o adolescente demanda um serviço organizado, sem falta de medicamentos, com uma fila de espera mais humanizada e com profissionais que conheçam suas necessidades. Essas ações são enfatizadas, pois, pela visão dos adolescentes, o serviço de saúde e os trabalhadores continuam prestando um cuidado de acordo com a visão deles, desconsiderando o adolescente como sujeito ativo nesse contexto.

### **Limites e avanços da pesquisa**

A pesquisa teve algumas limitações no que se refere à coleta de dados. Por não existir uma demanda organizada de atendimento ao adolescente, o comparecimento destes à unidade é muito reduzido. Assim, teve-se que disponibilizar os alunos envolvidos na pesquisa, por um período maior no campo, para que pudessem ter contatos com os adolescentes durante a vinda ao serviço. E ainda, durante as entrevistas efetivadas com preenchimento do roteiro de coleta, a maioria deles não respondia a contento os questionamentos, ou seja, tinham respostas pontuais e mesmo com a indução dos entrevistadores eles não expressavam com clareza os questionamentos do estudo.

Este fenômeno contribuiu para compreendermos as dificuldades de pesquisas diretas com adolescentes, mas também, mostrou a importância de conversar com os jovens, utilizando estratégias diferentes, a certeza e a

importância do grupo focal na aproximação dos pesquisadores com os sujeitos. Este ponto aparece não como limite, mas como avanço na pesquisa, pois também houve necessidade de tomar decisões de encontrar os adolescentes fora do serviço de atenção básica, (conforme planejado) e no segundo momento, ir ao encontro deles na escola, local onde se sentem à vontade, por ser ambiente de maior intimidade para eles e favorável aos encontros com os colegas. Neste caso, não mudou o percurso da pesquisa, pois a unidade escolar é integrada ao serviço de saúde (Centro de Saúde Policlínica) situam-se próximos e ainda obteve-se o apoio da escola. Este local foi favorável e facilitou os encontros no local em que estes adolescentes sentiam-se à vontade e de forma mais natural puderam expressar seus pensamentos. Portanto, não houve prejuízos na pesquisa e a mudança serviu de reflexão e aproximação com este ambiente tão próximo dos adolescentes, mostrando mais uma vez a necessidade de trabalhos de pesquisa e de extensão conjuntamente.

Outra limitação que se visualiza foi à falta de retorno mais imediato dos resultados elaborados a estes adolescentes para que pudessem validar e assim conformar nos dados na pesquisa. No entanto, este retorno, posteriormente, será repassado para a escola e para o serviço de saúde podendo colaborar no planejamento e na organização das unidades – escola e centro de saúde.

Deste modo, entende-se que o objetivo principal foi alcançado, pois os limites de certa forma ‘superados’, o estudo mostra a importância de se compreender as situações experienciadas pelos adolescentes na produção do cuidado na atenção básica, estimulando a incorporação de novos saberes e práticas com estrutura física e recursos humanos capazes de atender o adolescente. Assim, os resultados aqui apresentados podem contribuir para discussões e reflexões nos serviços de saúde sobre a saúde do adolescente, tendo a integralidade como foco prioritário na organização e nas práticas de saúde com o adolescente.

## 7 REFERÊNCIAS

ABEN, Associação Brasileira de Enfermagem. **Adolescer**: compreender, atuar, acolher - projeto acolher / Associação Brasileira de Enfermagem / Ministério da Saúde. Brasília: ABEn, 2001.

ABRANTES, A. A; MARTINS, L.M. A produção do conhecimento científico: relação sujeito-objeto e desenvolvimento do pensamento. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 11, n. 22, ago. 2007.

AGUIAR, A.S. et al. Avaliação do atendimento anestésico da criança e do adolescente em um hospital universitário. **Rev. Bras. Anesthesiol.** v. 55, n. 4, p. 405-420. 2005.

ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface**, Botucatu, v.9, n.16, p. 39-52, 2005.

AMARANTE, A.G.M. **Juventude no SUS**: as práticas de atenção à saúde no Butantã. Dissertação [mestrado] – Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem. 147 p. 2007.

ANDRADE, C.S; FRANCO, T.B; FERREIRA, V.S.C.F. Acolhimento: uma experiência de pesquisa-ação na mudança do processo de trabalho em saúde. In: FRANCO, T.B. ANDRADE, C.S. FERREIRA, V.S.C. **A Produção Subjetiva do Cuidado**: cartografias da estratégia saúde da família. HUCITEC: São Paulo. 2009.

ANTUNES, J. L. F. et al. Saúde gengival de adolescentes e a utilização de serviços odontológicos, Estado de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 2, 2008.

ARREGUY-SENA, C; CARVALHO, E. C. Classificação de veias superficiais periféricas de adolescentes, adultos e idosos pela técnica Delphi. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 1, 2008.

ASSIS, M.M.A; VILLA, T.C.S; NASCIMENTO, M.A.A. Acesso aos Serviços de Saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.8, n.3, p.815-823. 2003.

AVANCI, R. C; PEDRAO, L. J; COSTA JUNIOR, M. L. Perfil do adolescente que tenta suicídio em uma unidade de emergência. **Rev. bras. enferm.**, v. 58, n. 5, p. 535-539. 2005.

AYRES, J.R.C.M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, v.13, n.3, p.16-29, 2004.

BACKES, M.T.S, et al. Cuidado Ecológico: o significado para profissionais de um hospital geral. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.22, n.2, p.183-91, 2009.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Edições 70: Lisboa. 5a. ed. 2008.

BOARATI, M. A; FU-I, L. Uso da olanzapina em adolescente com transtorno do humor bipolar após síndrome neuroléptica maligna. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 30, n. 1, 2008.

BOEHS, A.E.; MONTICELLI, M.; WOSNY, A.M.; HEIDEMANN, I.B.S.; GRISOTTI, M. A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.16, n.2, p. 307-314, 2007.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis (RJ): Vozes; 1999.

BOFF, L. O cuidado essencial: princípio de um novo *ethos*. **Inclusão Social**, v. 1, n. 1, p. 28-35, 2005.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal; 1988.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Normas de Atenção à Saúde Integral dos Adolescentes**. MS: Brasília, 48 p. 1993.

BRASIL, Ministério da Saúde. A promoção da saúde no contexto escolar. **Rev. Saúde Pública**, v.36, n.2, p.533-535, 2002.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Saúde integral de Adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde**. Brasília: Secretaria de atenção à saúde, 2005.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Marco Teórico e Referencial: saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens**. Brasília: Secretaria de atenção à saúde, 2006a.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde, 2006b.

\_\_\_\_\_, CONASS. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde – SUS 25 anos**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. UFRGS [homepage na internet]. Disponível em <<http://www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm>>. Acesso em: 18 de outubro de 2008.

BRUSCHI, B. A. M; et al . Avaliação do atendimento anestésico da criança e do adolescente em um hospital universitário. **Sao Paulo Med. J.**, v.123, supl. esp. 2005.

BUB, M.B.C; et al. A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado em enfermagem. **Texto & Contexto Enferm.** v. 15, n. spe, p.152-157. 2006.

BURSZTYN, I; RIBEIRO, J.M. Avaliação Participativa em Programas de Saúde: um modelo para o programa de saúde do adolescente. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.2, p.404-416, 2005.

BUSS. P.M. Saúde, sociedade e qualidade de vida. 2003. In: <http://www.invivo.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=8&inford=34>. Acesso em 04 de dezembro de 2009.

BUSS, P.M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n.17, v.1, p. 77-93. 2007.

CAMARGO JR, K.R, et al. Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, sup, p. S58-S68. 2008.

CAMPOS, G.W.S. **Saúde Paidéia**. HUCITEC: São Paulo, 2 ed. 185 p. 2003.

CAMPOS, M.T.A. **A adolescência inventada e os sujeitos que se inventam na participação social: capturas e rupturas**. Dissertação [mestrado] – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação. 187 p. 2008.

CAMPOS, ET AL. Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia saúde da família. In: CAMPOS, G.V.S; GUERREIRO, A.V.P. **Manual de Práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: editora hucitec. 2008. 411 p.

CANDEIAS, N.M.F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 2, abr. 1997.

CATRIB, A.M.F. et al. Saúde no espaço escolar. In: BARROSO, M.G.T.; VIEIRA, N.F.C.; VARELA, Z.M.V. (Orgs.). **Educação em saúde no contexto da promoção humana**. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha, 2003.

COELHO, I.B. Formas de pensar e organizar o sistema de saúde: os modelos assistenciais em saúde. In: CAMPOS, G.V.S; GUERREIRO, A.V.P. **Manual de Práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: editora hucitec. 2008. 411 p.

CORREA, A.C.P; FERRIANI, M.G.C. A produção científica da enfermagem e as políticas de proteção à adolescência. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, v.58, n.4, p.449-53. 2005.

CRISPIM, D.H, et. al. Análise da integralidade na atenção pré-natal em ESF'S de Itabuna, Bahia. In: FRANCO, T.B. ANDRADE, C.S. FERREIRA, V.S.C. **A Produção Subjetiva do Cuidado: cartografias da estratégia saúde da família**. HUCITEC: São Paulo. 2009.

CUIDADO. MICHAELIS. Moderno Dicionário da Língua Portuguesa. São Paulo: Melhoramentos, 2007. Disponível em: <[www.uol.com.br/michaelis](http://www.uol.com.br/michaelis)>. Acesso em: 28 nov. 2009.

CUNHA, G.T. **A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica**. São Paulo: HUCITEC. 212 p. 2005.

DOHNERT, M.B; TOMASI, E. Validade da fotogrametria computadorizada na detecção de escoliose idiopática adolescente. **Rev. bras. fisioter.** v. 12, n. 4, p. 290-297. 2008.

EXPERIÊNCIA. In: FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário Aurélio básico da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2006.

FAVORETO, C.A.Z. **A Narrativa na e sobre a Clínica na Atenção Primária: uma reflexão sobre o modo de pensar e agir dirigido pelo diálogo, à integralidade e ao cuidado em saúde**. Tese de doutorado. Instituto de Medicina Social/UERJ. 220p. 2007.

FERIGATO, S. H; BALLARIN, M. L. G. S. A Clínica como instrumento de fortalecimento do sujeito: um debate ético-filosófico. **O Mundo da Saúde**, v. 1, p. 53-60, 2007.

FERNANDES, M.S. **A Produção e a Gestão do Cuidado: notas cartográficas dos atos cuidadores do enfermeiro no cotidiano hospitalar**. Tese de doutorado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. 234p. 2006.

FERRARI, R.A.P; THOMSON, Z; MELCHIOR, R. Adolescência: ações e percepções dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família. **Interface – Comunicação, saúde e educação**, v.12, n.25, p. 387-400. 2008.

FERREIRA, M.A. A Educação em Saúde na Adolescência: grupos de discussão como estratégia de pesquisa e cuidado-educação. **Texto e contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 205-11. 2006.

FERREIRA, M. A. et al. Saberes de adolescentes: estilo de vida e cuidado à saúde. **Texto e contexto Enferm**, Florianópolis, v. 16 n. 2, p. 217-24. 2007.

FLICCK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Bookman, 2 ed. 2004.

FOUCAULT, M. **Hermenêutica do sujeito**. São Paulo: Martins Fontes; 2004.

FRACOLLI, L.A; ZOBOLI, E.L.P. Acolhimento: uma tecnologia para a assistência. In: SANTOS, A.S; MIRANDA, S.M.R. **A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde**. Ed. Manole. 2007.

FRANCO, T.B. **Os processos de trabalhos e a mudança do modelo tecnoassistencial em saúde**. Dissertação [mestrado]. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. 1999. 207p.

\_\_\_\_\_. Produção do Cuidado e Produção Pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.** v. 11, n. 23, p. 427-38. 2007.

FRANCO, T.B; BUENO, W.S; MERHY, E.E. O Acolhimento e os Processos de Trabalho em Saúde: o caso de Betim MG. In: MERHY, E.E. et. al. **O trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. HUCITEC: São Paulo, 3 ed. p.296. 2006.

FRANCO, T.B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, 2006.

FRANCO, T.B, et al. A Produção subjetiva da Estratégia Saúde da Família. FRANCO, T.B. ANDRADE, C.S. FERREIRA, V.S.C. **A Produção Subjetiva do Cuidado: cartografias da estratégia saúde da família**. HUCITEC: São Paulo. 2009.

FRANCO, T.B. ANDRADE, C.S. FERREIRA, V.S.C. **A Produção Subjetiva do Cuidado: cartografias da estratégia saúde da família**. HUCITEC: São Paulo. 2009.

GARCÍA S.R; BARRA M.F. Hospitalización de niños y adolescentes. **Rev. Méd. Clín. Condes**, v.16, n.4, p.236-241. 2005.

GUATTARI, F. **As três ecologias**. Trad. BITTENCOURT, M. C. F. Campinas: Papirus, p.1-55. 2001.

GOMES, M.C.P.A; PINHEIRO, R.. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 17, 2005.

GUNNING-SCHEPERS, L. J. Models: instruments for evidence based policy. **J. Epidemiology Community Health**. n. 53, p. 263, 1999.

HEIDEMANN, M. **Adolescência e Saúde: uma visão preventiva**. Editora Vozes: Rio de Janeiro. 148 p. 2006.

HUNT, P; KHOSLA, R. Acesso a medicamentos como um direito humano. **SUR - Revista Internacional de Direitos Humanos**, v. 5, n. 8. 2008. Disponível em: <[www.surjournal.org](http://www.surjournal.org)>.

IBGE. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios 2007 - Síntese dos indicadores**. Rio de Janeiro; IBGE; 2008. p. 331.

ILIAS, Elias Jirjoss et al . Tricobezoar gastroduodenal em adolescente. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 52, n. 2, abr. 2006.

JEOLÁS,L.S; FERRARI, R.A.P. Oficinas de Prevenção em um Serviço de Saúde para Adolescentes: espaço de reflexão e de conhecimento compartilhado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.8, n.2, p. 611-20. 2003.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C.; et al. Uma experiência de formação de pesquisadores juniores: discursos do sujeito coletivo sobre a violência contra a criança. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolv. Hum.**, v.14, n.1, p.76-89, 2004.

LEMOS, F. A; LIMA, R. A. G; MELLO, D. F. Assistência à criança e ao adolescente com câncer: a fase da quimioterapia intratecal. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, jun. 2004 .

LIEBESNY, B; OZELLA, S. Projeto de vida na promoção da saúde. In: **Adolescência e Psicologia: concepções, práticas e reflexões críticas**. Conselho Federal de Psicologia: Rio de Janeiro. 144 p. 2002.

LIMA, R.A.G., ROCHA, S.M.M., SCOCHI, C.G.S. Assistência à criança hospitalizada: reflexões acerca da participação dos pais. **Rev, Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n.2, p.33-9. 1999.

LIMA, M.A.D.S; et al. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.20, n.1, p.12-7. 2007.

LOPES, R.E. et al. Juventude Pobre, Violência e Cidadania. **Saúde Soc.** São Paulo, v.17, n.3, p.63-76, 2008.

MACHADO, F.R.S, et al. As novas formas de cuidado integral nos espaços públicos de saúde. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006, p. 57-74.

MAGALHÃES JUNIOR, H.M. **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. HUCITEC: São Paulo, 3 ed. 206p. 2006.

MALTA, D.C; Et al. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.2, p. 433-444, 2004.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubem Araujo de. **Os Sentidos da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

MATTOS, R.A. A Integralidade na Prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.5, p. 1411-16. 2004.

MERHY, E.E. Um dos Grandes Desafios para os Gestores do SUS: apostar em novos modelos de fabricar os modos de atenção. In: MERHY, E.E. et. al. **O trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. HUCITEC: São Paulo, 3. ed. 296 p. 2006.

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. HUCITEC. 3.ed. 2007.

MINAYO, M,C,S; HARTZ, Z.M.A; BUSS, P.M. Qualidade de Vida e Saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.5, n.1, p.7-18. 2000.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. HUCITEC: São Paulo, 10. ed. 2006.

NASCIMENTO, E. R. P.; TRENTINI, M. O cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva (UTI): teoria humanística de Paterson e Zderad. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, 2004.

MOURA, J.B.V.S.; et al Perspectiva da epistemologia histórica e a escola promotora de saúde. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.489-501. 2007.

OLIVEIRA, A.R; LYRA, J. **Direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes e as políticas de saúde**: desafios à atenção básica. Anais do encontro: Fazendo Gênero 8- corpo, violência e poder. Florianópolis, agosto, 2008.

PELICIONI, C. **A escola promotora de saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1999. p.12. (Séries Monográficas).

PELLISON, F. et al. Aplicação prática do processo de enfermagem a uma adolescente portadora de doença crônica. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 3, set. 2007.

PENHA, C.M.M; PINHO, L.M.O. A Contramão dos Programas de Educação em Saúde: estratégias de diabéticos. **Rev. Bras. Enfermagem**: Brasília, v.55, n.1, p. 7-12, jan-fev., 2002.

PEREIRA, Q.L.C., Et Al. Processo de (Re)construção de um Grupo de Planejamento Familiar: uma proposta de educação popular em saúde. **Texto & Contexto em Enfermagem**. Florianópolis. Vol. 16, n.2, abr-jun, p.320-5, 2007.

PERES, F; ROSENBERG, C. P. Desvelando a concepção de adolescência/adolescente presente no discurso da Saúde Pública. **Saude soc.**, v. 7, n. 1, p.53-86. 1998.

PINHEIRO, R. Práticas de saúde e integralidade: as experiências inovadoras na incorporação e desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais de atenção aos usuários no SUS. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Experiências Inovadoras no SUS**: relatos de experiências. Brasília, 2002.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2003.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F.L. Cuidado e Integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. ABRASCO/CEPESC/UERJ: Rio de Janeiro. 320 p. 2006.

POPE, C; MAYS, N. **Pesquisa Qualitativa na Atenção à Saúde**. Porto Alegre: Artmed. 3 ed. 2009.

RAMOS, F.R. S.; PEREIRA, S. M.; ROCHA, C.R. M. da. Viver e adolescer com qualidade. In: Associação Brasileira de Enfermagem. **Adolescer**: compreender, atuar, acolher - projeto acolher / Associação Brasileira de Enfermagem / Ministério da Saúde. Brasília: ABEn, 2001.

RAMOS, D.D.; LIMA, M.A.D. da S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, jan./fev., p.27-34, 2003.

RESSEL, et al. O Uso do Grupo Focal em Pesquisa Qualitativa. **Texto & Contexto Enferm**, Florianópolis, v.17, n.4, p.779-86, 2008.

ROCHA, M.L. Contexto do Adolescente. In: **Adolescência e Psicologia: concepções, práticas e reflexões críticas**. Conselho Federal de Psicologia: Rio de Janeiro. 144 p. 2002.

SÁ, A.C. Reflexão sobre o Cuidar em Enfermagem: uma visão do ponto de vista da espiritualidade humana e da atitude crística. **O Mundo Saúde**: São Paulo, v. 33, n.2, p. 205-217. 2009.

SANTOS, A.M; ASSIS, M.M.A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n.1, p.53-61. 2006.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde. 2002.

SCHRAIBER, L.B; MENDES-GONÇALVES, R.B. Necessidades de Saúde e Atenção Primária. In: SCHRAIBER, L.B; NEMES, M.I.B; MENDES-GONÇALVES, R.B. **Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica**. São Paulo: HUCITEC. 2 ed,p. 29-47.2000.

SCHIMITH, M.D; LIMA, M.A.D.S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.6, p. 1487-1494. 2004.

SEIDL, E.M.F, ZANNON, C.M.L.C. Qualidade de Vida e Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**: Rio de Janeiro. v. 20, n.2, p.580-88. 2004.

SILVA, L. F. et al. Cuidado de enfermagem: o sentido para enfermeiros e pacientes. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.54, n.4, p. 578-588, 2001.

SILVA, J.P.V, PINHEIRO, R., MACHADO, F.R.S. Necessidades, Demanda e Oferta: algumas contribuições sobre os sentidos, significados e valores na construção da integralidade na reforma do setor saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 17, n.65, p. 234-242, 2003.

SILVA, L.W.S. et al. O cuidado na perspectiva de Leonardo Boff, uma personalidade a ser (re)descoberta na enfermagem. **Rev. Bras. de Enfermagem**, v.58, n.4, p. 471-5. 2005.

SILVA, R.A, et al. Bem – estar psicológico e adolescência: fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**: Rio de Janeiro, v.23, n.5, p.1113-118, 2007.

SOARES, M.C. **A Integralidade na Saúde da Mulher: possibilidades de atenção à mulher com câncer de colo uterino nos serviços de saúde**. Tese [doutorado]. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. 2007. 204 p.

SOLLA, J. J. S. P. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.5, n.4, p.493-503, out. / dez., 2005.

SOUZA, E.C.F, et al. Acesso e Acolhimento na Atenção Básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.24, supl.1, 2008.

TANAKA, Y.O.; MELO, C. **Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer**. São Paulo: EDUSP, 2001.

TAQUETTE, S.R. et al. Conflitos éticos no atendimento à saúde de adolescentes. **Cadernos de Saúde Pública**, v.21, n.6, p. 1717-1725. 2005.

TEIXEIRA, A. O. B; MEDEIROS, P. J; CAPELLI JUNIOR, J. Intervenção ortocirúrgica em paciente adolescente com acentuada displasia esquelética de Classe III. **Rev. Dent. Press Ortodon. Ortop. Facial**, v. 12, n. 5, p.55-62, 2007.

VIEIRA, P.R; RODRIGUES, B.M.R.D. O Adolescente em Hemodiálise: estudo fenomenológico à luz do cuidado ético de enfermagem. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n.3, p.417-22. 2007.

VIEIRA, S.R. **A Integralidade numa Rede de Proteção Social ao Adolescente: um olhar fenomenológico**. Dissertação [mestrado]. Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública. 2008.

WALDOW, V.R. **Cuidado humano**: o resgate necessário. 3.ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2001.

## **APÉNDICES**

## APÊNDICE A

### ROTEIRO DO QUESTIONÁRIO

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Estuda? \_\_\_\_\_ Qual série? \_\_\_\_\_

Mora com quem? \_\_\_\_\_

Trabalha? \_\_\_\_\_ Em que? \_\_\_\_\_

Renda familiar \_\_\_\_\_

## **APÊNDICE B**

### **Eixos Temáticos**

1. Saúde e Cuidado;
2. Principais atendimentos e cuidados que o adolescente procura na unidade de saúde (demanda);
3. Como ocorre esse atendimento/cuidado em relação ao acesso, porta de entrada, acolhimento, encaminhamentos (referência e contra-referência)
4. Relacionamento entre o adolescente e os trabalhadores de saúde
5. O que gostariam que a unidade de saúde oferecesse para atender melhor o adolescente

## APÊNDICE C

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### DESTINADO AO ADOLESCENTE E RESPONSÁVEL LEGAL

Estamos realizando uma pesquisa sobre a produção do cuidado integral aos adolescentes na atenção básica incluindo acesso, acolhimento vínculo e responsabilização do serviço com essa população. Ao final pretendemos discutir e apontar medidas que possam melhorar a organização do serviço. As informações obtidas serão mantidas em sigilo e não haverá divulgação personalizada das informações, ou seja, sua identidade não será revelada.

O participante terá liberdade para participar ou não da pesquisa, desistir em qualquer momento, sem trazer nenhum prejuízo ao seu cuidado no serviço que frequenta. Informamos que esta pesquisa não trará riscos diretos à sua saúde, mas se tiver algum desconforto, estes serão acompanhados pela pesquisadora que dará todo o apoio e encaminhamentos se for necessário. Acreditamos nos benefícios que esta pesquisa trará com suas informações, pois serão repassadas aos gestores e aos profissionais, trazendo momentos de reflexão, além de aumentar a visão dos pesquisadores e cuidadores, sobre os pontos importantes a serem melhorados no planejamento e nas ações de cuidados junto aos adolescentes nessa unidade e outras. Assim, pensamos estar contribuindo também nas sugestões de políticas que melhorarão a qualidade dos serviços destinados aos adolescentes. As informações coletadas serão utilizadas nos resultados da pesquisa, os quais serão organizados para apresentação e publicação em revistas de circulação nacional e internacional e apresentados em eventos científicos.

Todos os participantes têm a segurança de receber esclarecimento, retirar dúvidas sobre a pesquisa a qualquer momento com a pesquisadora: Juliana Freitas Marques. Telefone para contato: 8658 5676// 33411571

Fortaleza,     /     /

Assinatura do Participante \_\_\_\_\_

Assinatura do responsável \_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador \_\_\_\_\_

=====



#### UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ – UECE

#### PESQUISA – Produção do cuidado integral na perspectiva dos adolescentes: ênfase na atenção básica

Eu, \_\_\_\_\_ aceito participar da pesquisa  
Necessidades e Atenção à Saúde dos Adolescentes: um enfoque na atenção básica, de  
forma livre e esclarecida.

Fortaleza,     /     /2009

Ass./Rubrica do Participante: \_\_\_\_\_

Ass./Rubrica do Responsável: \_\_\_\_\_

Ass. Do Pesquisador: \_\_\_\_\_

## **ANEXOS**

# ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



**Universidade Estadual do Ceará**  
**Comitê de Ética em Pesquisa**  
Av. Paranjana, 1700 Campus do Itaperi CEP. 60.740-000 Fortaleza-Ce  
Fone: 3101 9890 E-mail: cep@uece.br

Fortaleza (CE), 06 de junho de 2008.

**Título:** "Necessidade e demandas de cuidados ao adolescente na atenção básica: subsídios para a prática clínica com eixo na integralidade". FR- 174975\_; Processo Nº. 07528821 4)

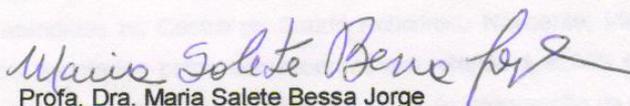
**Pesquisadores:** Maria Veraci Oliveira Queiroz (Coordenadora da pesquisa), Ilvana Lima Verde; Dafne Paiva Rodrigues; Maria Salete Bessa Jorge, e alunos dos cursos de Mestrados acadêmico e profissional da UECE

## PARECER

O projeto tem como objetivos: caracterizar o perfil sociodemográfico e epidemiológico da população de adolescentes atendidos no Centro de Saúde Policlínica Nascente; Identificar as demandas e as necessidades apontadas pelos adolescentes em relação à saúde e as ações essenciais na prática clínica com esses usuários; apontar propostas de intervenção na construção de um modelo de cuidado integral; dentre outros. O estudo será do tipo observacional com utilização de triangulação de métodos e técnicas orientadas pela abordagem quantitativa e qualitativa de modo a apreender várias facetas da realidade social estudada e se refere a um projeto de pesquisa aprovado no edital MCT/CNPq-Universal faixa A, processo: 477743/2007-2. A pesquisa será realizada em um serviço de atenção básica- Policlínica Nascente inserida na SER (Secretaria Executiva Regional) IV no Município de Fortaleza (Ceará). A população do estudo será constituída pelos adolescentes assistidos na área de abrangência desse centro de saúde. A amostragem referente à investigação das características e do perfil epidemiológico será constituída das fichas de adolescentes atendidos no ano de 2008. Os sujeitos que preencherão os requisitos da abordagem qualitativa serão aqueles adolescentes que são atendidos freqüentemente nesse serviço de atenção básica. A escolha será intencional obedecendo aos seguintes critérios: adolescentes de 14 a 19 anos que freqüentarem o serviço no período da pesquisa, aceitar participar livremente, possuir condições físicas e mentais para responder aos questionamentos e ter anuência do responsável legal. Para compreensão do fenômeno a amostra inicial será de 10 adolescentes. A coleta de dados será através de duas etapas: a primeira referente à análise quantitativa será utilizada um formulário para captação das informações contidas nas fichas de atendimento para composição das características sociodemográficas, o perfil epidemiológico e as ações/intervenções realizadas com os adolescentes (não apresenta o formulário); a segunda etapa será realizada uma entrevista semi-estruturada norteada por roteiro de perguntas com informações sobre as principais demandas e necessidade de cuidados à saúde dos adolescentes, as condições de acesso, o acolhimento e a responsabilização do serviço na atenção ao adolescente. As entrevistas serão gravadas e para complementar e aprofundar as análises será realizada a técnica

de grupo focal com os sujeitos entrevistados destacando questões apreendidas nas entrevistas. Os encontros do grupo focal serão no mínimo dois com duração de uma hora e acontecerá na própria instituição. O número de participantes do grupo focal será de oito. Para análise dos dados quantitativos será utilizada a estatística descritiva e multivariada com o uso do programa SPSS 15.0. Para os dados qualitativos serão submetidas à análise do conteúdo de Bardin (1977). O projeto inclui introdução, revisão de Literatura, objetivos, metodologia, cronograma de execução; referências bibliográficas; orçamento; benefícios que a pesquisa pode trazer; currículos dos pesquisadores estão na base lattes. O projeto anexa o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O projeto está bem estruturado e é relevante podendo haver retorno para a comunidade. O projeto atende plenamente aos ditames da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS e, portanto, está aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará – CEP-UECE.



Profa. Dra. Maria Salette Bessa Jorge

Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da UECE.

## ANEXO B – AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA NA INSTITUIÇÃO



322  
Jacqueline

Ofício GS Nº 1456/2009

Fortaleza, 04 de Setembro de 2009.

Prezada Senhora,

Cumprimentando-a cordialmente, e em resposta a solicitação formalizada nesta Secretaria através do processo Nº 97068/2009 -SME, o qual solicita autorização para realização de pesquisa intitulada "Produção do Cuidado Integral na Perspectiva dos Adolescentes: enfoque na atenção básica". informamos a V.Sa. que a referida solicitação está autorizada.

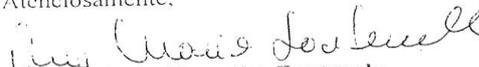
Outrossim, lembramos que os pesquisadores somente poderão comparecer as referidas escolas com carta de apresentação desta SME.

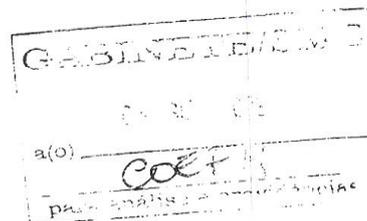
Além disso, deverão ser feitos os agradecimentos à PMF, principalmente aos professores envolvidos quando da versão final.

Lembramos que cópia da versão final do trabalho deverá ser encaminhada a esta SME.

Sem mais para o momento, renovamos votos de estima e consideração.

Atenciosamente,

  
Ana Maria de Carvalho Fontenele  
Secretária Municipal de Educação



  
Jacqueline Franco  
Assessora da Secretária  
Municipal de Educação

Ilma. Sra.

**Juliana Freitas Marques**

Pesquisadora e Aluna do Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde

SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO  
Avenida Desembargador Moreira, 2875, Dionísio Torres  
CEP: 60170 - 002 Fortaleza-Ceará  
Telefone: (85) 3433-3533 / 3433-3599  
FAX: (85) 3433-3508