



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA

EMOÇÃO E RAZÃO
OS SENTIDOS ATRIBUÍDOS POR PROFISSIONAIS
DE SAÚDE À ATENÇÃO AO ADOLESCENTE

Viviane Manso Castello Branco

Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva
Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde
Orientador: Prof. Luiz Fernando Rangel Tura
Rio de Janeiro, RJ
2002

**Emoção e razão:
os sentidos atribuídos por profissionais de saúde
à atenção ao adolescente**

Viviane Manso Castello Branco

Dissertação submetida ao corpo docente da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre.

Banca examinadora:

Prof^a Ângela Arruda - Presidente

Prof. Celso Pereira de Sá

Prof^a Ivani Bursztyn

Rio de Janeiro – RJ

Ficha Catalográfica

Branco, Viviane Manso Castello

Emoção e razão: os sentidos atribuídos por profissionais de saúde à atenção ao adolescente / Viviane Manso Castello Branco

Rio de Janeiro: UFRJ/NESC, 2002

ix, 105p.

(Dissertação) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, NESC, 2002. Orientador: Luiz Fernando Rangel Tura

1. Avaliação de programa. 2. Representações sociais. 3. Dissertação (Mestrado UFRJ/NESC). 4. Luiz Fernando Rangel Tura

I. Emoção e razão: os sentidos atribuídos por profissionais de saúde à atenção ao adolescente

Resumo

BRANCO, Viviane Manso Castello. **Emoção e razão: os sentidos atribuídos por profissionais de saúde à atenção ao adolescente**. Orientador: Luiz Fernando Rangel Tura. Rio de Janeiro: UFRJ/NESC, 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)

Esse estudo, que se insere num projeto de avaliação do Programa de Saúde do Adolescente – PROSAD - no Rio de Janeiro, visa compreender os sentidos que os profissionais de saúde atribuem à saúde do adolescente, favorecendo a identificação dos elementos que facilitam ou dificultam a incorporação das propostas do PROSAD. A pesquisa utilizou a abordagem estrutural das representações sociais. Foram aplicados testes de associação de palavras, imagens e questionários a 117 sujeitos, de diversas categorias profissionais, inseridos em 10 unidades básicas de saúde com diferentes estágios de desenvolvimento do PROSAD. A identificação de que o elemento *informação* está no núcleo central é um indício de que os profissionais, mesmo compreendendo a complexidade das questões da adolescência e as limitações da intervenção dos serviços de saúde, valorizam algo que eles entendem que detêm e que podem oferecer aos adolescentes, ou seja, informações, orientações e conhecimentos relativos às diferentes dimensões da vida de seus clientes. Os elementos *afetividade, anticoncepção, bem-estar, cuidado, disponibilidade, dúvida, educação, equipe, juventude e serviço*, compõem o sistema periférico dessa representação. Por se tratar de uma avaliação, são discutidos avanços, limites e contradições com relação às propostas do PROSAD. Os resultados trazem interessantes subsídios para a qualificação e implementação desse programa uma vez que apontam os sentidos construídos pelos profissionais e suas implicações na prática.

Palavras chave: adolescência, adolescente, avaliação de programa, profissionais de saúde, representações sociais

Abstract

BRANCO, Viviane Manso Castello. **Emoção e razão: os sentidos atribuídos por profissionais de saúde à atenção ao adolescente.** Orientador: Luiz Fernando Rangel Tura. Rio de Janeiro: UFRJ/NESC, 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)

Although the Adolescent Health Program was officially implemented by the Ministry of Health in 1989, there are many constraints to its local development at the municipal primary health care centers. In the past few years there has developed an awareness that planning and evaluation should incorporate the values of the actors involved. Thus, this study, that is part of a broader evaluation of the Adolescent Health Program of Rio de Janeiro, aims to understand the meanings that health professionals confer to adolescent health. The study was based on the Theory of Social Representations, and made use of word and image association as well as questionnaires. It included the participation of 117 professionals of different categories, from 10 primary health care centers, with different degrees of implementation of the program. The results can be seen as an interesting contribution to the qualification and development of the program, since they show how health professionals perceive the role of health services in relation to adolescents.

key words: adolescence, adolescent, health professionals, program evaluation, social representations

Dedicatória

“ Um pobre e esplêndido poeta, o mais atroz dos desesperados, escreveu esta profecia: ‘Ao amanhecer, armados de uma ardente paciência, entraremos na esplêndida cidade’.

Eu creio nessa profecia de Rimbaud... Sempre tive confiança no homem. Não perdi jamais a esperança.

Por isso talvez, cheguei aqui com a minha poesia, e também com a minha bandeira.

Em conclusão, devo dizer aos homens de boa vontade, aos trabalhadores, aos poetas, que todo porvir foi expresso nessa frase de Rimbaud: só com uma ardente paciência conquistaremos a esplêndida cidade que dará luz, justiça e dignidade a todos os homens. Assim a poesia não terá cantado em vão”.

Pablo Neruda

Aos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro que, com uma “ardente paciência”, encontraram soluções criativas para tornar o Programa de Saúde do Adolescente uma realidade em nossa cidade.

Agradecimentos

O Programa do Adolescente tem um papel muito especial da minha vida; é uma militância. Como eu sou muito voltada para a ação, esse mestrado se misturou totalmente ao meu trabalho cotidiano. Os agradecimentos portanto, estão não somente ligadas à essa dissertação, mas ao meu desenvolvimento pessoal e profissional junto ao PROSAD.

- Aos meus queridos filhos, Tatiana e Eduardo, pela compreensão nos momentos em tiveram que abrir mão da minha presença; por aturarem a bagunça dentro de casa; por inspirarem o meu trabalho em prol de um mundo melhor
- A meus pais, que possibilitam meu desenvolvimento pessoal e profissional através de apoio constante e incondicional
- Ao Carlos Eduardo, pelo afeto e companheirismo
- A Sônia Melges, por ter me ajudado a perceber o meu potencial e por ter me convidado para o nível central, o que me abriu muitas oportunidades
- A todas as companheiras da Gerência de Programas de Saúde do Adolescente da SMS-RJ, pela amizade, apoio e cumplicidade no compromisso com os adolescentes: Dilma Cupti de Medeiros, Luciana Barreto Phebo, Maria de Fátima Goulart Coutinho (em ordem alfabética, para ninguém ficar com ciúmes)
- A Carla Brasil, Cristina Boaretto, Kátia Ratto, Ana Maria Monteiro e demais colegas da CPS e SSC pela parceria cotidiana, e por ampliarem meus horizontes
- A Krishna Bose, Paul Bloem, Jane Ferguson e demais companheiros do Projeto de Indicadores de Saúde e Desenvolvimento de Adolescentes e Jovens da OMS/UNICEF pela possibilidade ímpar de desenvolvimento pessoal e pela oportunidade de desenvolver esta pesquisa; além da chance de viajar, é claro
- Ao meu orientador, Prof. Tura, pelo respeito e carinho pelo meu trabalho na SMS, e pela orientação segura, que me ajudou a direcionar a

pesquisa para um objeto que realmente pudesse contribuir para o desenvolvimento do PROSAD

- A Ivani Bursztyn, pela parceria nesta pesquisa, por ter me aberto as portas do NESC e por ter me apresentado ao Tura
- Aos colegas de pesquisa, Ana Paula Alencar, Vera Pacheco, Glaydes, Bianca, Júlia, pela sensibilidade para “olhar” e “ouvir” os profissionais da rede
- A Ângela Arruda e Margot Madeira, pelos inspirados comentários e sugestões que tanto enriqueceram esse trabalho
- A Gisela Pereira e Luiza Cromack, colegas de mestrado, pelo companheirismo e pela força para chegarmos até o final
- A Ted, meu professor do TTC do IBEU, por ter sido o primeiro a acreditar em mim e a quem eu fiquei devendo uma “tese de verdade”
- A Jean Ruffier, Solum Donas, Matilde Maddaleno, Márcia Campos, Carolina Siu, Tereza Costa e Maria Helena Ruzany pelas oportunidades de crescimento profissional que me propiciaram
- Ao Dr. Gazolla (*in memoriam*) por ter me dado o privilégio de vivenciar a continuidade de uma administração na SMS-RJ comprometida com a humanização e a ética na atenção à saúde
- Aos companheiros da SME, SMDS, Macrofunção Vida, Trupe, CTO, Rio Aberto-Rio e CEASM, por me fazerem valorizar as parcerias e por viabilizarem os meus delírios criativos
- A Cátia Almeida Martins, minha analista, Inês Rugani, Madu e demais colegas da Biodança, pelo carinho e apoio emocional que foram decisivos na reta final
- A Rogério, meu irmão, Cristina e Victória, pelo carinho de todas as horas
- À minha avó Lilina e minha madrinha Lya, pela tietagem explícita
- A Neide, minha secretária do lar, por aliviar a minha culpa segurando as tarefas domésticas
- Aos adolescentes, em especial os da equipe do Adolescentro por me darem a certeza que todo esse esforço vale a pena.

Sumário

| | |
|--|----|
| Introdução | 1 |
| Capítulo 1 O PROSAD na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro | 4 |
| 1.1 Os desafios no gerenciamento do PROSAD | 5 |
| 1.2 A situação atual do PROSAD-RJ | 11 |
| 1.3 Os caminhos para a qualificação do PROSAD | 15 |
| Capítulo 2 Atenção à saúde do adolescente: uma questão complexa | 18 |
| 2.1 A proposta do PROSAD | 19 |
| 2.2 As mudanças no sistema público de saúde - o SUS | 21 |
| 2.3 As ações programáticas | 23 |
| 2.4 Atenção ao adolescente: uma sobreposição de desafios | 24 |
| 2.5 Promoção de saúde: abrindo portas para a atenção ao adolescente | 30 |
| Capítulo 3 Referenciais teóricos | 33 |
| 3.1 A Teoria das Representações Sociais | 34 |
| 3.2 A abordagem estrutural das representações sociais | 37 |
| 3.3 A contribuição da Teoria das Representações Sociais na avaliação do PROSAD | 39 |
| Capítulo 4 O estudo das representações sociais dos profissionais de saúde | 42 |
| 4.1 Objetivos | 43 |
| 4.2 Procedimentos metodológicos | 43 |
| 4.3 Os sujeitos do estudo | 44 |
| 4.4 Coleta de dados | 46 |
| 4.5 Aspectos éticos | 47 |
| 4.6 Os sentidos da saúde do adolescente para os profissionais | 47 |
| Considerações finais | 68 |
| Referências | 72 |
| Anexos | 80 |
| Anexo 1 Questionário para os profissionais de saúde | 81 |
| Anexo 2 Resultados dos questionários | 86 |
| Anexo 3 Fotos utilizadas no teste de associação de imagens | 97 |

Introdução

“Às vezes é necessário recuperar os olhos virgens ,
para ver as coisas como se fosse pela primeira vez.”

Rubem Alves

A Secretaria Municipal de Saúde – SMS/RJ –, desde 1987, vem implantando gradativamente o Programa de Saúde do Adolescente – PROSAD/RJ. Apesar dos avanços, muitos são os desafios a enfrentar. Em 1998, por ser gerente do Programa de Saúde do Adolescente dessa secretaria, fui convidada a participar do Projeto de Indicadores de Saúde e Desenvolvimento de Adolescentes e Jovens – uma parceria entre a Organização Mundial de Saúde – OMS - e o UNICEF (WHO, UNICEF, 1998). Essa proposta surgiu da identificação da necessidade de aprender com a experiência dos sete países envolvidos. Entre outros objetivos, visava definir indicadores e metodologias que pudessem avaliar a qualidade dos programas.

Com o apoio desse projeto, foi desenvolvida a pesquisa “Repensando o PROSAD”, através do Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva da UFRJ em parceria com a Gerência do Programa de Saúde do Adolescente da SMS/RJ, envolvendo dez unidades básicas da rede municipal de saúde, distribuídas nas dez áreas de planejamento – AP - do Município do Rio de Janeiro. O estudo constou de quatro sub-projetos interligados, que procuraram abranger a complexidade do PROSAD: a) análise dos dados disponíveis pelo sistema SIGAB; b) construção e validação de um modelo estruturado de oficina aplicado localmente para a avaliação do programa pela própria equipe; c) estudo das representações sociais de escolares da rede pública de ensino sobre saúde; d) estudo das representações dos profissionais de saúde sobre saúde do adolescente. O trabalho em questão apresenta essa última vertente. Sá (1996) recomenda que o estudo das representações sociais dê conta “de suas origens, de seus fins e funções e das circunstâncias de sua produção” (p.43). Nesse sentido, a inserção dessa pesquisa num projeto mais abrangente, que proporcionou diferentes enfoques sobre os profissionais e os serviços, foi de grande importância para esse estudo.

Principalmente por se tratar de uma avaliação, houve uma preocupação em devolver os resultados da pesquisa aos profissionais. Essa devolução foi realizada de diferentes maneiras: através de reuniões com as equipes das

unidades diretamente envolvidas no estudo, de uma mesa redonda aberta a todos os interessados, e de um *workshop*, que buscou definir estratégias de atuação para os níveis local, regional e central a partir dos resultados da avaliação. As discussões geradas nesses encontros contribuíram muito para enriquecer esse trabalho.

Face ao meu envolvimento “visceral” com o Programa do Adolescente da SMS/RJ, foi muito importante poder participar de um estudo mais amplo, que contou com diferentes olhares, tanto da equipe de pesquisa quanto dos profissionais da rede. Essas oportunidades de debate e reflexão possibilitaram um certo distanciamento crítico e ampliaram enormemente a minha visão sobre os entraves, os avanços e os desafios colocados para a implementação do PROSAD.

Capítulo 1

O PROSAD na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

“A certeza de que estamos sempre começando,
a certeza de que é preciso continuar,
e a certeza de que podemos ser interrompidos antes de continuarmos.
Fazer da interrupção um caminho novo, da queda um passo de dança,
do medo uma escada, do sonho uma ponte, da procura um encontro”.

Fernando Sabino

1.1 Os desafios no gerenciamento do PROSAD

A adolescência é um período de grandes e rápidas transformações que traz novas maneiras de pensar, novas mudanças de papéis e responsabilidades. Reconhecendo as inúmeras oportunidades que esta etapa da vida proporciona, a Organização Mundial da Saúde tem enfatizado a necessidade dos governos estabelecerem prioridade aos programas dirigidos aos adolescentes, de forma a garantir sua saúde e bem-estar (WHO, 1999). Como assinala Elza Berquó, “abrir ou reforçar trilhas na agenda social para que os jovens aconteçam é compromisso de todos nós” (Brasil, 1998, p. 1). A Organização Pan-americana de Saúde, por sua vez, aponta ser a saúde dos adolescentes um elemento-chave para o desenvolvimento dos países da América (OPS,1998a). Em 1992 adotou a Resolução nº 18, na qual recomenda a criação e fortalecimento dos programas de saúde integral do adolescente (OPS s/d).

Na adolescência, questões ligadas à vida sexual e reprodutiva ganham relevância. A Conferência Internacional de População e Desenvolvimento realizada no Cairo em 1994, e a Conferência Internacional sobre a Mulher, que aconteceu em Beijing em 1995, reconheceram os direitos reprodutivos como direitos humanos e apontaram recomendações para as políticas sociais (Pirota e Pirota, 1999) que contribuíram para fomentar uma série de projetos voltados para os adolescentes.

O Brasil tem evoluído bastante na formulação de políticas públicas voltadas para os adolescentes. A Constituição brasileira de 1988 incorpora em seu artigo 227 a síntese dos compromissos firmados pelo país ao assinar a Convenção da Organização Nações Unidas sobre os Direitos da Criança. (Branco, 2002). Em 1990 foi promulgada a lei federal 8069/90, o Estatuto da Criança e do Adolescente, regulamentando o artigo 227 da Constituição (Brasil, 1991), que amplia a visibilidade dos adolescentes como sujeitos de direitos. No entanto, ao analisar as regularidades das políticas públicas e as dificuldades das políticas sociais voltadas para a juventude, Rua (1998) identifica uma ênfase na formulação, em detrimento da implementação, levando à ineficácia nessas políticas.

O Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD) foi lançado em 1989 pelo Ministério da Saúde por reconhecer que, "como cidadãos, os adolescentes têm direito à saúde, sendo dever do Estado possibilitar este acesso, de forma universalizada, hierarquizada e regionalizada, dentro dos preceitos do Sistema Único de Saúde" (Brasil, 1989, p.5). Treze anos após a sua implantação, ainda são poucos os municípios que conseguiram implantar em larga escala a sua proposta. Grande parte dos serviços existentes no país está vinculada às universidades, sendo que alguns já têm mais de 20 anos de experiência. Gradativamente, as secretarias municipais e estaduais vêm buscando adaptar a proposta do programa às possibilidades de suas unidades de saúde.

Na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ), os primeiros treinamentos de profissionais de saúde na atenção integral ao adolescente foram realizados em 1987, através de uma parceria com a Universidade do Estado do Rio de Janeiro. A necessidade de qualificação dos profissionais e de organização dos serviços surgiu a partir da integração entre os setores de Educação e Saúde. A implementação do PROSAD, no entanto, se deu de forma mais sistematizada a partir de 1992, com a criação da Gerência do Programa de Saúde do Adolescente, subordinada à Coordenação de Programas de Atenção Integral à Saúde e à Superintendência de Saúde Coletiva. O Programa na SMS-RJ segue as diretrizes do PROSAD/ MS, adaptadas às necessidades identificadas no Rio de Janeiro, e tem como objetivo "promover a saúde integral do adolescente, favorecendo o processo geral de seu crescimento e desenvolvimento, buscando reduzir a morbimortalidade e os desajustes individuais e sociais" (Brasil, 1989, p.11). Com o objetivo de sensibilizar os gestores e envolver os demais programas, a Gerência do Programa de Saúde do Adolescente tem enfatizado que o PROSAD deve ser entendido um "programa estratégico", uma vez que o investimento no grupo dos adolescentes, a curto, médio e longo prazo tem impacto sobre uma série de aspectos como a equidade de gênero, a saúde reprodutiva, a saúde das futuras gerações, os acidentes e violências, o uso de tabaco e outras drogas, e as doenças crônicas, como o câncer e a hipertensão.

De acordo com o censo do IBGE de 2000, o Rio de Janeiro tem 947.834 adolescentes de 10 a 19 anos, que correspondem a 17% da população. Essa

grande proporção revela o que se convencionou chamar de *onda jovem*, ou seja, um crescimento abrupto do percentual de adolescentes e jovens, consequência da queda da fecundidade e da mortalidade infantil (Brasil, 1998). Madeira (1998) chama atenção para a pouca sensibilidade dos gestores das políticas públicas a este fenômeno, que deve causar um forte impacto sobre a situação atual de desemprego e pressão social.

O Programa do Adolescente da SMS/RJ se fundamenta num marco conceitual de desenvolvimento humano integral e promoção de saúde, que visa fortalecer o desenvolvimento do adolescente dentro do contexto de sua família e seu ambiente sócio-econômico, político e cultural (BRASIL, 1999; OPS, 1998a; 1998b; UNICEF, 1997). De forma a atingir esse objetivo são desenvolvidas pela Gerência do Programa de Saúde do Adolescente _ GPA _ uma série de atividades, dentre as quais destacamos:

- participação nos espaços de formulação e implementação de políticas públicas, como o Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente e nas Equipes Macrofuncionais de Políticas Sociais (grupos temáticos que integram diferentes secretarias da Prefeitura e outros parceiros)
- atividades e projetos de integração intersetorial, especialmente em parceria com as Secretarias Municipais de Educação e de Desenvolvimento Social, universidades, ONG, Conselhos Tutelares, entre outros;
- implementação do Programa de Saúde do Adolescente nas unidades de saúde da rede pública municipal;
- levantamento e divulgação de informações epidemiológicas e outros indicadores;
- elaboração de materiais educativos e de divulgação;
- apoio técnico a profissionais de diversas áreas
- integração com outros programas, projetos e ações da SMS
- incentivo ao protagonismo juvenil, através de parcerias com grupos organizados de adolescentes e da organização do Comitê Assessor de Adolescentes e Jovens do PROSAD, vinculado à GPA;
- implantação e acompanhamento de projetos específicos:

- a) *Vista essa Camisinha*: atividades educativas, distribuição de condons para adolescentes e parcerias interinstitucionais
- b) *Sinal Verde*: estratégias de facilitação do acesso às unidades de saúde de adolescentes vinculados à instituições parceiras
- c) *Horizontes*: ações de promoção de saúde e qualificação dos serviços na atenção à gravidez na adolescência
- d) *Prevenção da Violência e Atenção às Vítimas de Maus Tratos*: levantamento dos casos de maus tratos atendidos nas unidades de saúde e notificados ao Conselho Tutelar; treinamentos e implementação de estratégias de qualificação do atendimento nas unidades de saúde
- e) *Adolescentro*: projeto desenvolvido na Maré em parceria com o Centro de Estudos e Ações Solidárias da Maré – CEASM - que atua em três vertentes: protagonismo juvenil, qualificação das atividades nas unidades de saúde e ações intersetoriais

Entendendo a relevância do papel dos profissionais de saúde, a GPA tem um forte investimento nesse grupo, fundamentada nos seguintes princípios: respeito à diversidade das experiências, valorização das potencialidades dos profissionais; divulgação das iniciativas criativas; criação de possibilidades de desenvolvimento pessoal e técnico; garantia de espaços de escuta e orientação personalizada.

Respeitando esses princípios são desenvolvidas as seguintes atividades e projetos sistemáticos: 1) Centro de Estudos: atividades educativas mensais, abertas à comunidade; aborda temáticas selecionadas a partir da demanda dos profissionais e das necessidades identificadas pela GPA, além de promover a troca de experiências; 2) Projeto Estirão: parceria com o Serviço de Orientação Multiprofissional ao Adolescente - Instituto de Pediatria e Puericultura Martagão Gesteira da Universidade Federal do Rio de Janeiro - que oferece treinamentos e estágios, além de garantir retaguarda para os casos complexos; 3) Grupo de Trabalho sobre violência contra a criança e o adolescente: reuniões mensais para troca de experiências e aprofundamento da temática; 4) Investimento no desenvolvimento pessoal dos profissionais e qualificação em técnicas de dinâmica de grupo; realizado através de parcerias com instituições como o Centro do Teatro do Oprimido e Núcleo Rio Aberto-

Rio, que, através de técnicas de teatro e recursos de movimento e expressão, despertam a sensibilidade, promovem a reflexão sobre valores, mitos, tabus e preconceitos, e favorecem o auto-conhecimento; 5) Projeto Educarte: capacitação em sexualidade, saúde e cidadania, com metodologias participativas; 6) orientação personalizada para a implantação/implementação do PROSAD ou seus diferentes projetos nas unidades; 7) projetos e treinamentos sobre diferentes temas, como saúde do trabalhador, prevenção e abordagem do uso de drogas, realizados a partir das necessidades identificadas, dos recursos disponíveis e das parcerias oferecidas por universidades e organizações não-governamentais.

No Rio de Janeiro, apesar dos esforços, o PROSAD ainda apresenta grandes limitações. A prioridade para esse grupo nas políticas públicas de saúde, conforme determina o Estatuto da Criança e do Adolescente, ainda está longe de ser realidade (Brasil, 1991). Contudo, graças à motivação e ao compromisso de profissionais nos diferentes níveis de atuação (central, regional e local), o PROSAD/RJ vem obtendo conquistas significativas com a implantação de vários projetos, a progressiva adesão das unidades de saúde aos seus objetivos, e a construção de uma rede de parcerias diversificada e intersetorial, envolvendo grupos de adolescentes, movimentos sociais, universidades, organizações não-governamentais e governamentais. Todas essas iniciativas têm possibilitado a ampliação do acesso dos adolescentes a redes sociais de apoio e a serviços de saúde mais aptos a recebê-los e a lidar com suas especificidades individuais, culturais e sociais. Vale ressaltar o investimento de outros programas como o Programa da Mulher, DST/AIDS, Saúde Escolar, entre outros, que também tem contribuído de forma significativa para a ampliação e qualificação das atividades voltadas para os adolescentes.

Na implementação do PROSAD no nível local, destacam-se alguns desafios:

1. resguardar, nas unidades de saúde, a prioridade para os adolescentes, definida pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, num contexto de carência de recursos humanos e sobrecarga dos serviços;
2. qualificar os serviços de saúde tentando garantir a implementação de estratégias que favoreçam a captação e adesão dos adolescentes:

confidencialidade e privacidade, respeito, acesso discreto, materiais didáticos, oportunidades de participação, atenção integral com resolutividade e garantia de referência, tempo para a interação profissional –cliente, flexibilidade de horários (FOCUS,2000);

3. priorizar as atividades coletivas e de promoção de saúde, apesar dos mecanismos gerenciais atuais, como a Gratificação de Desempenho e Produtividade (GDP), privilegiarem as ações individuais e assistenciais;
4. garantir o enfoque de saúde integral, com ênfase no fortalecimento da autonomia e valorização das potencialidades dos adolescentes;
5. favorecer a integração entre os profissionais dos diferentes programas e setores da unidade. Muitos profissionais que atendem a um grande número de adolescentes, como por exemplo, na porta de entrada das unidades, na Dermatologia, no pré-natal, na Saúde Escolar, entre outros, não se sentem desenvolvendo ações do Programa do Adolescente e acabam excluídos das reuniões de equipe e das oportunidades de capacitação;
6. enfatizar a necessidade dos serviços terem flexibilidade com relação à faixa etária atendida. A adolescência é um fenômeno psicossocial que tem especificidades que dependem do ambiente social, cultural e econômico (Outeiral,1994). Para Ayres (2000), os critérios de organização da assistência devem considerar essas diferenças.
7. respeitar singularidades relativas a gênero, raça/etnia, condição sócio-econômica, vínculos familiares, domicílio, incapacidades, escolaridade e trabalho, entre outras;
8. estabelecer parcerias e projetos integrados com outros setores de forma a captar adolescentes de maior risco, oferecer retaguardas e ampliar as oportunidades de acesso a atividades profissionalizantes, esportivas, artísticas e de lazer;
9. contemplar, de forma mais abrangente, a família e a comunidade;
10. qualificar o diálogo com os adolescentes e incentivar a sua participação nos serviços e nas atividades de promoção de saúde na comunidade.

11. manter mecanismos de educação continuada, uma vez que a maior parte dos conteúdos com os quais o PROSAD trabalha (adolescência, relações familiares, violência, sexualidade, DST/AIDS, uso de drogas, metodologias participativas, promoção de saúde, qualidade de vida, entre outros) não fizeram parte da graduação de grande parte dos profissionais;
12. implementar estratégias de avaliação do PROSAD que fortaleçam os profissionais, valorizem a criatividade e promovam o diálogo entre a equipe e os adolescentes.

1. 2 A situação atual do PROSAD-RJ

Atualmente, cerca de 100 unidades da SMS/RJ desenvolvem ao menos uma atividade sistemática voltada para adolescentes, familiares e educadores, como os turnos para atendimento específico de adolescentes, atividades de grupo e projetos diversos. A implementação das ações depende de uma série de fatores, tais como: as necessidades e demandas identificadas em cada área; as características e motivação da equipe envolvida; as parcerias estabelecidas e o apoio das gerências locais. Em função dessa complexidade, o PROSAD, nas diversas unidades, se estrutura de maneira heterogênea no que diz respeito à composição da equipe, fluxo de atendimento, estratégias de atuação e envolvimento dos adolescentes e comunidade.

De maneira a contextualizar a situação atual do PROSAD na rede básica de saúde, optamos por resumir as principais conclusões das oficinas de auto-avaliação do programa, realizadas em 2000, como parte integrante da avaliação do PROSAD (Bursztyn, Branco e Tura, 2001). Dessa avaliação, participaram as equipes de atendimento ao adolescente, representantes de diferentes programas e setores como porta de entrada e coordenação, e, onde foi possível, algum representante dos usuários. A discussão girou em torno de cinco eixos:

- Implantação das ações do Programa de Atenção à Saúde do Adolescente
- Equipe interdisciplinar de saúde

- Organização da assistência
- Parcerias
- Participação dos adolescentes

Cada um destes eixos envolveu um conjunto de critérios a serem avaliados, que procuraram abranger a complexidade do PROSAD com relação à integralidade da assistência, à interdisciplinaridade do trabalho em equipe, à intersectorialidade, à participação dos adolescentes, à efetividade dos processos e aos resultados da atenção (Quadro 1).

A avaliação revelou que existe nas unidades municipais de saúde, uma forte consciência dos princípios básicos do PROSAD, embora o grau de implantação varie consideravelmente entre os serviços. Por se tratar de uma auto-avaliação, os resultados foram fortemente influenciados pelos aspectos subjetivos de cada equipe.

Implantação das ações do PROSAD

O grau de implantação das ações do programa apresenta significativa relação com a disponibilidade de recursos humanos na unidade e a sensibilização dos profissionais e das gerências locais para o trabalho com adolescentes. De forma geral, existe pouca preocupação em divulgar internamente o Programa, o que leva muitos dos adolescentes que freqüentam as unidades a desconhecerem o conjunto dos serviços oferecidos.

A ausência de prioridade para os adolescentes em alguns setores, especialmente Saúde Bucal e Saúde Mental, compromete a efetividade do Programa. Por outro lado, a porta de entrada única e qualificada, na qual os adolescentes são atendidos pela primeira vez por um mesmo profissional, proporciona maior integração entre os serviços e melhor divulgação junto aos adolescentes. Praticamente todas as unidades têm implantado o Projeto Vista essa Camisinha, revelando a preocupação dos serviços com a saúde reprodutiva.

Equipe Interdisciplinar de Saúde

Embora a deficiência de recursos humanos qualificados esteja presente em quase todos os serviços, a maneira de contornar as limitações varia. A inexistência de suporte de um psicólogo para o programa é apontada como uma grave limitação, comprometendo a abordagem das questões mais complexas, como a violência. Na maioria dos serviços há diversidade de profissionais envolvidos. Entretanto, o trabalho tende a ficar compartimentalizado por falta de reuniões sistemáticas, que possibilitem a troca de experiências, o planejamento e a avaliação. Em alguns casos, o entrosamento da equipe compensa a falta de reuniões através de conversas informais. A capacitação da equipe é outro desafio. Face à carência de pessoal, nem sempre é possível liberar o profissional para as capacitações. Além disso, existe dificuldade na socialização dos conteúdos dos treinamentos, bem dos materiais didáticos recebidos e das informações em geral (sobre eventos, treinamentos, entre outras). Por outro lado, na unidade onde acontecem reuniões sistemáticas, os profissionais têm maior integração na equipe e uma visão mais crítica do Programa, permitindo a constante renovação de suas práticas.

Organização da Assistência

Em todos os serviços, existe uma preocupação em facilitar o acesso dos adolescentes, diminuindo barreiras como marcação de consultas, horários muito rígidos, solicitação de documentos, entre outras. O direito à privacidade de forma geral é reconhecido, mas, em alguns serviços, os profissionais confessam não se sentirem seguros para atender ou prescrever ao adolescente sem a presença de um responsável. Temas como sexualidade, gravidez e doenças sexualmente transmissíveis são trabalhados mais tranquilamente pela equipe, o que não se observa com a questão da homossexualidade. Face à violência existente em algumas comunidades, a abordagem das drogas é percebida por alguns profissionais como uma situação de risco. Observam-se poucas atividades sistemáticas voltadas para a família. De maneira geral, esse grupo é atendido a partir das necessidades

identificadas. Consta-se uma dificuldade em balancear as atividades de grupo com o atendimento individual. Esta limitação é atribuída a mecanismos gerenciais como os Indicadores de Desempenho e Produtividade que refletem uma valorização institucional maior para o atendimento individual.

Parcerias

As principais parcerias são estabelecidas com escolas da rede pública municipal. Em algumas unidades, estas parcerias abrangem um grande número de escolas, havendo atividades de grupo nos serviços de saúde e nas escolas, e mecanismos de integração entre as instituições, como o Projeto Sinal Verde. Em outros serviços, a parceria ocorre de maneira limitada, comprometendo a cobertura. Por vezes, a parceria fica restrita ao atendimento de demandas pontuais, com discussão de alguns temas específicos, não havendo propostas de continuidade.

A parceria com instituições que trabalham o adolescente em situações de risco está relacionada ao grau de organização e desenvolvimento do programa na unidade. Quando o programa é incipiente, a equipe não se sente segura ou motivada para abrir novas frentes. Na medida em que o programa cresce, existe uma tendência em incrementar o intercâmbio com organizações que provém assistência em outras áreas. A diversificação das parcerias é decisiva para a qualidade e abrangência do programa.

Participação do adolescente

Esse eixo contempla a disponibilidade do serviço de saúde para ouvir e atender às demandas e necessidades do adolescente e a sua capacidade em engajá-los como multiplicadores nas atividades desenvolvidas na própria unidade e na comunidade. Esta participação, de maneira geral, ainda é bastante incipiente. De um lado, pela dificuldade dos próprios adolescentes, de outro, pelas limitações do serviço.

A forma mais freqüente de participação tem sido a organização das atividades de grupo a partir da consulta aos participantes e o envolvimento dos adolescentes na divulgação do serviço e na captação de colegas e amigos. Em

apenas uma unidade os profissionais participam e apóiam eventos organizados pelos adolescentes na comunidade.

1.3 Os caminhos para a qualificação do PROSAD

A partir dos resultados apontados pelas oficinas de auto-avaliação, conclui-se que a implementação do programa de maneira mais global e efetiva depende do esforço integrado dos diferentes níveis (local, regional e central) em: promover a capacitação e reciclagem das equipes, o planejamento e avaliação permanente das ações; implementar mecanismos gerenciais que favoreçam a realização das atividades chave como as reuniões de equipe, as práticas educativas e as ações intersetoriais; priorizar a lotação de recursos humanos, especialmente nas áreas onde os indicadores epidemiológicos são piores; sensibilizar os demais programas para que assumam a atenção ao adolescente como prioridade; fomentar, no nível local, parcerias com outras secretarias municipais e estaduais, ONG e demais instituições.

Mas será que essas estratégias são suficientes? Bursztyn e Tura (2001), baseados em contribuição de Matus, afirmam que o planejamento e a avaliação, além de atividades técnicas, são atividades políticas, envolvendo diferentes atores sociais, cada qual com seu projeto específico. Devem, portanto, incorporar os valores dos sujeitos envolvidos (Sala et al.,2000). Essa recente ênfase na problemática do sujeito e das interações entre os indivíduos representa, para Sá (1999), “um deslocamento temático e metodológico do planejamento e gestão nos últimos anos” (p.257). Diante do exposto podemos concluir que, para enfrentar os desafios, é fundamental, ao avaliar o PROSAD, voltar a atenção para os profissionais de saúde, na tentativa de compreender os sentidos que estes sujeitos atribuem à saúde do adolescente, e buscar subsídios que permitam avançar na implementação desse programa.

Oliveira et al. (1998), estudando as representações sociais de profissionais sobre práticas de promoção da saúde da criança, percebem que as representações contribuem para explicar o porquê a evolução no “*pensar a saúde da criança*” não correspondeu a mudanças no “*fazer a saúde da criança*” (p.164). Essa é também a nossa pergunta: será que as representações sociais dos profissionais de saúde sobre a saúde do

adolescente também podem contribuir para explicar a defasagem entre as ações propostas e as práticas observadas?

Costa e Almeida (1998) reforçam a importância do estudo das representações sociais num contexto de avaliação porque fornece pistas para a intervenção no sentido de provocar transformações na representação. Nosso objetivo é justamente esse: buscar subsídios que nos apontem caminhos para construir uma relação mais horizontal entre profissionais e usuários e uma prática mais voltada para a promoção da saúde e desenvolvimento dos adolescentes.

Quadro 1
Matriz para a análise dos resultados da avaliação do
Programa de Saúde do Adolescente

| EIXOS DE ANÁLISE | | QUESTÕES ESSENCIAIS |
|--|---|--|
| A. Implantação do Programa de Saúde do Adolescente | 1. implantação das ações | As diversas ações do programa estão implantadas? Existe priorização do atendimento ao adolescente? Há um fluxo dentro da unidade que facilite a captação? (O programa é divulgado/conhecido internamente?) Como funciona a captação na porta de entrada (balcão)? Como o programa se articula com outras ações tais como TIG, contracepção, saúde escolar, DST, odontologia, etc.? |
| | 2. cobertura | Quais são os grupos prioritários para o programa? Destes, quais estão sendo adequadamente atendidos? |
| B. Equipe Interdisciplinar de Saúde | 1. composição e dinâmica | Há diversidade de profissionais envolvidos? Todos participam nas decisões? Há intercâmbio entre as diferentes categorias profissionais? Com que frequência a equipe se reúne para discutir e avaliar/programar o trabalho? |
| | 2. treinamento reciclagem | Quantos profissionais envolvidos tiveram algum treinamento específico? Qual o critério de indicação para treinamentos? Eles aplicam estes treinamentos no dia-a-dia? Há a preocupação de "socializar" os treinamentos? |
| C. Organização da Assistência (estratégias) | | O que é exigido para que o adolescente seja atendido (documentos, presença de responsável, etc..)? o que é feito para facilitar a relação com o adolescente? Há um bom equilíbrio entre atendimento de grupo e individual? Como a equipe tem lidado com questões tais como: confidencialidade, flexibilidade de horário e outros, prescrição de contraceptivos sem a presença de responsáveis, maus tratos, drogadição, homossexualidade e outros? Como o programa trabalha a família? |
| D. parcerias | 1. aspectos quantitativos (cobertura) | Com que escolas e/ou outras organizações estabelece parcerias? As parcerias estão contribuindo para aumentar a cobertura dos grupos de maior risco? |
| | 2. aspectos qualitativos (divulgação para a comunidade) | As parcerias contribuem para facilitar o acesso do adolescente ao serviço (Projeto Sinal Verde, etc..)? Há possibilidades de encaminhamento dos adolescentes a outros serviços (esporte, profissionalização, etc..)? |
| E. Participação do adolescente | | Os adolescentes opinam na organização das atividades, escolha de temas, etc.? Os adolescentes são incentivados a avaliar o serviço? Os adolescentes são incentivados a divulgar o programa? Há parceria da unidade com grupos organizados de adolescentes? |

Fonte: Bursztyn, Branco e Tura, 2001.

Capítulo II

Atenção à saúde do adolescente: uma questão complexa

“saberíamos muito mais das complexidades da vida se nos aplicássemos a estudar com afincamento as suas contradições em vez de perdermos tanto tempo com as identidades e as coerências, que essas têm obrigação de explicar-se por si mesmas.”

José Saramago

2.1 A proposta do PROSAD

Reconhecendo a importância demográfica dos adolescentes, sua vulnerabilidade aos agravos de saúde e às questões econômicas e sociais, o direito à saúde e, em cumprimento aos preceitos constitucionais, o Ministério da Saúde oficializou, em 1989, o Programa do Adolescente (PROSAD), apresentando as suas Bases Programáticas (Brasil, 1989).

O PROSAD (1989) aponta em suas diretrizes a complexidade da atenção ao adolescente, uma vez que preconiza a integralidade das ações, a multidisciplinaridade, a integração intersetorial, as práticas educativas e participativas, a promoção da saúde e a mobilização de diferentes setores governamentais e não governamentais.

Anos após a oficialização do PROSAD, Ayres e França Jr. (2000) constataam ainda não serem comuns os serviços, voltados para os adolescentes, que atendam às suas necessidades e respeitem suas peculiaridades no uso dos serviços de saúde. Complementando sua avaliação observam que

“mais raros ainda são aqueles que entendem esse tipo de trabalho na perspectiva médico-sanitária, isto é, que se ocupam da dupla dimensão, individual e coletiva, em que a saúde do adolescente se configura como questão“ (p. 66).

Essa limitação não acontece só no Brasil. Uma avaliação externa dos programas nacionais de saúde do adolescente, patrocinada em 1996 pelo Programa Regional de Saúde dos Adolescentes da OPS em 22 países da América Latina e Caribe, mostrou que, embora tenha havido um aumento do interesse pela adolescência, esse tema, de forma geral, ainda recebe pouco destaque na agenda pública (OPS,1998).

Franco et al. (1998), analisando a saúde perinatal das adolescentes na Argentina, revelaram desencontros entre as percepções que profissionais de saúde e adolescentes têm sobre o acesso aos serviços e outros aspectos relacionados à saúde. Esse estudo discutiu as conseqüências de tais divergências, mostrando como uma percepção equivocada, de que as adolescentes engravidam por falta de informação, levou ao delineamento de estratégias de ação pouco eficazes. Gutierrez (2000), em investigação

realizada na Colômbia, comparando as representações sociais de profissionais de saúde e adolescentes sobre a gravidez, percebeu o mesmo desencontro.

No Brasil, Ayres e França Jr. (2000) levantaram outras dificuldades na implantação de programas de atenção ao adolescente, como a pouca flexibilidade para trabalhar com critérios de organização da assistência que respeitem as variações de faixa etária em diferentes contextos. Para esses pesquisadores, embora as questões sociais, afetivas, psicológicas e sexuais estejam sempre contempladas quando se abordam as necessidades de saúde dos adolescentes, nos serviços estas acabam por “reduzir-se às suas traduções biológicas” (p.66). Dessa forma a interdisciplinaridade, que deveria ser uma das marcas da assistência à saúde do adolescente, dificilmente se transforma em prática concreta.

No nosso entender, essa dificuldade está presente sobretudo na abordagem de questões de incorporação recente à agenda da Saúde Pública, como a temática da violência. Gomes e Niskier (2001), em pesquisa com pediatras, revelaram que este grupo de profissionais via o atendimento aos maus tratos como algo externo a ele, sendo que um terço dos entrevistados entendia que seu papel se limitava ao encaminhamento do paciente à outra instância. Grossman (1995), estudando médicos que trabalhavam com adolescentes, também percebeu que, para esse grupo de profissionais, as transformações biológicas seriam o eixo central da adolescência.

Para Chaves (1998), a idéia de complexidade vem ganhando status de uma nova ciência. A palavra *complexo* “vem de *plexus*, que significa entrelaçado, tecido em conjunto” (p.9). No seu entender, “a complexidade é a expressão adequada para tratar o *Mundo Real* tal como ele é, uno, indivisível, em que tudo é parte de tudo” (*Id.*). A abordagem da saúde do adolescente é, portanto, uma questão complexa, que envolve múltiplas dimensões.

Uma vez que esse trabalho tem como foco os profissionais de saúde, tentaremos discutir alguns dos aspectos que influenciam a sua prática. Segundo a OMS (WHO, 2000), essa prática é influenciada por múltiplos fatores, tais como:

“a estrutura do sistema de saúde; as oportunidades de educação para os profissionais; o sistema administrativo; o ritmo das mudanças; as condições econômicas; a tecnologia disponível; a formação profissional; a história e os valores de cada um” (p.1, tradução minha).

A nosso ver, a atenção ao adolescente se depara com o desafio das especificidades do trabalho com esse grupo populacional, acrescidas das limitações do próprio processo de implantação do SUS, o qual deveria garantir o arcabouço para a estruturação do PROSAD. Dessa forma, torna-se fundamental compreender o processo de criação do SUS e das ações programáticas, bem como suas repercussões na prática dos trabalhadores da saúde.

2. 2 As mudanças no sistema público de saúde - o SUS

O sistema público de saúde vem sofrendo, sobretudo nas últimas duas décadas, inúmeras reformas que culminaram com o SUS na Constituição de 1988, reformas essas que se refletem na atuação dos profissionais de saúde. Ressalta-se que os que trabalham atualmente na SMS-RJ têm diferentes origens. Enquanto alguns sempre foram ligados à SMS-RJ, outros eram vinculados ao antigo INAMPS antes da municipalização, ou seja, construíram sua história profissional em instituições com culturas organizacionais bem distintas.

Segundo Viana (2000), o sistema público de saúde, nos anos 70, se caracterizava pela centralização das decisões e recursos no governo federal e privatização dos serviços curativos. Uma vez que a ele só tinham acesso os que estavam no mercado formal de trabalho, esse sistema excluía segmentos importantes da população. O Ministério da Saúde era responsável pelas ações preventivas, enquanto o Ministério da Previdência Social, através do INAMPS, respondia pelas ações curativas (diagnóstico, tratamento e reabilitação). As secretarias estaduais de saúde desenvolviam ações higienistas e de atendimento primário através dos órgãos municipais. Não havia integração entre os serviços, nem definição de porta de entrada, hierarquia e regionalização.

Nos anos 80, com a democratização, intensos debates sobre saúde pública que deram início ao Movimento Sanitário. As propostas de mudanças também sofreram influências das políticas internacionais de saúde. A partir da Reunião de Alma Ata, em 1978, a agenda para a área da saúde incorporou “as palavras de ordem da descentralização, participação, regulação, ênfase na

atenção primária de saúde e na constituição de sistemas nacionais de saúde” (Viana, 2000, p.114).

Em 1982 surgiram as Ações Integradas de Saúde (AIS) que visavam repassar recursos do INAMPS para as secretarias estaduais, de forma a integrar ações, ampliar a rede de serviços e contratar novos servidores. O Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS), constituído em 1987, representou um avanço na descentralização, uma vez que passava para as secretarias estaduais a responsabilidade pela gestão dos serviços e contratação de terceiros. O SUDS alterou também a competência das três esferas de governo e a relação entre elas, dividindo melhor as tarefas e reforçando a capacidade do setor público elaborar e formular políticas, planejar e gerenciar serviços (Viana, 2000).

Como já foi referido, a Constituição Federal de 1988 instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) e definiu a saúde como direito do cidadão, resultado das políticas públicas de governo. Valorizou-se também a participação da comunidade e a municipalização das ações e serviços de saúde. O SUS levou a uma série de mudanças, como a criação de um sistema regionalizado, hierarquizado e integrado nos municípios; a inclusão dos diferentes participantes da política nas instâncias de decisão; a incorporação pela rede pública da assistência médica individual; e a constituição de Fundos de Saúde nos três níveis de governo, alterando a forma de financiamento (Id.)

A partir de 1992 foi iniciado um período de revisão na política, provocado pelas críticas à política de saúde durante a IX Conferência Nacional de Saúde. Através da Norma Operacional Básica – NOB - 93 foram criadas, nas três esferas de governo, as Comissões Intergestores, espaços de negociação que fortaleceram a descentralização. Na segunda metade dos anos 90, iniciaram-se novas modificações na formulação e operacionalização da política, bem como a implementação dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e de Saúde da Família (PSF). Viana (2000) considera que estas estratégias apontaram para importantes mudanças na organização dos serviços e nas práticas assistenciais, contribuindo para a superação do modelo centrado na assistência médica, bem como um maior controle social.

2.3 As ações programáticas

Fundamentados no ideal da integração sanitária, estruturaram-se os programas de saúde. O conceito de “Programa” tem como base

“articular instrumentos de trabalho dirigidos a indivíduos, entre eles a assistência médica individual, a instrumentos diretamente dirigidos a coletivos, objetivando potencializar a efetividade epidemiológica de todos os instrumentos” (Nemes, 2000, p.54).

Nesta perspectiva, esta autora define as práticas ou ações programáticas como uma forma de organização do trabalho coletivo nos serviços de saúde. Para implantar a programação foram incorporadas diferentes inovações, tanto pelo envolvimento de novos ramos da medicina e de outras profissões, quanto pela estruturação de novas práticas assistenciais. As atividades mais clássicas, como a consulta médica, foram combinadas com consulta de enfermagem, grupos educativos e atividades extra-muros (Schraiber e Mendes-Gonçalves, 2000).

Tais inovações, em nosso entender, representam um salto de qualidade, uma vez que a saúde pública, para além do controle das doenças, passa a contribuir, como aponta Lyda (1992) “na constituição de relações sociais - e especialmente na difusão de idéias sanitárias, valores, normas” (p.55). Por outro lado, colocam uma série de novos desafios para os profissionais. O conceito de assistência à saúde se tornou mais complexo por exigir a articulação de racionalidades diferentes de intervenção, com distintos objetivos técnicos, reorganizando os serviços de atenção básica e estabelecendo o trabalho de uma equipe multiprofissional (Schraiber e Mendes-Gonçalves, 2000).

Quanto às ações educativas e de apoio social, Valla (2001) reconhece que estas, ainda hoje, são vistas pelos profissionais de saúde mais críticos como formas de “fugir do trabalho” (p.46), refletindo a influência do modelo biomédico nos serviços de saúde. Por outro lado, percebemos que o desempenho dessas atividades gera inúmeras frustrações.

Em nossa experiência, os profissionais tendem a compreender que o papel da atividade educativa é o de orientar, tirar dúvidas, e que o grupo “teria alta”, uma vez resolvidas essas questões. Essa postura parece refletir a influência do modelo hegemônico, que, segundo Smeke e Oliveira (2001),

preconiza a persuasão dos indivíduos no sentido de adotarem comportamentos mais saudáveis como fazer exames preventivos, deixar de fumar, tomar vacinas, entre outros.

Para Freire (2002), no entanto, “ensinar não é *transferir conhecimento*, mas criar possibilidades para a sua produção ou a sua construção” (p.25). Na SMS/RJ podemos perceber que os profissionais de saúde, só à medida que amadurecem no trabalho e que introduzem metodologias mais participativas, podem ter a “consciência do inacabamento” (Freire, 2002, p. 55) e entender que provocar novas dúvidas e inquietações é um resultado positivo do trabalho. Entretanto, essa visão gera inúmeras dificuldades em definir a melhor estratégia de organização e avaliação das atividades educativas e da duração dos diferentes grupos.

Apesar dos avanços do SUS, muitos ainda são os desafios à concretização, no cotidiano dos serviços, dos princípios da universalidade, equidade, descentralização, integralidade e controle social. Diversos estudos têm apontado que a mudança do modelo de gestão e de assistência deve enfatizar o investimento nos profissionais de saúde, valorizando a subjetividade presente nas relações, a autonomia e a co-responsabilização desses sujeitos (Mattos,1999; Schraiber et al., 1999; Smeke e Oliveira, 2001). Schraiber e Mendes-Gonçalves (2000) afirmam que o grande desafio na organização da unidade básica de saúde é justamente o seu trabalhador.

Assis (2001) salienta a importância do cuidado com as relações interpessoais nos serviços de saúde para que construam maneiras mais democráticas e solidárias de viver. A autora, no entanto, reconhece o pouco investimento que vem sendo feito na interação entre profissionais e população, apesar da sua relevância para a saúde coletiva.

2.4 Atenção ao adolescente: uma sobreposição de desafios

O SUS utiliza diferentes referenciais para delimitar a sua população-alvo e estabelecer um diagnóstico de saúde a partir de técnicas epidemiológicas que têm sido norteadas pela noção de risco de adoecimento, o risco epidemiológico. Esses riscos são determinados por diferentes parâmetros, dentre os quais os mais tradicionais são as patologias e, mais recentemente,

grupos populacionais, como as mulheres e as crianças. Schraiber e Mendes-Gonçalves (2000) citam, como mais recentes ainda, os referenciais vinculados a condições dinâmicas como a adolescência e o envelhecimento. Ayres (2001), também, considera essa tendência como um grande avanço ao afirmar que:

“Apoiar as intervenções em identidades ligadas ao exercício/construção da subjetividade, ao invés de apoiá-las em doenças, representou um dos grandes avanços das práticas de saúde pública do final do século passado. Essa mudança significou também desenhar novas e mais ricas propostas de intervenção, em função das diversas ocasiões e cenários de encontro com os grupos beneficiários das ações. Mas, muito especialmente, significou aberturas, ainda que não voluntárias, à emergência de necessidades que dificilmente encontrariam canais de expressão nos ambientes médicos tradicionais” (p.69).

Justificando a escolha do grupamento social adolescente como foco de prioridades programáticas em saúde, Ayres e França Jr. (2000) salientam o “fato da adolescência ser um período de vida em que há *importantes transformações físicas e mentais articuladas, em nossas sociedades, a um amplo redimensionamento de identidades e papéis sociais*” (p.68). Ressaltam, no entanto, que as diferentes dimensões - social, cultural, política e econômica do processo da adolescência, torna as práticas institucionais em saúde apenas uma das intervenções possíveis nessa área, e de forma alguma, a mais relevante. A consciência dessa limitação está presente no estudo de Grossman (1995), que revela ser consenso entre os médicos que os problemas trazidos pelos adolescentes não se resolvem pela ação isolada ou mesmo liderada pelo setor saúde.

Se a ação programática em saúde por si só, já muda a prática mais tradicional dos profissionais (Schraiber et al.,1999), o programa de atenção à saúde dos adolescentes, por visar o desenvolvimento de sujeitos, representa, para Ayres e França Jr. (2000), “a mais radical ruptura com a concepção tradicional de programas de saúde” (p.70).

A complexidade desse desafio já se expressa na própria definição da faixa etária a ser atendida. Para o Estatuto da Criança e do Adolescente, a adolescência vai dos doze aos dezessete anos completos (Brasil, 1989). Para a OMS, dos dez aos dezenove (WHO, 1998). Esses limites são variáveis porque dependem de diferentes parâmetros sócio-culturais. (Minayo et al., 1999). Os critérios de organização das ações de saúde devem respeitar a diversidade de vivências da adolescência, levando em consideração as

singularidades relativas a gênero, raça, classe social, cultura, desenvolvimento emocional, entre outros aspectos. O caráter universalizante dos serviços, no entanto, dificilmente consegue dar conta dessas especificidades e do direito à diferença.

Calazans (1999), em estudo sobre a tematização da juventude pelas organizações sociais e pela academia, comenta que, embora haja um grande interesse por esse grupo, o destaque dado às questões dos adolescentes e jovens tem como alvo os problemas sociais associados à juventude, tais como a violência, a gravidez, o consumo de drogas e a prostituição. Na sua percepção, na área da saúde a adolescência também tem sido problematizada, principalmente sob a perspectiva do risco, que seria “a face do ‘problema social da juventude’ no campo da saúde” (p.48). Esse enfoque, no seu ponto de vista, pode ser exemplificado pela patologização da gravidez na adolescência e desconsideração da correlação desse evento com os projetos de vida dessas jovens.

Em nossa experiência também percebemos que, apesar dos profissionais de saúde serem incentivados a desenvolverem programas mais holísticos, voltados para a promoção do desenvolvimento global dos adolescentes, há uma tendência à realização de atividades focais, fragmentadas, voltadas para “problemas”. As principais preocupações relacionadas à saúde do adolescente, como a violência, a atividade sexual precoce e desprotegida, as DST, a AIDS, o uso de drogas e os distúrbios de conduta, têm basicamente a mesma origem, estando relacionadas, entre outras causas, a falta de cidadania, problemas econômicos, conflitos familiares, dificuldades escolares e baixa auto estima (UNICEF,1997).

Para ser eficaz, a intervenção deve ser abrangente e, portanto, transdisciplinar e intersetorial, visando criar um ambiente de maior apoio e oportunidades para estes jovens. A formação dos profissionais, no entanto, é voltada para a fragmentação e dissociação entre as ciências da natureza e as ciências do homem, como assinala Morin (1994). Essa deficiência, limita a percepção de questões complexas, como as relacionadas à sexualidade, por vezes vista somente no seu componente biológico, e dificulta a relação entre as diversas categorias profissionais, assim como as parcerias entre os diferentes setores.

Programas que investem nas causas subjacentes terão impacto sobre diferentes aspectos da saúde dos adolescentes. Burt (1998) usa uma interessante metáfora, comparando adolescentes com problemas a um vulcão com muitas fissuras, por onde pode ser liberada a pressão. Se tentarmos consertar somente a fissura, a pressão sairá de alguma outra forma, seja através do uso de drogas, da violência ou das dificuldades escolares. Devemos atuar diretamente no ambiente, reduzindo a pressão, ampliando as oportunidades e ajudando o jovem a completar as tarefas do seu desenvolvimento. Obviamente o setor saúde não pode dar conta sozinho de todas essas necessidades, sendo fundamental a articulação com outros setores que garantam maior apoio ao adolescente e à sua família.

Canguilhem (1978) aponta que sempre foram os insucessos que chamaram atenção para a vida: “A vida só se eleva à consciência de si mesma pela inadaptação, pelo fracasso e pela dor” (p169). Ilustrando essa percepção, Canguilhem cita que a bibliografia referente ao prazer é muito menor que a da dor. Outeiral (1994) chama atenção para a formação do médico, que se inicia pela morte, através do estudo da anatomia. Ele entende que essa experiência, que faz parte da identidade do profissional, pode dificultar o trabalho com a normalidade (p.3). Torna-se compreensível, portanto, que, num primeiro momento, sejam os aspectos negativos da adolescência os elementos que dão destaque ao tema. Ayres (2001) aponta outras limitações com relação aos profissionais de saúde:

“Nós, efetivamente, não temos nos perguntado, quando dialogamos sobre saúde, sobre o que sonham as pessoas (nós mesmos) para a vida, para o bem viver, para a saúde.(...) Sem nos dedicarmos conseqüentemente a esta reflexão, ficamos condenados à negatividade da doença para definir saúde, e ao conhecimento de suas regularidades para saber como controlá-las”(p.12)

Embora se mantenha a tendência em atuar quando os problemas já estão instalados, atualmente se propõe um marco conceitual de desenvolvimento humano integral e promoção de saúde (OPS,1998; WHO, UNFPA, UNICEF, 1999). Para a OPS (1998), desenvolvimento se define como “um processo contínuo através do qual o adolescente satisfaz suas necessidades, desenvolve competências, habilidades e redes sociais” (p.4). Além disso, o Programa de Saúde do Adolescente, como salientam Ayres e

França Jr.(2000), deve poder contribuir, no sentido emancipatório, para “a construção do ‘bom viver’ ” (p.71).

O adolescente é, de forma geral, um crítico da família e da sociedade, provocando, muitas vezes, reações de defesa e desconforto nos adultos, como levanta Outeiral (1994) a partir das observações de Winnicott. A adolescência provoca nos adultos diferentes sentimentos, como a inveja. A dificuldade no contato com os adolescentes acontece porque têm que lidar com o adolescente real, o *de fora*, e o *de dentro*, ou seja, o de suas “memórias adolescentes”(*Id*, p.39), carregadas de desejos, emoções e fantasias. Esse mecanismo leva os adultos a rotulá-los como “aborrecentes”. A má vontade para com esse grupo se expressa na definição de adolescência dos humoristas do grupo *Obrigado Esparro*: “A realidade comprova que a adolescência é muito mais do que uma simples faixa etária. Ela pode ser caracterizada como um estado de espírito. E, invariavelmente, esse espírito é de porco” (Cardoso et al.,1995, p.15).

Essa visão estereotipada, quando presente nos profissionais de saúde, compromete a identificação dos adolescentes que realmente estão em situação de maior risco, necessitando de uma abordagem diferenciada. Por outro lado, dificulta a percepção das potencialidades dos jovens e reforça a relação, já desigual, entre profissional e cliente, comprometendo a qualidade das atividades de promoção e atenção à saúde.

Outro elemento importante para o sucesso de um programa deve ser o envolvimento dos adolescentes no planejamento e desenvolvimento das atividades, dando relevância e legitimidade ao trabalho (Brasil, 1999; OPS,1998; WHO,UNFPA, UNICEF, 1999). O próprio Ministério da Saúde (1999), reconhece que “o jovem não é um problema, mas a solução.” (p.21).“ Assim, para que os profissionais incentivem a participação do adolescente, é preciso que aceitem a sua autonomia e entendam o que é ser jovem na sociedade atual e as contribuições que os adolescentes podem dar. A partir da identificação da necessidade de formarmos adolescentes autônomos, participativos e solidários, Costa (1999) desenvolveu o conceito de protagonismo juvenil . No seu entender,

“uma ação é dita protagônica quando, na sua execução, o educando é o ator principal no processo de seu desenvolvimento. Por meio desse tipo de ação, o adolescente adquire e amplia seu repertório interativo, aumentando assim sua capacidade de interferir de forma ativa e construtiva em seu contexto” (p.75).

Costa (2000), a partir de contribuição de Hart, afirma ser a participação um antídoto às práticas educativas tradicionais, que podem por vezes manipular e alienar os adolescentes. Garrafa (1995) também observa que o tema da participação popular tem gerado um série de distorções que são nocivas à construção democrática da cidadania. Essas distorções, ao invés de contribuírem para a emancipação, podem levar à submissão. Para este autor, a ética é um dos melhores antídotos contra o paternalismo e a manipulação. Considerando-se a assimetria na relação *profissional - adolescente*, face à própria diferença de idade, este perigo torna-se ainda maior. No Brasil a lei considera os menores de 16 anos absolutamente incapazes e, entre 16 e 21, relativamente incapazes. Se a relação entre profissionais de saúde e adolescentes for baseada somente nos parâmetros legais, a maioria destes jovens não poderá decidir sobre sua saúde. Segundo Fortes e Sacardo (1999), a ética está relacionada à noção de autonomia da pessoa e vem se preocupando em garantir o respeito das pessoas autônomas e a proteção daquelas com autonomia reduzida. Por esse motivo, os autores recomendam que os profissionais de saúde exerçam o papel de defensores dos adolescentes, considerando que o respeito à sua autonomia é fundamental para o desenvolvimento de sua capacidade de decisão. Embora o artigo 103 do Código de Ética Médica resguarde o direito do adolescente ao sigilo, muitos profissionais, inclusive médicos, adotam, na prática, uma conduta paternalista, entendendo ser o adolescente incapaz de decidir. Essa postura compromete, sobretudo, a confidencialidade da consulta, a prescrição de anticoncepcionais, a dispensação de preservativos e a solicitação e entrega de resultados da testagem para o HIV.

A complexidade dos problemas sociais, econômicos, legais e de saúde enfrentados pelos adolescentes, aliada à ambivalência quanto ao seu papel na sociedade, tem dificultado o estabelecimento de uma agenda comum, voltada para a saúde e bem-estar dos adolescentes (Brindis et al., 1997). Além das inúmeras polêmicas éticas e legais, existe muita controvérsia sobre os comportamentos iniciados durante a adolescência, sobretudo com relação à atividade sexual e ao uso de tabaco, álcool e outras drogas, o que dificulta o consenso com relação à maior parte dos aspectos relacionados à saúde desse

grupo. No entanto, o consenso é considerado um aspecto fundamental para o estabelecimento de uma política (*Op.cit.*).

Em resumo: implantar o PROSAD exige uma grande flexibilidade na forma como os serviços se organizam internamente e nas suas relações com a comunidade. O PROSAD nos parece funcionar como um indicador da vitalidade ou das limitações do SUS. Diríamos que o programa provoca nos serviços de saúde o mesmo efeito que o adolescente produz na família e na sociedade: exterioriza os seus conflitos e contradições, ou seja, incomoda. Se a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, a prática educativa e a participação popular são importantes, de forma geral, na atenção ao adolescente, elas são condições essenciais. Às dificuldades na implementação das propostas do SUS, o PROSAD acrescenta uma série de novidades: a flexibilidade em relação à faixa etária atendida; temas complexos, como a adolescência, a família, a violência, a sexualidade e as drogas, ainda ausentes do currículo de graduação da maioria das universidades e recentemente incorporados à agenda da saúde pública (Buss, 2000); o enfoque no desenvolvimento, na cidadania e na felicidade; a ênfase na participação e o respeito à autonomia de menores de idade. Todas essas inovações colocam em cheque as competências dos profissionais e as limitações dos serviços. Não é de se estranhar que deixem em segundo plano a estruturação da atenção ao adolescente. O desabafo de um enfermeiro da rede básica em um treinamento resume o cotidiano das unidades: “A vez do adolescente só chega, *quando* chega, depois que os outros programas já estão organizados”.

2.5 Promoção de saúde: abrindo portas para a atenção aos adolescentes

A promoção de saúde vem sendo apontada como uma estratégia promissora para enfrentar os diferentes problemas de saúde, uma vez que, propõe a mobilização e integração de diferentes saberes e recursos (Buss, 2000). Ferraz (1999) aponta a I Conferência Internacional de Promoção de Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em 1986, como um marco importante, a partir do qual se estabeleceu a definição mais amplamente aceita sobre promoção da saúde: “é o processo que confere às populações os meios de assegurar um grande controle sobre sua própria saúde”(p.26). Para a autora, a

Carta de Ottawa reconhece o papel dos fatores sócio-econômicos, políticos e culturais sobre a saúde e reforça ser a promoção da saúde uma atividade intersetorial. A II Conferência Internacional de Promoção de Saúde, realizada em Adelaide, também contribuiu para a evolução do conceito ao considerar o impacto das políticas públicas nos determinantes da saúde (*Id.*).

Para Buss (2000), essa nova concepção de saúde entende que:

“proporcionar saúde significa, além de evitar doenças e prolongar a vida, assegurar meios e situações que ampliem a qualidade da vida ‘vívida’, ou seja, ampliem a capacidade de autonomia e o padrão de bem-estar” (p.174)

Serrano e Lemos (2002) sinalizam que incorporação pelo SUS do enfoque da promoção de saúde permite resgatar as propostas da reforma sanitária que propõem uma abordagem da saúde na sua complexidade.

Na América do Norte, o conceito de promoção de saúde evoluiu para a concepção de cidades saudáveis (Ferraz,1999). A OMS considera cidade saudável aquela cujos dirigentes valorizam a saúde de seus cidadãos numa perspectiva ampliada de qualidade de vida (*Id.*).

A concretização das ações de promoção de saúde, no entanto, constitui um grande desafio para os profissionais de saúde. Embora se reconheça a importância dos determinantes extra-setoriais na saúde e qualidade de vida, o setor *saúde* ainda tem muita dificuldade de intervir sobre eles. Minayo et al. (2000) atribuem essa limitação à tendência dos profissionais atuarem no âmbito em que podem influenciar mais diretamente, ou seja, aliviando a dor, o mal-estar e as doenças. Para esses autores, até mesmo o papel de “mediador intersetorial” (p.15) entre a população vulnerável e o poder público, tem sido pouco acionado.

Ferraz (2000) chama atenção para o fato de que o conceito cidades saudáveis é muito mais uma filosofia do que propriamente um modelo técnico. No seu entender,

“a pertinência da adoção do programa advém do fato que o perfil epidemiológico brasileiro revela a importância das ações intersetoriais e de promoção de saúde; portanto, o conceito cidades saudáveis forneceria a possibilidade de uma renovação do discurso e das estratégias de ações intersetoriais”(p.85)

Nossa experiência corrobora com suas observações. Desde 1995, a coordenação de uma das dez áreas de planejamento da cidade, a AP 5.3, Santa Cruz, vinha apoiando algumas iniciativas voltadas para a promoção de saúde. Essa trajetória culminou, em 2000, com a parceria com o projeto “Iniciativa de Santa Cruz”, coordenado pelo Centro de Promoção da Saúde - CEDAPS, que buscou ampliar as ações de promoção de saúde na área, numa perspectiva de cidade saudável. Conforme depoimento do coordenador da AP 5.3 no seminário de planejamento da SMS-RJ em 2000, essa experiência permitiu à coordenação local discutir conceitos de promoção de saúde, estabelecer parcerias e passar a olhar a população de Santa Cruz como um todo, ultrapassando a antiga visão de que sua responsabilidade se restringia aos clientes das unidades de saúde. Na medida em que ampliou sua reflexão sobre saúde, essa coordenação pôde, finalmente, perceber o impacto que o investimento no grupo dos adolescentes tem sobre a população em geral, passando a priorizar o investimento no PROSAD. Ou seja, a incorporação dos conceitos de promoção de saúde e cidades saudáveis forneceu a ancoragem necessária para a compreensão e implantação das propostas do Programa do Adolescente.

Concordamos portanto com Ferraz (2000), quando afirma que o conceito de cidades saudáveis é uma importante alternativa para reforçar a ação intersetorial e a participação dos cidadãos. Entendemos que a implementação dessa estratégia de forma mais abrangente irá contribuir para que os profissionais tenham uma prática mais voltada para a qualidade de vida e valorizem as potencialidades e possibilidades de participação dos adolescentes.

Capítulo III

Referenciais teóricos

Das idéias

Qualquer idéia que te agrade,
Por isso mesmo... é tua.

O autor nada mais fez do que vestir a verdade
Que dentro em ti se achava inteiramente nua...

Mário Quintana

3. 1 A Teoria das Representações Sociais

“O termo Representações Sociais designa tanto um conjunto de fenômenos quanto o conceito que os engloba e a teoria construída para explicá-los” (Sá 1995, p.19). A inauguração desse campo se deve a Moscovici, psicólogo romeno que se refugiou na França nos anos 50. Em sua entrevista a Ivana Marková, Moscovici comenta que a origem das idéias sobre representações sociais é fruto da sua “idade da inocência” (Moscovici e Marková,1998, p. 374). Na ocasião, havia uma grande preocupação, principalmente entre os envolvidos com idéias marxistas, comunistas e socialistas, com o impacto da ciência no pensamento e na prosperidade material. No entanto, pouco se discutia sobre as repercussões da ciência na cultura ou sobre as idéias das pessoas. De modo geral, marxistas ou não-marxistas encaravam a difusão do conhecimento científico como uma deformação, como se as pessoas comuns fossem incapazes de assimilá-lo.

Moscovici reagiu contra esse ponto de vista e quis reabilitar o senso comum. Para ele, existe um sistema de conhecimento do senso comum que, como o conhecimento científico, é rico e bem estruturado. (Moscovici e Marková,1998). Para inaugurar um domínio de pesquisa nesta área, optou por estudar como a psicanálise se inseriu na realidade francesa, visto que ela, de diferentes maneiras, “abandonou o terreno das idéias para ingressar na vida, nos pensamentos, nos costumes e no universo das conversações de um grande número de indivíduos” (Moscovici, 1978, p.18). Para este autor, várias palavras e expressões do cotidiano, tais como “complexos”, “ato falho”, têm origem na psicanálise; livros, filmes e piadas refletem a incorporação pelos leigos de princípios psicanalíticos. As representações sociais são, portanto, conjuntos de conceitos e explicações que podem ser compreendidas como “teorias” (*Id*, p.50) do senso comum, através das quais se interpretam e constroem realidades sociais. Dessa forma, é comum que as pessoas digam “Eu tenho uma teoria sobre isso” (Sá, 1995, p.26). De acordo com Jodelet (1988), a

“representação social é também, por outro lado, um conhecimento socialmente elaborado e partilhado. Sob seus múltiplos aspectos, ela visa essencialmente dominar o nosso ambiente, compreender e explicar os fatos e idéias que

preenchem o nosso universo de vida (...), responder às questões que o mundo nos coloca Em outros termos, é um conhecimento prático” (p. 7).

Segundo Jodelet (1988), Moscovici, ao investigar a forma pela qual a psicanálise penetrou na sociedade, identificou os dois principais mecanismos de elaboração e funcionamento das representações sociais, que servem para transformar o não familiar em familiar: a objetivação e a ancoragem. A objetivação torna concreto o abstrato, “dá corpo a esquemas conceituais.” (p.21). Esse mecanismo se revela com frequência nas metáforas que usamos para explicar algum fato novo, dando materialidade ao mesmo.

Também a partir das observações de Moscovici, Sá (1995) define que a ancoragem, o outro processo formador das representações sociais, consiste em classificar e denominar. Dessa forma, o objeto se integra ao sistema de pensamento pré-existente (Jodelet, 1988). Na atualidade, um bom exemplo é o arquivamento de textos no computador. Os referenciais, interesses, desejos e até vocabulário dos sujeitos vão determinar a sua forma de arquivar (caso não *deletem*) as informações recebidas.

Para Moscovici as representações sociais circulam no universo consensual onde os leigos discutem assuntos científicos, médicos, e outros temas. Pode ser muito tênue a relação entre uma teoria científica e a representação da mesma no discurso leigo. Os leigos, assim como os cientistas querem entender o mundo no qual vivem; são cientistas amadores. Moscovici ressalta, no entanto, que existe um processo de lutas culturais e intelectuais quando um novo conhecimento entra na cultura, ou seja, no processo de formação das representações sociais coexistem a cooperação e o conflito (Moscovici e Marková,1998). A experiência de Arruda (1985) com mães de família em Campina Grande ilustra esse conflito de idéias:

“Se, diante da pergunta, formulada por um representante da cultura hegemônica, se dá a resposta considerada ‘adequada’, escamoteando as verdadeiras raízes, mais adiante elas afloram, provando que subsistem no cotidiano das pessoas. (...) Daí brota o rico material das representações encontradas – a doença, com seu conteúdo fantasmático, e a saúde com seu vigor quase mítico; o convívio entre o novo e o velho - a tradição e a ‘ciência’; a obediência aos dois senhores – o guia espiritual (o pastor, o curandeiro) e o guia corporal (o médico, o farmacêutico).” (p.58)

Um aspecto fundamental da Teoria das Representações Sociais é o abandono da distinção entre sujeito e objeto. Moscovici (1969) parte da

premissa de que “não existe separação entre o universo externo e o universo interno do indivíduo (ou do grupo). Sujeito e objeto não são forçosamente distintos” (p.9). Para Abric (1998), o abandono dessa dicotomia sujeito-objeto implica que

“ não existe uma realidade objetiva *a priori*, mas sim que toda realidade é representada, quer dizer, reapropriada pelo indivíduo ou pelo grupo, reconstruída no seu sistema cognitivo, integrada no seu sistema de valores, dependente de sua história e do contexto social e ideológico que o cerca” (p.27)

Esse mecanismo permite ao indivíduo e ao grupo “dar sentido às suas condutas e compreender a realidade através de seu próprio sistema de referências” (Abric, 1998, p. 28). O estudo das representações sociais permite, portanto, “a apreensão de processos e mecanismos pelos quais o sentido do objeto em estudo é construído pelos sujeitos concretos, em suas relações cotidianas” (Tura, 1998, p.123).

De acordo com Jodelet (1988), as informações circulantes sofrem uma triagem baseada em aspectos culturais, uma vez que nem todos têm acesso às mesmas informações, e aspectos normativos. Para a autora, “não se retém senão o que está em concordância com o sistema de valores circundantes” (p.22). O estudo de Arruda (1985), é um bom exemplo: as estratégias de prevenção das doenças adotadas pelas mães se baseavam fundamentalmente em práticas que não acarretassem gastos adicionais, uma vez que as famílias tinham um poder aquisitivo muito baixo.

A Teoria das Representações Sociais contribui, como assinala Madeira (1991), para uma análise mais abrangente da complexidade das práticas sociais. Jodelet (2001) chama atenção para o fato de que as representações

“intervêm em processos variados, tais como a difusão e a assimilação de conhecimentos, o desenvolvimento individual e coletivo, a definição de identidades pessoais e sociais, a expressão de grupos e as transformações sociais” (p.22).

Por esse motivo, a teoria vem sendo utilizada em diferentes áreas do conhecimento. Especificamente no campo da saúde, destacam-se alguns estudos: Jodelet (1988) estudando a saúde mental e a loucura; Markova e Farr (1994) pesquisando a deficiência; Schulze (1993) estudando o câncer; Weller e

Orellana (1997), investigando representações de jovens sobre saúde e doença; Jodelet (1998), Lage (1998), Madeira (1998), Camargo (1998), Tura (1998) e Joffe (1999) estudando questões diversas relacionadas à AIDS; Oliveira et al. (2001) analisando aspectos da atenção à saúde da criança; Maciel et al. (2001) investigando as representações de profissionais sobre os usuários de drogas. Para Sá (1998), o que distingue a produção brasileira, é o uso da teoria pelos próprios profissionais e estudiosos desses campos, e não somente por psicólogos sociais.

3.2 A abordagem estrutural das representações sociais

A Teoria do Núcleo Central é considerada por Sá (1996) “uma das maiores contribuições atuais ao refinamento conceitual, teórico e metodológico do estudo das representações sociais” (p.52). Abric (1998), um dos pesquisadores responsáveis pelo desenvolvimento dessa teoria, postula que a representação se estrutura em torno de um núcleo central que dá significado à representação. Abric (1998) sintetiza algumas das principais funções das representações sociais: “função de saber” (p.28) porque “permitem compreender e explicar a realidade” (*Id.*); “função identitária” (p.29): porque “definem a identidade e permitem a proteção da especificidade dos grupos”(*Id.*); “função de orientação”(*Id.*), uma vez que “guiam os comportamentos e as práticas” (*Id.*). Para esse autor, o núcleo central é constituído de elementos que ocupam uma posição privilegiada na estrutura da representação. Baseando-se em Abric, Sá (1996) afirma que o núcleo central está ligado aos valores do grupo, à sua história e à natureza do seu envolvimento na situação social. Esse núcleo é determinado pela natureza do objeto, bem como pela relação que o sujeito – ou o grupo - mantém com esse objeto. O núcleo central independe do contexto imediato estando mais ligado ao contexto global, responsável pelos valores e normas dos indivíduos e dos grupos; nele estão os elementos mais importantes para a realização da tarefa. Ele constitui o elemento mais estável da representação, o que mais resiste `a mudanças. É a base que define a homogeneidade de um grupo.

“O núcleo central tem duas funções:

- *Uma função geradora*: é o elemento através do qual se cria, ou se transforma, o significado dos outros elementos constitutivos da representação. É através dele que os outros elementos ganham um sentido, um valor.
- *Uma função organizadora*: é o núcleo central que determina a natureza dos elos, unindo entre si os elementos da representação. Neste sentido, o núcleo é o elemento unificador e estabilizador da representação” (Abric, 1998, p. 31).

Em torno do núcleo central organiza-se o sistema periférico, que contém os elementos mais associados ao contexto imediato e às características e experiências individuais, podendo tolerar contradições (*Op.cit.*). Os elementos periféricos desempenham basicamente três funções: “*função de concretização*” (*Op.cit*, p.32), uma vez que permitem que representação possa ser formulada em termos concretos; “*função de regulação*” (*Id.*), por serem responsáveis pela adaptação da representação às mudanças no contexto; “*função de defesa*” (*Id.*), porque, uma vez que o núcleo central resiste à mudança, é através do sistema periférico que a transformação da representação acontece. A identificação dos elementos mais estáveis e dos mais flexíveis fornece portanto indicações sobre as possibilidades de intervenção, caso se queira provocar mudanças nas representações.

Se por um lado, as representações são consensuais, por outro lado, contém diferenças individuais. Santos (1998) chama atenção para a necessidade de compreender essa articulação “entre o consensual e o heterogêneo, entre o coletivo e o individual” (p.155), considerando que “o caráter de conhecimento compartilhado de uma representação não implica em absoluto consenso pelos membros de um determinado grupo” (*Id.*). A existência desse duplo sistema, central e periférico, no qual cada parte tem um papel específico e um papel complementar, “permite compreender uma das características básicas das representações, que pode parecer contraditória: *elas são, simultaneamente , estáveis e móveis, rígidas e flexíveis.*” (Abric,1998, p. 34). Para Sá (1998), um das maiores contribuições da teoria do núcleo central foi poder conciliar “em um todo estruturado e dinâmico”(p. 77), essas aparentes contradições.

3.3 A contribuição da Teoria das Representações Sociais na avaliação do PROSAD

Estudando a atenção ao adolescente na SMS-RJ, Ruzany (2000) constatou que várias unidades de saúde assumiam não ter interesse em implantar o PROSAD. Esse achado corrobora com as observações de Peduzzi (1996), que afirma que cada trabalhador tem seus próprios valores e projetos que lhe facultam aderir ou recusar as práticas que lhe são propostas. Para Moscovici (1978), um novo saber “pode questionar a legitimidade das aptidões, das ações, do código de interpretação da nossa relação com outrem ou com a nossa história” (p.108), tornando-se fonte de tensões e de ansiedade.

As representações sociais são uma forma de “metabolizar a novidade” (Arruda, 1998, p.72). A Teoria das Representações Sociais assume, portanto, grande relevância na avaliação de um programa como o PROSAD, que traz inúmeras novidades para os profissionais e serviços de saúde. Nesse sentido, Sá (1998) afirma ser a atuação sobre problemas coletivos relacionados à saúde pública uma das áreas onde a teoria das representações sociais pode contribuir de forma mais significativa. Bursztyn e Tura (2002) também destacam sua importância no processo de avaliação por ser “uma teoria que tem por referência o indivíduo situado em um contexto sócio-histórico no qual experiências e práticas cotidianas lhe permitem a apropriação e a reconstrução dos sentidos atribuídos aos objetos” (p.96).

Estudos de Oliveira (1998) com profissionais de saúde que atuam no Programa da Criança e de Maciel (2002) com profissionais que lidam com usuários de drogas mostram o quanto as suas representações sobre a clientela estão vinculadas à sua prática. Para Rouquette (1998), as representações são “uma *condição das práticas*” (p.43) e as práticas, “um *agente de transformação das representações*”(Id). Concordamos com Oliveira et al. (2002) quando afirmam que

“as práticas profissionais vistas a partir das representações sociais representam um novo olhar, não mais considerando tão somente como esfera normativa, estritamente técnica e cientificamente determinada. Mas como expressão de subjetividades que se constituem e se expressam inseridas em dado espaço social” (p.183).

Nesta perspectiva, Sala et al. (2000) reforçam a importância de se orientar a avaliação de forma a abranger os diferentes elementos envolvidos no processo de trabalho, o que implica na análise da apreensão do objeto, da ação dos agentes, dos instrumentos e produtos desse trabalho. As intervenções que visam mudar comportamentos devem buscar observar o sujeito em sua totalidade de processos intelectuais, emocionais, afetivos e culturais (Arruda, 1985; Morin, 1994; Tura, 1997).

Sá (1995) afirma que o objeto de estudo das representações deve ser relevante e motivo de debate. O PROSAD preenche esses pré requisitos. No capítulo anterior pudemos perceber os inúmeros desafios que a atenção à saúde do adolescente traz para os profissionais e serviços de saúde. Se por um lado são incentivados ou às vezes forçados a trabalharem com adolescentes, por outro encontram barreiras institucionais, conflitos em relação a seus próprios sentimentos, valores, desejos e competências, além de experiências pessoais positivas e negativas em relação a sua própria adolescência e a de seus filhos. Complementando as ambivalências, vivemos numa sociedade, onde, como aponta Calazans (1999), os adolescentes estão em pauta, sendo valorizados como importante público consumidor, embora os seus aspectos negativos sejam freqüentemente os mais destacados pela academia e pela mídia em geral. Wagner (1998), a partir de contribuição de Moscovici, levanta a importância das experiências e conhecimentos contraditórios na gênese das representações, ressaltando que “a representação social só pode ocorrer em grupos e sociedades onde o discurso social inclui a comunicação tanto de pontos de vista compartilhados, quanto divergentes sobre muitos assuntos” (p.10).

Andrade (1998) considera que cada grupo social estrutura suas representações de forma específica, dependendo de sua inserção social. Para a autora, a questão da identidade é central na teoria das representações, motivo pelo qual deve ser considerada relevante na ação social e no planejamento das políticas públicas. Embora os indivíduos que pertencem a um mesmo grupo social possam ter personalidades diferentes, Wagner (1999) chama atenção para o fato de que eles se assemelham com relação a seu pensamento, sua ação e a experiência social que têm em comum. Conhecer as representações sociais permite, como aponta Abric (1998), apreender a

visão de mundo que indivíduos e grupos utilizam para se posicionar ou agir, sendo “indispensável para compreender a dinâmica das interações sociais e clarificar os determinantes das práticas sociais” (p.27). A identificação, portanto, das representações sociais que os profissionais de saúde têm sobre saúde do adolescente, é fundamental para que se possa apreender a dimensão subjetiva que conforma as suas práticas, favorecendo a identificação de estratégias mais eficazes para comprometê-los com a proposta do PROSAD. Por outro lado, contribui para avaliar o impacto das atividades de qualificação profissional que vêm sendo desenvolvidas.

Capítulo IV

O estudo das representações sociais dos profissionais de saúde

A uva e o vinho

Um homem dos vinhedos falou, em agonia, junto ao ouvido de Marcela. Antes de morrer, revelou a ela o segredo:

_ A uva _ sussurrou _ é feita de vinho.
Marcela Pérez-Silva me contou isso, e eu pensei:
Se a uva é feita de vinho, talvez a gente seja
as palavras que contam o que a gente é.

Eduardo Galeano

4.1 Objetivos

- Identificar as representações sociais construídas pelos profissionais de saúde da rede municipal sobre a saúde do adolescente
- Buscar subsídios para implementação de estratégias de qualificação das práticas dos profissionais de saúde

4.2 Procedimentos metodológicos

Foram selecionadas 10 unidades de saúde distribuídas nas 10 áreas de planejamento do Município do Rio de Janeiro. Em cada uma delas foi escolhido um serviço de atenção básica, havendo a preocupação de incluir-se os diversos tipos de serviço, estágios distintos de desenvolvimento do programa, e diferentes propostas de trabalho (Quadro 2).

Quadro 2
Unidades de saúde selecionadas e sua localização em área programática – AP

| AP | Unidade de saúde |
|-----|---|
| 1.0 | Centro Municipal de Saúde Ernani Agrícola |
| 2.1 | Centro Municipal de Saúde Manuel José Ferreira |
| 2.2 | Centro Municipal de Saúde Maria Augusta Estrela |
| 3.1 | Posto de Saúde Madre Teresa de Calcutá |
| 3.2 | Posto de Saúde Eduardo Vilhena Leite |
| 3.3 | Posto de Saúde Flávio Couto Vieira |
| 4.0 | Unidade Integrada de Saúde Hamilton Land |
| 5.1 | Posto de Saúde Masao Goto |
| 5.2 | Centro Municipal de Saúde Belizário Pena |
| 5.3 | Posto de Saúde Dr. Catapretta |

O trabalho de campo foi realizado no ano de 2000. O foco de análise foi direcionado para os profissionais que, de alguma forma, estão envolvidos na atenção ao adolescente. A ida à unidade era agendada previamente com algum representante da direção, que orientava sobre os dias de maior fluxo e de realização de atividades específicas para adolescentes. As unidades foram visitadas em média duas vezes, quando se tentou compreender o fluxo do

adolescente no serviço e, dessa forma, buscar os diferentes profissionais que entravam em contato com o mesmo.

O estudo teve a preocupação de incluir profissionais das mais diversas áreas, como os de porta de entrada e outros que não se identificam como sendo do “Programa do Adolescente” mas que exercem um papel fundamental na captação e adesão dos jovens aos serviços. Durante as visitas, foi feito um diário de campo onde se registraram observações sobre o fluxo e o “astral” do atendimento aos adolescentes na unidade, a receptividade da equipe à pesquisa, bem como as opiniões e contradições dos profissionais sobre o atendimento e sobre seu envolvimento com os adolescentes.

4.3 Os sujeitos do estudo

Participaram desta investigação 117 profissionais, sendo 73 (62,3%) de nível superior, 28 (23,9%) de nível médio e 16 (13,6%) de nível administrativo, com as características discriminadas nas tabelas 1 a 6.

Tabela 1
Distribuição dos profissionais por faixa etária

| Faixa etária | Nº | % |
|--------------|-----|-------|
| 20-29 | 7 | 5.9 |
| 30-39 | 34 | 29.0 |
| 40-49 | 37 | 31.6 |
| 50-59 | 12 | 10.2 |
| 60-69 | 3 | 2.5 |
| Total | 117 | 100.0 |

Tabela 2
Distribuição dos profissionais por situação conjugal

| situação conjugal | Nº | % |
|----------------------|-----|-------|
| Casad@ | 57 | 48.7 |
| Solteir@ | 28 | 23.9 |
| Vive com companheir@ | 14 | 12.0 |
| Divorciad@ | 14 | 12.0 |
| Viúv@ | 4 | 3.4 |
| Total | 117 | 100.0 |

Tabela 3
Distribuição dos profissionais por sexo

| Sexo | Nº | % |
|-----------|-----|-------|
| Feminino | 91 | 78.4 |
| Masculino | 25 | 21.6 |
| Total | 116 | 100.0 |

Tabela 4
Distribuição dos profissionais por filhos

| | Nº | % |
|------------|-----|-------|
| Com filhos | 87 | 75.7 |
| Sem filhos | 28 | 24.3 |
| Total | 115 | 100.0 |

Tabela 5
Distribuição dos profissionais por tempo de serviço

| Tempo | Na SMS | Na unidade | Com adolescentes |
|-----------|--------|------------|------------------|
| < 1 ano | 7 | 9 | 18 |
| 1-2 anos | 7 | 10 | 15 |
| 3-5 anos | 13 | 29 | 28 |
| 6-10 anos | 13 | 25 | 29 |
| > 10 | 77 | 42 | 19 |

Tabela 6
Distribuição de treinamentos / sensibilizações por nível de escolaridade

| | Nº | Treinados e/ou sensibilizados | % Treinados e/ou sensibilizados |
|------------------|-----|-------------------------------|---------------------------------|
| Administrativo | 16 | 1 | 6.2 |
| Médio /elementar | 28 | 11 | 39.2 |
| Superior | 73 | 46 | 63.0 |
| Total | 117 | 58 | 49,6 |

A distribuição dos profissionais é compatível com o que se observa nas unidades de saúde: a maior parte, são mulheres com filhos, mais velhas, que em sua maioria se interessam em trabalhar com adolescentes em função da adolescência de seus próprios filhos. Importante ressaltar que foram considerados “sensibilizados” os profissionais que tiveram acesso a qualquer forma de discussão sobre adolescência (participação em seminários, congressos, Centro de Estudos, curso do Teatro do Oprimido, discussão sobre adolescência em treinamentos de outros programas), enquanto que os que

fizeram treinamentos, estágios, Projeto Educarte (capacitação em Educação Sexual) ou tiveram conteúdo de adolescência na graduação foram considerados “treinados”. Os depoimentos dos profissionais que constam neste texto estão referenciados através de nomes fictícios para resguardar a confidencialidade.

4.4 Coleta de dados

Os instrumentos para a coleta de dados foram elaborados a partir das preocupações e da experiência da gerência do programa, bem como dos resultados da avaliação anterior feita pelo NESC/UFRJ, e de ampla bibliografia. A testagem dos instrumentos foi realizada no Ambulatório avançado do Núcleo de Estudos em Saúde do Adolescente da UERJ – NESA/UERJ.

Para o estudo das representações sociais construídas pelos profissionais sobre *saúde do adolescente* foram utilizados diferentes instrumentos, baseados na abordagem estrutural (Abric, 1994; Sá, 1996), aplicados segundo as etapas abaixo:

- 1) Associação livre de palavras realizada com a seguinte frase indutora: “quais as quatro palavras ou frases que passam na sua cabeça ao ouvir saúde do adolescente”, seguida do pedido para marcarem a palavra ou frase que julgassem mais importante.
- 2) Seleção hierarquizada de imagens: eram mostradas 17 fotografias (anexo 3) e pedido que escolhessem aquelas que tinham e que não tinham relação com o adolescente atendido naquela unidade; após a escolha, era solicitado que destacassem as três que avaliassem como as mais importantes em cada grupo. As razões enunciadas para justificar a escolha foram gravadas e analisadas segundo seu conteúdo semântico (Bardin, 1979). Na escolha do conjunto de fotos houve a preocupação de que as imagens tivessem um padrão semelhante, ou seja, que não se distinguíssem das demais pela técnica ou pelo uso de modelos profissionais. Inicialmente foram selecionadas 25 fotos, tendo 8 sido excluídas após a pré testagem dos instrumentos no NESA/UERJ.
- 3) Preenchimento de questionário elaborado a partir das observações do campo previamente realizadas, das preocupações e experiência da

gerência do programa na SMS/RJ, de avaliação anterior realizada pelo NESC/UFRJ e do levantamento bibliográfico realizado que incluiu os materiais distribuídos através do projeto OMS/UNICEF. Era constituído de perguntas abertas e fechadas, que visavam a caracterização sócio-demográfica dos sujeitos e a identificação e indícios de normas, crenças, valores, estereótipos, atitudes e práticas desses profissionais em relação à saúde do adolescente (Ginzburg, 2001). O material obtido, conforme sua natureza, foi analisado através de técnicas estatísticas ou análise de conteúdo.

4.5 Aspectos éticos

O estudo observou as exigências da Resolução CNS n.º 196/96 sobre pesquisas envolvendo seres humanos, com cuidados metodológicos relativos aos princípios éticos, inclusive quanto à relevância social, viabilidade, preservação da confidencialidade dos dados e resultados e beneficência, tendo sido aprovado pelo Comitê de Pesquisa do NESC. Foi entregue aos participantes uma carta de apresentação com a função de esclarecer os objetivos, etapas e compromissos desta investigação, esclarecendo que a participação era voluntária. Deste modo, entendeu-se que estava sendo respeitada a autonomia dos sujeitos de decidir seu envolvimento no projeto. Ao responder e entregar o questionário, os sujeitos expressaram o seu consentimento.

A divulgação dos resultados desse estudo, bem como das demais vertentes da pesquisa, foi realizada através de debates com as unidades e coordenações envolvidas, e da participação de outros serviços interessados. A oportunidade de discutir os resultados com os profissionais de saúde da rede contribuiu enormemente para subsidiar a interpretação dos mesmos.

4.6 Os sentidos da saúde do adolescente para os profissionais

Entre as diferentes possibilidades de coleta dos elementos da representação, vários autores (Abric,1998; Sá,1996; Vergès,1994) têm recomendado o uso do teste de associação livre para o estudo da estrutura das representações sociais porque, pelo seu caráter espontâneo e projetivo,

permite acesso rápido a elementos que poderiam ser mascarados em outras formas de discurso. A partir da pergunta “quais as quatro palavras ou frases que passam na sua cabeça ao ouvir *saúde do adolescente?*”, os 117 sujeitos elaboraram 454 evocações. Essa grande variação de palavras revela a polissemia do objeto estudado.

Em primeiro lugar, foi realizada uma leitura flutuante, seguida de análise categorial elaborada com auxílio de três pesquisadores. Num segundo momento, as diversas palavras foram classificadas em 24 categorias semânticas diferentes, de acordo com o consenso dos pesquisadores (Bardin, 1979). Em seguida, os dados foram tabulados com auxílio do programa EVOC, 1999. Visando a maior consistência dos resultados, foram desprezadas as categorias cuja freqüência era inferior a 10 evocações, obtendo-se um *corpus* com 94.2% do total das associações realizadas.

Os 10 primeiros elementos mais associados, que correspondem a 54.3% do *corpus* obtido, foram: *informação* (53), *prevenção* (28), *serviço* (28), *juventude* (28), *disponibilidade* (27), *bem-estar* (25), *cuidado* (20), *educação* (18) e *importante* (15).

Vergés (1992; 1994) propõe que a composição dos sistemas central e periférico de uma representação seja estabelecida através da verificação da freqüência e ordem média de evocação. Tal procedimento possibilita ordenar os elementos evocados segundo sua freqüência — aspecto coletivo — e a ordem estabelecida pelo sujeito em sua evocação — aspecto individual.

A freqüência de evocação é encontrada pelo somatório das freqüências de cada elemento evocado nas várias posições. A ordem média de evocação é obtida através de média ponderada, em que os pesos são iguais à posição da evocação (1 para evocação feita em primeiro lugar, com 2 em segundo etc.) e o somatório dos produtos dividido pelas freqüências de evocação considerada, obtendo-se a ordem de evocação do elemento correspondente. A média aritmética dos valores da ordem de evocação desses elementos corresponde à ordem média de evocação. A análise combinada destas duas médias, possibilita a indicação dos elementos que provavelmente participam do núcleo central da representação por sua saliência (Sá, 1996).

Esta estratégia possibilita que se distribua o resultado em um gráfico de dispersão, em que o ponto de encontro da média das freqüências e da média das ordens médias de evocação permite obter um diagrama de quatro quadrantes, em que o eixo horizontal corresponde à ordem média de evocação (valores menores para o lado esquerdo) e o vertical corresponde à freqüência de evocação (valores maiores para a parte superior). Desta forma, no quadrante superior esquerdo estão localizadas as evocações de maior freqüência e as mais prontamente enunciadas — núcleo central; no inferior direito, encontram-se as evocações de menor freqüência e mais tardiamente realizadas — o sistema periférico.

O cálculo das freqüências das evocações das diversas categorias e das respectivas ordens médias de evocação revelou: freqüência média de evocação (*fme*) igual a 47 e a média das ordens médias de evocação (*ome*) igual a 2.5. Esses resultados permitem uma abordagem espacial dos elementos que participam do núcleo central e do sistema periférico das representações de *saúde do adolescente* construídas pelos profissionais que participaram desta investigação. Estes resultados podem ser observados no quadro 2.

Pode-se perceber que no quadrante superior esquerdo encontra-se o elemento *Informação*, compondo, por apresentar maior saliência, o núcleo central das representações de saúde do adolescente elaboradas pelo grupo estudado. Os elementos *Afetividade*, *Anticoncepção*, *Bem-estar*, *Cuidado*, *Disponibilidade*, *Dúvida*, *Educação*, *Equipe*, *Juventude* e *Serviço*, localizados no quadrante inferior direito, compõem o sistema periférico dessa representação. No outro quadrante, inferior esquerdo, *Diffícil*, *Futuro*, *Gravidez*, *Importante*, *Prevenção* e *Sexualidade* guardam uma relação mais estreita com o núcleo central (Quadro 2).

A análise do questionário e das associações de imagens teve como objetivo propiciar uma melhor compreensão do contexto no qual as representações sociais são elaboradas e circulam, bem como contribuir para sua interpretação. Abric (1998) e Sá (1996) chamam atenção para a importância dessa etapa, que visa compreender como os elementos que constituem a representação se inter-relacionam. O depoimento de uma

médica, a respeito das fotos selecionadas, ilustra essa integração, uma vez que relaciona diferentes cognições da representação: *sexualidade, equipe, informação, prevenção, anticoncepção, gravidez, cuidado*.

_ “Primeiro essa daqui porque fala da *atividade sexual*, do conhecimento do corpo, que é o que a gente tenta, *quem trabalha com adolescente*, tenta passar, de conhecer seu próprio corpo, saber o que está fazendo, porque a atividade sexual é uma coisa muito freqüente na, nos adolescentes de hoje em dia. Então passar essa *informação* básica, do que está acontecendo com ele. O segundo, na medida em que começa a conhecer seu corpo vai usar a *prevenção* contra a doença, falando do *preservativo*; e aí depois não usou, tá grávida, aí toda a atenção psicológica para a adolescente e o *cuidado* a mais que a *gravidez* na adolescência precisa” (Ana, médica não treinada)

Quadro 2

Estrutura da representação social de saúde do adolescente

| <i>fme</i> | <i>Elementos</i> | <i>f</i> | <i>ome</i> < 2.5 | <i>Elementos</i> | <i>f</i> | <i>ome</i> ≥ 2.5 |
|------------|------------------|----------|---------------------|------------------|----------|---------------------|
| ≥ 47 | Informação | 53 | 2.170 | | | |
| < 47 | Difícil | 14 | 2.286 | Afetividade | 14 | 2.714 |
| | Futuro | 12 | 2.333 | Anticoncepção | 10 | 2.600 |
| | Gravidez | 11 | 2.273 | Bem-estar | 25 | 2.640 |
| | Importante | 15 | 1.933 | Cuidado | 20 | 2.650 |
| | Prevenção | 28 | 2.000 | Disponibilidade | 27 | 2.519 |
| | Sexualidade | 11 | 1.727 | Dúvida | 11 | 2.727 |
| | | | | Educação | 18 | 2.667 |
| | | | | Equipe | 10 | 2.600 |
| | | | | Juventude | 28 | 2.857 |
| | | | | Serviço | 28 | 2.571 |

A questão da espontaneidade, segundo Sá (1998b), gera algumas polêmicas, uma vez que a “espontaneidade não é garantia de ampla revelação das representações, podendo mesmo ter, ao contrário, o efeito de encobri-las” (p.89). Por esse motivo, baseado nas observações de Jodelet, recomenda que se façam boas perguntas aos sujeitos, que possam ir além da espontaneidade em direção ao que geralmente não é dito. Nessa investigação, os depoimentos

dos profissionais sobre as fotografias por eles selecionadas contribuíram para revelar esses aspectos que geralmente não são falados.

Associação de imagens
Distribuição dos votos dos profissionais por tema das fotos (anexo 3)

| Tema | Relacionadas | Não relacionadas | Total de votos |
|-------------------|--------------|------------------|----------------|
| Gravidez | 71 | 4 | 75 |
| Família | 18 | 42 | 60 |
| Cuidado pai-filho | 5 | 54 | 59 |
| Caras pintadas | 0 | 54 | 54 |
| Namoro | 54 | 0 | 54 |
| Camisinha | 46 | 5 | 51 |
| Favela | 44 | 4 | 48 |
| Violência | 18 | 23 | 41 |
| Fumo / rua | 24 | 15 | 39 |
| Futebol | 9 | 27 | 36 |
| Cerveja | 6 | 24 | 30 |
| Educação sexual | 21 | 7 | 28 |
| Abraço | 10 | 11 | 21 |
| Grafite | 2 | 15 | 17 |
| Grupo | 12 | 4 | 16 |
| Pipa / lazer | 6 | 8 | 14 |
| Música | 4 | 9 | 13 |

As três fotos identificadas como mais relacionadas – gravidez, namoro e camisinha – referem-se a elementos da periferia próxima (quadrante inferior esquerdo) , enquanto as três menos relacionadas _ família, pai e caras-pintadas, ou seja, participação - são cognições do sistema periférico, que não aparecem no quadro 2 devido à sua baixa frequência.

Para Abric (1998), o núcleo central possui uma dimensão qualitativa, sendo fundamental testar a centralidade de seus elementos.

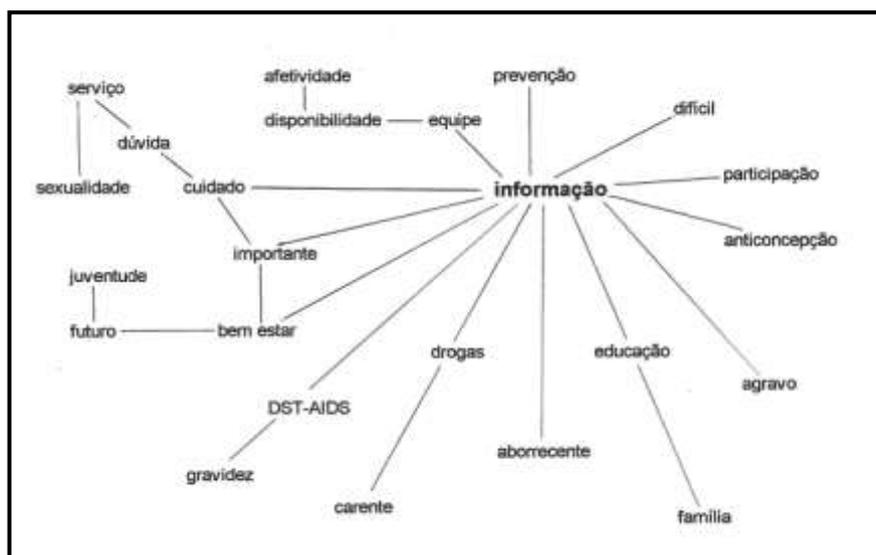
“Uma forma de colocar em evidência o valor simbólico, e portanto, a centralidade de um elemento, consiste em perguntar aos sujeitos se, na ausência de tal cognição, o objeto da representação ainda mantém sua identidade” (Sá, 1996, p.154).

No estudo em questão foi feito o teste de dupla negação (Sá,1996) com 42 sujeitos, em que 88,1% (IC-95% [74,37 – 96,02]) respondeu “não, não pode” à seguinte pergunta: “*Pode se pensar em saúde do adolescente sem pensar em informação?*” Esse teste confirmou o elemento *informação* como componente do núcleo central.

Tura (1998), baseado em Moliner, assinala que a caracterização dos elementos centrais deve buscar sua conexidade, seu poder associativo. Uma

das técnicas capazes de identificar a conexidade dos diferentes elementos é a análise de similitude, introduzida por Flament, com a contribuição de Vergès e Degenne, entre outros autores (Sá, 1996). Calcula-se o índice de similitude a partir do número de ligações entre dois elementos e o número de sujeitos envolvidos. No nosso estudo, essa análise foi feita através do programa SIMI, versão 1999. A representação dos resultados dessa análise se traduz em um gráfico denominado “árvore máxima de similitude” (gráfico 1), onde nos vértices estão as categorias que fazem parte do *corpus* e nas arestas, os índices de similitude. Ressalta-se que só constam da árvore máxima os índices e arestas de maior valor, o que permite visualizar os conjuntos de elementos com forte conexão entre si (Sá, 1996).

Gráfico 1
Árvore máxima de similitude



A ênfase na informação

Ao analisar a árvore máxima pode-se observar uma estrela, estrutura radiada, centralizada por **informação**, ao qual estão ligados treze elementos, o que revela sua grande conexidade. Essa conexidade é consequência do valor simbólico e do poder associativo dessa cognição (Sá, 1996), confirmando esse elemento no núcleo central da representação.

“ O núcleo central é determinado, de um lado, pela natureza do objeto representado, de outro, pelo tipo de relações que o grupo mantém com o objeto e, enfim, pelo sistema de valores e normas sociais que constituem o meio ambiente ideológico do momento e do grupo. “ (Abric, 1998, p.31)

Diante do exposto, compreende-se a presença do elemento *informação* no núcleo central das representações. Os profissionais, mesmo entendendo a complexidade das questões da adolescência e as limitações da intervenção dos serviços de saúde, valorizam algo que eles acham que detêm e que podem oferecer aos adolescentes, ou seja, informações, orientações e conhecimentos relativos às diferentes dimensões da vida de seus clientes. Essa observação coincide com as reflexões de Minayo et al. (2000) que percebem que, “em geral, os profissionais atuam no âmbito em que podem influenciar diretamente” (p.15). Como afirma Jodelet (1989), “toda representação é representação de algo e de alguém” (p.10), sendo “tributária da posição que os sujeitos ocupam na sociedade, na economia, na cultura” (*Id.*). Essa vinculação da representação com a vida dos diferentes grupos é uma das características mais importantes do fenômeno representativo, por revelar sua ligação com uma cultura ou uma sociedade (*Op.cit.*).

Na árvore máxima chamam atenção os dois triângulos, que definem o grau de detalhamento da representação (Tura,1998). No primeiro, estão os elementos *informação*, *importante* e *cuidado*, sugerindo que os profissionais vêm a facilitação do acesso à informação como uma importante forma de apoio, cuidado, aos adolescentes. O segundo triângulo é formado por *informação*, *importante* e *bem-estar*, dando indícios de que consideram relevante o papel da informação na promoção da saúde e qualidade de vida. Os profissionais de saúde se percebem, portanto, como agentes de informação. Ao caracterizar o adolescente atendido em sua unidade, uma auxiliar de enfermagem comenta:

— “só com o trabalho de orientação e esclarecimento dos profissionais envolvidos é que passam a se preocupar com a qualidade de vida.”

(Maria, aux. enfermagem sensibilizada)

Por outro lado, entendem ser passagem pela unidade de saúde uma das poucas oportunidades que os adolescentes têm de receber informações.

— “ O momento que ela de repente tem pra receber esse tipo de informação, está sendo aqui no posto de saúde, né, através das consultas; é o tempo que ela tem pra receber alguma informação, que em casa ela não tá sendo orientada.” (Lígia, psicóloga sensibilizada)

Também enfatizam a desinformação da clientela e reconhecem a necessidade de atingir os desinformados

— “Então assim, eu me preocupo porque eu acho a gente assim, não tem necessidade né, de tanta gravidez precoce e estão tão desinformados, tão longe da escola, sem um contexto social, sem um contexto familiar, sem um nada. “ (Taís, enfermeira treinada)

Como define Jodelet (1989), a representação social é “um conhecimento prático” (p.8). É também “um saber elaborado para servir às necessidades, aos valores, aos interesses do grupo” (Op.cit, p.25). Percebe-se essa situação evidenciada por Jodelet na manutenção da “cultura das palestras”, principalmente vinculadas às temáticas da sexualidade e saúde reprodutiva, que são as que mais mobilizam os profissionais.

Mesmo valorizando a transmissão de informações, a presença de *dúvidas* no sistema periférico, revela que, além de transmitirem aos adolescentes as orientações que consideram importantes, existe uma possibilidade de negociação entre o que a unidade pode oferecer e as reais demandas dos adolescentes. Essa preocupação em responder às necessidades apontadas pelos adolescentes também se expressa nas falas dos profissionais:

— “Eu reparei que eles querem da gente uma resposta para isso, então foi uma oportunidade, a gente conversou sobre isso, mas eu acho que eles querem mais, querem falar sobre isso, querem saber como conviver com isso” (Cecília, médica treinada)

Essa sensibilidade para criar possibilidades de diálogo nos serviços de saúde é um aspecto fundamental. A pesquisa de Minayo et al. (1999), sobre

juventude, violência e cidadania, no item sobre sexualidade revela que os jovens estão informados sobre as tecnologias de prevenção, mas “reclamam de maior espaço de debate de seus dramas e desejos pessoais, que nem a família nem a escola propiciam. Não pedem informação, pedem diálogo e discussão”(p.223).

Ayres (1994) assinala que a avaliação deve contemplar “critérios que privilegiem o alcance de meios – a possibilidade de efetivo diálogo – tanto ou mais do que fins” (p.58). Nesse sentido, podem ser percebidos alguns avanços, na medida em que os profissionais revelam compreender que o diálogo com o adolescente passa pela disponibilidade do profissional, pela sua capacidade de escuta. A análise dos questionários reforça a valorização dos atributos afetivos dos profissionais e compreensão dessa necessidade de ouvir os adolescentes. Ao identificar as três qualidades mais importantes para o trabalho com adolescentes em primeiro lugar aparece *gostar de adolescentes*, com 63 votos; em segundo lugar *informação*, empatada com *saber ouvir*, com 60 votos. Para Ayres (2000), “auscultar outras necessidades dos adolescentes em seus processos concretos de individuação/socialização é uma tarefa imprescindível para a organização de programas de saúde para o grupo” (p.71).

Na perspectiva dos sujeitos desta investigação, os adolescentes necessitam de informação, enquanto que os profissionais precisam de sensibilização. Eles percebem que o adolescente nem sempre faz o que o profissional orienta. Embora valorizem a informação, percebem que há algo além que precisa existir para que essa informação passe, seja assimilada e gere mudanças.

“eles ainda acreditam naquelas falsas verdades, que basta usar camisinha no dia que transa, não tem assim, ainda tem dificuldade em assumir a sexualidade com mais responsabilidade como a gente gostaria, então eles, esse diálogo com eles é difícil, porque eles acreditam em muitas falsas verdades, então você oferecer informação mais é... mais corretas, mais verdadeiras, eu sinto que eles têm dificuldade em absorver como verdadeiras essas informações, eles ainda estão ligados à lendas, crendices e tal” (Cecília, médica treinada)

Eles percebem que não é fácil lidar com o adolescente e sentem a necessidade de se comunicar com os jovens de forma mais efetiva, reforçando a necessidade apontada por Ayres (2000), de que é preciso “aprender a dizer” (p.84).

- _ “a gente falou muito sobre isso, mas eu senti nitidamente que eu estava falando para a parede, porque a volta, o retorno, quando eles começam a falar o que eles pensam, eu passo a palavra para eles, eles insistem nas crendices e fica difícil o diálogo”. (Cecília, médica treinada)

Mesmo valorizando a informação, percebem os limites da atuação profissional, a impossibilidade de dar respostas.

- _ “ são problemáticas familiares tão graves que é difícil até para a gente escutar e ter uma orientação a dar, e para eles falar sobre isso, entender isso, é também difícil” (Cecília, médica treinada)

O estudo do conteúdo das perguntas abertas, que foram usadas para explorar as normas, valores, atitudes e práticas, também contribuiu para a revelação de alguns avanços na forma como essas informações e orientações são veiculadas. Embora subsistam atividades tradicionais e verticais como as palestras, de forma geral as atividades educativas são desenvolvidas através de dinâmicas de grupo e outras metodologias participativas em que o adolescente tem um papel mais ativo. Também reconhecem a necessidade de rever seus próprios valores e atuar sobre outros segmentos que influenciam a saúde dos adolescentes, como familiares e educadores. Quando questionados sobre estratégias para qualificar o trabalho na unidade, escrevem:

“perseverança, criatividade; saber se despir de preconceitos e não querer que os adolescentes se comportem como a pessoa gostaria” (Carla, enfermeira treinada)

“planejar um trabalho que pudesse incluir as famílias” (Cátia, assistente social treinada)

“ valorizar a fala do adolescente, buscando conhecer em profundidade seus referenciais e expectativas.” (Márcia, assistente social sensibilizada)

Alguns profissionais revelam um amadurecimento sobre os limites e possibilidades da ação educativa, que não deve se limitar a dar respostas e sim, propiciar um espaço de reflexão, ampliação de horizontes e mobilização para a ação. Percebem também a necessidade de discutir futuro e projeto de vida. Para Freire (2002), o educador democrático deve “reforçar a capacidade crítica do educando, sua curiosidade, sua insubmissão” (p.28). Dessa forma, podemos perceber nas respostas abertas de alguns profissionais uma compreensão mais adequada do seu papel de educadores:

“seria necessário um trabalho que estimulasse o adolescente a questionar, a querer um futuro” (Luíza, nutricionista não treinada)

“abrir caminhos para que ele possa ter metas” (Tânia, enfermeira não treinada)

Os serviços de saúde frente ao adolescente

Os profissionais revelam grande compromisso com o trabalho. Apesar das dificuldades institucionais, poucos apontam diretamente a necessidade de apoio da SMS/RJ, embora essa necessidade esteja presente de forma indireta nas demais solicitações. Quando se referem à SMS/RJ, o fazem através de solicitações concretas, como suporte para atender às necessidades efetivas do trabalho, para implementação das ações. Por exemplo, pedem treinamentos, materiais didáticos, insumos do projeto Vista essa Camisinha.

De forma geral, a equipe toma para si a responsabilidade pela organização do trabalho, valorizando pouco o impacto das políticas sociais e de saúde. Percebe-se que a maior parte das propostas está voltada para o serviço e principalmente para a própria equipe.

O compromisso e o envolvimento afetivo com o trabalho também foi um dos aspectos que chamou atenção da equipe de investigadores ao realizar o trabalho de campo. No entanto, 47% dos profissionais relatam não sentir seu trabalho reconhecido. Apesar disso, admitem que o trabalho com adolescentes repercute na sua vida pessoal de forma positiva, especialmente na relação com os filhos.

Os profissionais entendem que a capacitação gera possibilidades concretas de trabalho. Pedem treinamento para lidar melhor com a imagem idealizada que eles têm do adolescente e com a complexidade das questões desse grupo. Têm consciência de que a captação e adesão ao serviço dependem da postura do profissional. Quando pedem treinamento, estão pedindo apoio. Essa solicitação reflete uma postura crítica em relação a seu trabalho, na medida em que reconhecem a necessidade de maior qualificação da equipe. Por outro lado, há uma ênfase exagerada na solicitação de treinamentos quando, na realidade, outras estratégias como as reuniões de equipe, a discussão de casos na própria unidade, os encontros com a equipe do nível central, seriam espaços importantes de qualificação profissional.

Existe uma consciência não só da importância de uma equipe multiprofissional, mas sobretudo da necessidade de integração entre esses profissionais. Mas, para que essa integração possa ocorrer, reivindicam tempo. Solicitam aumento do quadro de profissionais, para que eles próprios possam se dedicar mais ao atendimento de adolescentes e não para que outros assumam a responsabilidade, como exemplificado na resposta a uma das questões abertas que perguntava o que poderia ser feito para qualificar o trabalho:

“Aumentar o nº de profissionais no posto de saúde como um todo para que possa haver uma maior dedicação dos profissionais no Programa de Adolescentes. Este fato facilitaria, ou melhor, criaria a possibilidade da equipe se encontrar para planejar, executar e avaliar suas ações junto aos adolescentes” (Rita, assistente social treinada)

As críticas e solicitações são coerentes com o contexto de trabalho na rede básica e com as questões apontadas nas oficinas: reclamam da falta de retaguardas em Saúde Mental e Saúde Bucal. Têm noção da complexidade da atenção ao adolescente, da necessidade de diferentes olhares. Há consciência de que a implantação do PROSAD não é meramente burocrática, ou seja, não adianta só lotar mais profissionais; estes têm que ser bons, qualificados, de diferentes categorias, com vivência em saúde pública, interessados e sensíveis. A ênfase é na qualidade e não só na quantidade de profissionais.

Os depoimentos dos profissionais também refletem a necessidade de estabelecer um diálogo com os adolescentes, tornar a unidade mais receptiva, ouvi-los de forma mais adequada e saber aproveitar as oportunidades para facilitar o seu acesso aos serviços oferecidos. Em resumo, percebem a importância de ter disponibilidade para lidar com esse grupo.

_ “eles deveriam estar virados para a gente, de braços abertos, porque eu acho que a gente é receptivo para o adolescente” (Dilma, médica não treinada)

_ “É necessário que o profissional goste do adolescente, olhe para ele como uma pessoa e não como um problema e tenha preparo, saiba ouvir, acolher, dar limite” (Luciana, psicóloga treinada)

_ “Aqui é a gravidez, geralmente eu pego quando a menina, que é mãe adolescente chega para nós, para tomar vacina, ou então chega para procurar alguma coisa e a gente nota que está de barriga ou então está com criança no colo, é uma adolescente com um neném no colo, então, a gente tem a preocupação de dar a orientação maior, é aí que eu encaminho também para a enfermeira que trabalha com os adolescentes. (Fátima, aux. enfermagem não treinada)

“Estamos enquanto profissionais, nos esforçando para chegarmos mais perto de suas necessidades, buscando suprir algumas de suas carências através do acolhimento, da troca de experiências, das informações, dos atendimentos ambulatoriais necessários etc...” (Manuela, psicóloga treinada)

Quando colocam o foco nos seus adolescentes, os profissionais estudados acham que algumas características dos adolescentes são possíveis entraves ao bom andamento e mais de 50% apontam como “muito importantes” as seguintes: *medo de não ser compreendido; vergonha de colocar seus problemas; falta às consultas; desinteresse em participar das atividades; baixa frequência à unidade e agressividade*. Valla (1992) chama atenção para a tendência em se apontar o usuário como um dos elementos que impedem o adequado funcionamento dos serviços de saúde. Mesmo mantendo um pouco esse aspecto, os profissionais já conseguem identificar suas próprias limitações e apontar propostas de atuação. A análise do conteúdo das respostas abertas permitiu perceber a ênfase dada a adequação dos serviços às necessidades dos adolescentes como importante estratégia de captação e adesão dos adolescentes, ou seja, horários flexíveis, atividades atraentes, privacidade, resolutividade, tempo para interação com o adolescente, entre outros aspectos apontados.

Entre os itens mais importantes para a adesão ao programa, estão o sigilo e a confidencialidade das informações (FOCUS, 2000). A pesquisa, no entanto, mostra que o respeito ao sigilo é um dos itens que revela maior incoerência nas respostas, ilustrando o conflito presente no processo de formação das representações sociais (Moscovici e Marková, 1998). Embora compreendam que os adolescentes sentem vergonha em colocar seus problemas e tenham medo que a família saiba que estão sendo atendidos, 25% concordam (parcialmente ou integralmente) que não se deve atender o adolescente sem o responsável. Por outro lado, 56% dos profissionais acham que os adolescentes gostam que os outros saibam que eles estão se relacionando sexualmente, o que contribui para a não valorização do sigilo nas ações de saúde reprodutiva, como nos grupos de contracepção e no projeto Vista essa Camisinha.

A ausência de legislação que garanta explicitamente o direito do adolescente ser atendido sozinho e poder receber contraceptivos contribui para

essa situação. Por outro lado, atender sozinho significa ter que arcar com uma responsabilidade que o profissional tem dificuldade em assumir, em função de conflitos com seus valores pessoais.

— “acho que as crianças estão namorando muito cedo, acho que está tendo uma abertura, não é dizer que estejamos sendo preconceituosos não, mas está tendo uma abertura muito grande, pai e mãe, de liberar o namoro de uma criança de 12 anos. Eu acho que o importante é orientar para ir para a escola, aprender, saber, ficar ciente das coisas que acontecem, para depois pensar em namorar, eu acho que é muito cedo para uma adolescente, uma criança pensar em namorar, 12, 13 anos, eu acho que não é hora, pelo meu pensamento eu acho que não, e é o que acontece mais, do adolescente estar envolvido em uma série de coisas, sem necessidade.” (Lúcia, auxiliar de enfermagem sensibilizada)

A divulgação dos serviços também constitui uma questão que revela incoerência, possivelmente em função da ambivalência que gera no profissional. Se por um lado este reconhece a importância de favorecer o acesso de mais adolescentes ao serviço, por outro lado percebe as limitações de recursos humanos e de tempo para atendimento.

De forma geral, os profissionais ainda estão muito voltados para adolescentes que freqüentam os serviços. Têm pouca consciência de sua responsabilidade com relação aos que não chegam às unidades e os de maior risco, como os usuários de drogas, os que estão fora da escola, os que têm problemas psicológicos. A carência de recursos humanos, em especial, de psicólogos, parece estar gerando insegurança e contribuindo para essa limitação.

Através da análise do questionário, fica claro que enfatizam mais as carências do que as potencialidades dos adolescentes (quadro 3 do anexo 2), fato que pode estar contribuindo para a pouca valorização das possibilidades de participação dos jovens nos serviços e na sociedade de maneira geral. Sentem que os adolescentes têm pouco poder para reivindicar seus direitos, como demonstram alguns depoimentos:

— “E essa número 5, que parece que é uma reivindicação né, uma, um movimento que teve né, eles também não vêm aqui com intenção de reclamar de alguma coisa, eles vêm para ser consultados, se você fala não tem vaga, eles vão embora e não reclamam, então eles não reclamam os direitos deles nada disso.” (Laura, enfermeira treinada)

— “Os caras pintadas? Acho que eles têm muito mais coisa para se preocupar, a maioria dos caras pintadas eram de escola particular, tem outras coisas, não tem que batalhar o dia a dia, não tem que botar feijão em casa, não está

preocupado se tem comida em casa, tá pensando em um mundo melhor, mas é outra realidade” (Helena, médica não treinada)

Diaz (Costa,2000) chama atenção para o fato de que o desinteresse em participar de sindicatos, movimentos juvenis e partidos políticos está relacionado à crise de identidade e legitimidade pela qual essas instâncias de participação estão passando. Aponta, por outro lado, a grande participação dos jovens em organizações ecológicas, esportivas, feministas, culturais e religiosas. Costa (2000), ao refletir sobre o preparo dos professores para fomentarem a participação democrática dos adolescentes através de atividades de protagonismo, ressalta a dificuldade dessa tarefa, visto que grande parte dos educadores formou-se durante o regime autoritário e, nas relações na escola, na família e na comunidade, a democracia não tem sido um traço marcante. Podemos sentir o mesmo com relação aos profissionais de saúde. Como consequência, sua visão de participação confirma as observações de Abramo (Costa, 2000) ao estudar a juventude no espaço político brasileiro: “a questão da participação só aparece pela constatação da ausência” (p.202). Na sua percepção, os jovens raramente são vistos como sujeitos, com capacidade de contribuir na definição e negociação de direitos.

Ao descreverem o adolescente que sua unidade atende ou deveria atender, apontam aspectos positivos relacionados à juventude, como a criatividade, o dinamismo, a energia, a liberdade. As falas dos profissionais ao se referirem às fotografias reforçam sobretudo a alegria dos adolescentes.

_ “mesmo com tudo isso, esse problema social, eles são alegres, eles gostam de dançar, eles gostam de música, de dança, com tudo que eles vivem, eles são alegres e gostam de se divertir.” (Joana, psicóloga treinada)

_ “Essa outra foto que eu elegi aqui, eu elegi por seu lado, assim que eu vi essa foto, saudável dos adolescentes que também existe, não é porque é pobre e favelado que é triste e complicado, isso é uma idéia preconceituosa, então, eu elegi porque tem esse lado, apesar de tudo: da falta grande de muitas coisas, eu acho que de uma estrutura familiar, que hoje é uma questão bastante séria; de uma escola que dê conta do saber, que é isso que ela se propõe, do educar, no sentido amplo da palavra; da falta do programa mesmo de saúde, quer dizer, de uma orientação, de informação, eu acho que os adolescentes ficam muito largados; mas, eles trazem em si, independentemente dessas questões sociais e culturais que permeiam, eles trazem em si a alegria, então eu elegi essa foto pela alegria, que eu acho que é o que sustenta hoje não só os adolescentes como a maioria do povo, ai se não fosse o carnaval ou o futebol “ (Lígia, psicóloga sensibilizada)

Identificam a necessidade de atuação junto às famílias, mas concretamente são poucas as propostas de trabalho com esse objetivo. Nos questionários, 86% dos profissionais revelam achar que os adolescentes não procuram a família para falar de seus problemas.

Um dos aspectos que mais chama atenção nos depoimentos sobre as fotos é a preocupação com a desestruturação da família, com a falta de afeto e de vínculos nos relacionamentos. As fotos que mostravam famílias foram as mais apontadas como não tendo relação com os adolescentes atendidos na unidade; chamava atenção sobretudo a ausência da figura paterna.

_ “Que não tem mesmo a ver? Essa união familiar aqui é uma, essa participação do pai na criação do filho é outra.” (Valéria, enfermeira treinada)

_ “O nosso adolescente não tem uma família constituída assim, direitinha, de um pai presente na vida deles, na grande maioria não tem essa família idealizada, essa família organizada”. (Joana, psicóloga treinada)

Bezerra e Linhares (1999) apontam a crença do profissional na competência da família como elemento fundamental para confirmá-la como capaz de promover mudanças em todo sistema familiar. Assinalam que os vínculos entre pais e filhos têm um poder muito maior de provocar mudanças do que qualquer outro vínculo que a equipe de saúde possa estabelecer. Preocupa, portanto, a visão negativa e estereotipada de alguns profissionais, dificultando e comprometendo a qualidade do trabalho com esse grupo.

_ “eu acho que o adolescente no nosso posto, que é um adolescente, em geral, de classe desprivilegiada, socialmente falando, então não tem possibilidade de formar uma família unida, harmoniosa” (Marta, psicóloga treinada)

Existe uma valorização da intersetorialidade, da necessidade de retaguardas para os serviços de saúde bem como o reconhecimento da repercussão que as parcerias exercem nas unidades.

_ “E escolhi esse daqui porque me mostra uma coisa de meninos de rua e aí me faz lembrar muito dos encaminhamentos que a gente recebe do conselho tutelar, das parcerias que a gente tem desses meninos que são envolvidos com drogas, ou que vivem na rua ou que tem problemas mais sérios ” (Lucas, médico treinado)

Embora seja dada grande ênfase à parceria com as escolas, já se percebe, embora em menor grau, a necessidade de integração com a

comunidade, atividades esportivas, artísticas e profissionalizantes, inclusive com os serviços que atendem uma clientela de maior risco.

— “A colaboração total dos profissionais da educação em conjunto com a família e nós da saúde. Sem esse conjunto básico, acho impossível atingir a contento nossas pretensões em relação ao trabalho com os adolescentes. É secar gelo!” (Valéria, enfermeira treinada)

— “Fazemos eventos na Lona Cultural, uma vez por ano”. A Unidade de Saúde patrocina os eventos.” (Fátima, enfermeira treinada)

A importância dada às parcerias reflete o entendimento de que prevenção dos problemas passa pela ampliação das oportunidades de desenvolvimento pessoal e social dos adolescentes.

— “se aqui houvesse um programa como tem em muitos lugares por aí, escolinhas que incentivassem as crianças a jogar bola, porque é o que as crianças mais gostam e esse programa também de dança de música, eu acho que a criminalidade e a gravidez na adolescência iriam diminuir bastante” (Rosane, auxiliar de enfermagem não treinada)

Embora se preocupem com as DST/AIDS, de forma geral, a gravidez é o aspecto que mais chama atenção dos profissionais, tanto pela frequência, quanto pela complexidade dos casos. Essa questão está presente no cotidiano dos serviços, e conseqüentemente aparece no sistema periférico da representação.

— “o número de adolescentes grávidas, a cada esquina a gente vê passar duas, três, no mínimo, fora aqui no posto, que a quantidade de adolescente que recebe atendimento aqui e está grávida é grande.” (Valéria, enfermeira treinada)

— “Nesse grupo a gente tem uma adolescente com 15 anos, já na terceira gravidez e com HPV positivo, então é complicado, quer dizer ela continua e não tem parceiro fixo, cada filho é de um pai diferente, exatamente pela questão da bebida alcóolica, por morar num local de baixa renda e pelo baile funk, que é lá no baile funk que ela engravida” (Gisela)

Cerca de 63% concordam que a questão sócio-econômica é um fator determinante para o número crescente de adolescentes grávidas. Relacionam a gravidez à falta de oportunidades de desenvolvimento pessoal e percebem que, muitas vezes, esse evento corresponde a um desejo das adolescentes

— “o lazer deles é o namoro, é o relacionamento íntimo, e a nossa área aqui é carente de lazer para jovem né, a gente tem aqui aqueles clubes à noite, funk, mas assim teatro, cinema, só em Campo Grande, espaço cultural, a gente não tem nada disso aqui, então assim eu acho que o lazer mais deles é o namoro, e aqui seria a conseqüência né (risos), a gente tem um índice alto de gravidez na adolescência aqui na área, eu acho que está também relacionado com essas duas aqui né, porque, pela falta de recursos educacionais, culturais, falta

de família né, acaba acontecendo o envolvimento muito rápido e acaba aqui né, na gravidez sem planejar.” (Diana, assistente social treinada)

— “acho que a perspectiva de vida delas é a gravidez...eu acho que elas conseguem renovar a vida delas através de uma gravidez...eu não vejo em muitos casos a gravidez ser um problema como a gente vê..., é, pelo contrário, uma coisa boa...uma certa expectativa de coisa boa, não que ela não vá encontrar problema em casa, com os pais, companheiro..., mas ainda assim é uma coisa que elas desejam...eu nem sei se elas desejam ou se elas têm uma esperança de alguma coisa acontecer com essa mudança na vida delas. (Márcia, assistente social sensibilizada)

— “eu estou com uma menina de 12 anos que quer fazer TIG toda semana, isso é uma coisa que me apavora... Será que isso não é um pouco de falta de perspectiva de vida?” (Inês, médica treinada)

Embora percebam as questões sociais e culturais envolvidas, 52% acham que as adolescentes engravidam porque não se cuidam. Ainda persiste um tendência em julgar o comportamento dos adolescentes, o que contribui para afastá-los dos serviços. Apesar de haver só um depoimento que ilustra essa postura, o fato de ser um profissional de porta de entrada ressalta a importância de maiores investimentos na qualificação desse grupo.

— “Tem muitas mulheres grávidas novas, e eu pergunto: por que você está grávida com treze anos? Você sabe que filho dá trabalho, tem que ter paciência, tem que ter muito cuidado, você devia pensar muito bem antes de ter filho, tem todos os meios de evitar filho, DIU, pílula, injeção que dá, camisinha que não usa e na hora que eu pergunto você sabe que ter filho é responsabilidade? Não não sei; e o acompanhamento pré natal que é muito importante, muitas só depois de três, quatro, cinco meses, depois que vem fazer.” (João, auxiliar administrativo não treinado)

Um contingente de 56% dos profissionais admite ser difícil falar sobre sexo. "*Ter a sexualidade trabalhada*" aparece entre as seis qualidades mais importantes para trabalhar com adolescentes. A homossexualidade é percebida por 60% dos sujeitos como “um problema que precisa ser avaliado por um psicólogo”. Mesmo assumindo a dificuldade em falar sobre aspectos relativos à sexualidade, entendem a contracepção e a ênfase no uso da camisinha como uma importante frente de atuação dos serviços:

— “isso tem a ver com o que eu tento trabalhar com eles, tem uma menina mostrando aqui cinco preservativos, então isso é um trabalho que é duro, que é persistente, que tem que estar sempre falando.” (Sônia, médica treinada)

— “a gente tem portas abertas aqui para fornecer camisinha para qualquer adolescente que apareça aqui e aparece bastante” (Dilma, médica não treinada)

Importante ressaltar que 16% consideram que distribuir camisinha é um incentivo para os adolescentes se relacionarem sexualmente. Essa percepção, aliada à dificuldade em lidar com temas relativos à sexualidade e ao prazer, pode explicar porque a maior parte dos serviços ainda tem barreiras que dificultam a dispensação dos preservativos e outros contraceptivos aos adolescentes. Por outro lado, identificam o avanço que representa o envolvimento dos dois sexos nas ações voltadas para a sexualidade e saúde reprodutiva.

“Meninos e meninas, aqui tem muito assim, caszinho, casal, vem os dois pra perguntar, pra saber como é que é. Ele traz a menina pra saber, pra vir no ginecologista, pra começar o anticoncepcional e pra buscar camisinha. A gente já tá chegando nesse avanço, né? Porque eu acho que é um avanço”
(Luciana, enfermeira treinada)

O uso de drogas, de forma geral, ainda é pouco abordado. Poucos profissionais percebem inclusive, que os usuários de drogas não vêm às unidades. Entre os que responderam, 40% concorda (totalmente ou parcialmente) que a maconha seja a droga mais usada pelos adolescentes, ou seja, têm uma concepção equivocada uma vez que a droga mais usada é o álcool. No entanto, 30% não sabem responder, revelando a falta de informação sobre o assunto. Esse achado coincide com o observado entre professores pela pesquisa de Minayo et al. (1999).

A associação entre violência e uso de drogas, as limitações dos serviços frente à complexidade dessa questão, a carência de profissionais de saúde mental e a ausência de retaguardas podem estar contribuindo para essa dificuldade. Embora essa pesquisa não tenha como objetivo o aprofundamento desse tema, parece haver uma certa coincidência com os achados de Maciel et al. (2001) que, ao estudar profissionais de saúde e justiça, observaram representações totalmente negativas do uso de drogas, percebendo-as como um problema que acarreta como consequências desajustes individuais e sociais, “não apontando nenhuma consequência positiva do uso das mesmas, como bem-estar físico ou prazer “ (p.313).

_ “aqui é muito comum o uso de drogas, lícitas e ilícitas, eles conhecem essa realidade de perto, os parentes sofrem violência física pelo uso de drogas e eles evitam até falar sobre isso, mas querem ouvir da gente falar sobre isso, então quando a gente colocou a questão das drogas na reunião foi assim legal, eles participaram, a gente pediu para eles fazerem um exercício com massinha, massa de modelar, o que para eles representava o uso de drogas e

foi legal porque eles colocaram cruz, cemitério, alguma coisa relacionada com morte; então eles têm bastante noção, eles relacionam as drogas com morte ou alguma coisa que faz mal à vida, só que eles não sabem como se livrar desse ambiente, como conviver nesse ambiente. Eu reparei que eles querem da gente uma resposta para isso, então foi uma oportunidade, a gente conversou sobre isso, mas eu acho que eles querem mais, querem falar sobre isso, querem saber como conviver com isso, sem até ter que usá-las, ser coagido ou por falta de opção.” (Cecília, médica treinada)

Com relação ao uso de álcool, as opiniões divergem. Enquanto alguns condenam o uso, outros associam seu uso ao prazer, ao lazer e aos relacionamentos sociais.

—“escolho aqui por exemplo esse casal de adolescentes brindando, tomando uma cervejinha, o que eu não vejo absolutamente nada de mais, eu acho que também é um puta de um preconceito” (Lígia, psicóloga sensibilizada)

—“é a foto da cerveja, do chope, que eles infelizmente, é uma prática comum entre eles, até porque é a realidade da família deles, o final de semana familiar é tomando chope, é tomando cerveja” (Gisela)

Essa controvérsia ilustra um dos problemas na implementação do PROSAD que é a falta de consensos sobre alguns dos comportamentos iniciados durante a adolescência como a atividade sexual e o uso de álcool.

A violência, nas suas diferentes manifestações, é um tema que preocupa muito os profissionais, por perceberem que ela faz parte do cotidiano dos adolescentes, chegando a matar clientes da unidade.

—“eles vivem essa realidade diariamente, os parentes são vítimas de violência física, não só pelo uso de drogas, mas problemas familiares, problemas de dinheiro, problemas sociais, então isso aqui é comum, eles falam muito sobre isso, também aqui a violência me pareceu por alguma coisa ligada a violência com o uso de armas. Aqui a maior violência é o uso do álcool, porque a maioria das famílias, assim de dez, nove usam álcool, então eles referiram isso como um problema doméstico, uma coisa dentro de casa, e como uma coisa muito forte, então de dez adolescentes nove disseram que os pais usam bebidas alcólicas, as mães batem neles também, e há uma relação super tumultuada dentro de casa, horrível né, e eles também queriam que a gente desse uma resposta para isso na reunião, mas, claro que a gente oferece alternativas né, mas são eles mesmos que tem que tomar o rumo da vida” (Cecília, médica treinada)

—“A primeira é a violência do dia a dia, né, porque eles convivem com isso e já se torna uma coisa normal, já não estão achando nem anormal, é anormal não ter violência, todo dia tem alguém morto ou ferido, desde criança eles têm isso.” (Helena, médica não treinada)

Para 63% dos profissionais, a violência é um tema que merece ser trabalhado mesmo por quem não tem interesse na questão. Essa é uma

grande conquista. A violência é um tema de incorporação recente à agenda da saúde pública, mas desde 1995 a SMS/RJ vem fazendo um investimento na qualificação de seus profissionais para lidar com esse assunto. A constituição dos conselhos tutelares também contribui para dar visibilidade ao tema e criar algumas retaguardas para o atendimento das vítimas, dando maior segurança aos profissionais. Existe também uma sensibilidade com relação à falta de condições dignas de vida para as famílias e de oportunidades de crescimento pessoal para os jovens.

“o nível de crianças e adolescentes que a gente tem aqui em abandono é impressionante, então, mães desesperadas que trabalham porque precisam trabalhar, lógico, para ganhar dinheiro, e os filhos ficam na rua ou os filhos fogem de casa e aí vão para o morro porque é mais fácil, entendeu? Ganhar um dinheirinho do que passar fome dentro de casa, então é isso daqui: fumo. Daqui a pouco do fumo vai para a droga e vai para o álcool e vai embora nessa linha aí sem controle e isso que só fala a favor da falta de política, isso é uma falta de vontade política, que se houvesse vontade política para resolver, não sei se resolver, eu acho resolver uma palavra forte, mas pelo menos dar uma certa conta das questões ligadas à adolescência, que é na própria formação da criança, que a formação mesmo do ser humano, as coisas não estariam como estão, mas não tem vontade política, então é assim mesmo.”
(Lígia, psicóloga sensibilizada)

Embora exista uma sensibilidade para a questão a violência intrafamiliar, não apareceu nos depoimentos nenhuma preocupação com outras formas de violência praticadas pelos próprios adolescentes nas relações interpessoais, no seu cotidiano de namoro, na escola e na comunidade.

Considerações finais

“Os limites da especulação sobre o fim e a origem da matéria e os limites do pensamento sobre o pensamento são os limites do conhecimento humano. O que não impede alguns malucos de continuarem a tentar expandi-los.”

Luiz Fernando Veríssimo

Avanços e desafios

Considerando que este estudo das representações sociais construídas pelos profissionais de saúde se insere numa avaliação, pudemos perceber avanços, limites e contradições com relação às propostas do PROSAD. Destaca-se a *informação*, elemento que está no núcleo central, articulando os demais conteúdos da representação. Vivemos a “era da informação”. Ao enfatizarem esse aspecto, os profissionais valorizam o seu próprio trabalho, e a crença na sua capacidade de mudar comportamentos, deixando em segundo plano o papel da sociedade, da família e dos próprios adolescentes em promover a saúde. Por outro lado, o sistema periférico, através dos elementos *dúvidas, disponibilidade e juventude*, revela a abertura desse grupo para o diálogo com os adolescentes, apontando a possibilidade de intercâmbio entre os seus diferentes saberes. Nesse sentido, observa-se que os profissionais que foram expostos à alguma atividade de sensibilização ou treinamento são os que têm maiores chances de ultrapassar a “cultura das palestras” para desenvolver atividades mais participativas que possibilitem a reflexão sobre os valores, desejos e projetos de vida dos adolescentes, favorecendo a ancoragem das informações.

Quanto às dificuldades, chamam atenção: a visão ainda limitada das potencialidades dos adolescentes e suas famílias, levando a pouca valorização das possibilidades de participação desses jovens e à falta de atividades sistemáticas voltadas para as famílias; a dificuldade em abordar temas como homossexualidade e uso de drogas; as limitações em direcionar atividades para os que não chegam às unidades, sobretudo os que estão fora da escola. Ressalta-se a invisibilidade de questões como gênero, portadores de deficiência e sobretudo raça. Embora a maior parte dos adolescentes que freqüentam os serviços públicos de saúde seja negra, nem um único profissional registrou esse aspecto ao descrever quem é o adolescente que sua unidade atende. Um olhar atento para essa questão possibilitaria uma ação mais afirmativa com relação aos adolescentes negros, que são, no Rio de Janeiro, as maiores vítimas da violência social.

Apesar das dificuldades, muitos são os avanços que refletem o investimento dos próprios profissionais e o impacto das atividades promovidas

pela SMS/RJ. Destacam-se algumas conquistas: a incorporação do cuidado com os adolescentes como uma responsabilidade dos serviços de saúde; a valorização do trabalho em equipe; a ênfase na disponibilidade do profissional, na escuta e na adequação da unidade às necessidades dos adolescentes como elementos importantes na captação, adesão e qualidade na atenção; a natureza da atividade educativa, mais participativa; a incorporação, nas ações, de temas complexos como sexualidade e violência; a percepção das especificidades de classe social, relação com escola, trabalho e família; a valorização da intersetorialidade e a compreensão de que a promoção da saúde e desenvolvimento ultrapassa os muros da unidade e depende da ampliação das oportunidades de educação, esportes, cultura e apoio social.

As contradições, visíveis sobretudo na abordagem do sigilo, trazem para a SMS/RJ a tarefa de criar mais oportunidades dos profissionais refletirem sobre seus próprios valores, que muitas vezes não encontram canais de expressão, entrando em conflito com as recomendações dos programas e levando a posturas ambivalentes. A relação, ainda vertical, entre profissionais e adolescentes também reflete a maneira como os profissionais em geral são tratados pela própria instituição. Uma gestão mais participativa dos serviços, que valorize a autonomia dos trabalhadores da saúde certamente poderá levar a uma relação mais horizontal com os adolescentes.

Uma vez que percebemos que o profissional de saúde é voltado para a ação, e que o papel que ele percebe que tem em relação ao adolescente direciona a sua forma de trabalhar, esse deve ser o ponto de partida para as atividades de educação continuada. Os treinamentos devem ser estruturados em função da representação que os profissionais construíram sobre saúde do adolescente. Para que se produzam mudanças, os profissionais devem ter a oportunidade de repensar os valores, normas e crenças que orientam suas ações. Só possibilitando uma reflexão crítica, se poderá avançar no sentido da promoção da saúde e da emancipação.

Os aprendizados para a Gerência do Programa de Saúde do Adolescente da SMS/RJ

A oportunidade de pensarmos o PROSAD a partir do referencial das representações sociais trouxe importantes aprendizados para o gerenciamento desse programa. Entendendo a relevância da ancoragem na construção do conhecimento, passamos a estruturar treinamentos mais setoriais, de forma a ajustar os conteúdos aos referenciais de cada categoria profissional. Ao tentarmos compreender o contexto de elaboração das representações, pudemos perceber o quanto o PROSAD traz de novidades e desafios para os serviços, aumentando nossa tolerância com relação às dificuldades na implementação do programa.

Também pudemos constatar que a invisibilidade de questões como portadores de deficiência e raça /etnia reflete o pouco investimento da gerência nessas áreas. Por outro lado, ficou mais claro que os treinamentos que vêm sendo feitos para promover o auto-conhecimento e o crescimento pessoal dos profissionais, como os cursos com o centro do Teatro do Oprimido e o Rio Abierto-Rio, são uma estratégia fundamental para a qualificação dos serviços.

A Gerência do Programa de Saúde do Adolescente da SMS/RJ sempre teve como ideologia a adequação do PROSAD às possibilidades de cada unidade e a validação das iniciativas criativas dos serviços. Instintivamente percebíamos que essa postura era importante para a valorização dos profissionais e a superação dos obstáculos. Para explicar nossa filosofia de trabalho, costumávamos usar uma história que ouvimos a respeito de projetos de urbanização:

Quando havia um espaço gramado entre duas ruas, era hábito fazer um caminho calçado com pedras para que as pessoas pudessem passar de um lado para o outro. Observava-se, no entanto, que as pessoas pisavam fora do caminho, machucando a grama. Diante dessa situação, passaram a fazer o contrário. Antes de colocar as pedras, deixavam que as pessoas passassem de um lado para outro durante um bom tempo. Depois, calçavam exatamente no trajeto mais pisado, já demarcado pelos próprios transeuntes.

Assim, explicávamos nossa proposta de incentivar a experimentação e a criatividade e posteriormente validar e socializar as alternativas encontradas pelos profissionais no cotidiano de seu trabalho. Ao final desse estudo fica claro que esse é o caminho.

Referências

ABRAMO, H.W. Considerações sobre a tematização social da juventude no Brasil. In: *Protagonismo juvenil: adolescência, educação e participação democrática*. Salvador: Fundação Odebrecht, 2000

ABRIC, J.C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A.S.P., OLIVEIRA, D.C (org.). *Estudos interdisciplinares de representação social*. Goiânia: AB, 1998. p. 27-38

ANDRADE, M.A.A. A identidade como representação e a representação da identidade. In: MOREIRA, A.S.P., OLIVEIRA, D.C (ORG.). *Estudos interdisciplinares de representação social*. Goiânia: AB, 1998, p. 141-149

ARILHA, M., CALAZANS, G. sexualidade na adolescência: o que há de novo? In: BRASIL. *Jovens acontecendo nas trilhas das políticas públicas*. Brasília: Comissão Nacional de População e Desenvolvimento, 1998.

ARRUDA, A. A Representação social da saúde num bairro de baixa renda em Campina Grande, Paraíba. *Revista de Psicologia*, Fortaleza, 3(1): 49-61. jan-jun 1985

ARRUDA, A.. Representações sociais e movimentos sociais: grupos ecologistas e ecofeministas do Rio de Janeiro. In: MOREIRA, A.S.P., OLIVEIRA, D.C (org.). *Estudos interdisciplinares de representação social*. Goiânia: AB, 1998. p. 71-86

ASSIS, M. Uma nova sensibilidade nas práticas de saúde. In: VASCONCELOS, E.M.(org) . *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde*. São Paulo: Hucitec, 2001

AYRES, J.R. Ação programática e renovação das práticas médico-sanitárias: saúde e emancipação na adolescência. In: *Saúde e debate*, n. 42, março 1994

_____; FRANÇA JR, I. Saúde do Adolescente In: *Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica*. *Saúde em Debate – Série Didática*. São Paulo: Hucitec, 2000, p.66-85

_____. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. In: *Ciência e Saúde Coletiva*, v.6, n.1, p.63-72, 2001

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa, Edições 70, 1979.

BEZERRA, V.C., LINHARES, A.C.B. A família, o adolescente e o uso de drogas. In: SCHOR, N; MOTA, M.S.T; BRANCO, V.C (org). *Cadernos de Juventude, Saúde e Desenvolvimento*, Brasília: Ministério da Saúde, 1999

BLUM, R.W. *Youth health and development: conceptual issues and measurement*. University of Minnesota: Minneapolis, USA: 1999 (mimeo)

BRANCO, V.M.C. Notificação de maus tratos: uma estratégia de proteção a crianças e adolescentes. *Revista de Pediatria da SOPERJ*. v. 3, n. 1, 2002,

BRASIL. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Brasília, 1991 (Brasil, 1991)

_____. *Programa de Saúde do Adolescente: Bases Programáticas*. Brasília: Ministério da Saúde, 1989.

_____. *Saúde e desenvolvimento da juventude brasileira: construindo a agenda nacional*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 1999.

_____. *Jovens acontecendo nas trilhas das políticas públicas*. Brasília: Comissão Nacional de População e Desenvolvimento, 1998.

BRINDIS, C.D. et al. *Improving adolescent health: an analysis and synthesis of health policy recommendations*. San Francisco, CA: National Adolescent Health Information Center, University of California, San Francisco, 1997

BURSZTYN, I., TURA, L.F.R. Avaliação em saúde e a teoria das representações sociais: notas para a análise de possíveis interfaces. In: MOREIRA, A.S.P. (org.) *Representações sociais: teoria e prática*. João Pessoa: Editora Universitária, 2001.

_____, BRANCO, V.M.C., TURA, L.F. Avaliação do PROSAD: uma construção a partir dos atores. *Saúde em foco*. Rio de Janeiro, n.21, julho 2001, p.97-113

BURT, M.R. *Why should we invest in adolescents ?* Washington, D.C.: Pan American Health Organization, 1998

BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 5, n. 1, p. 163-171, 2000

CALAZANS, G. *Cultura Adolescente e Saúde: Perspectivas para a Investigaçã*. São Paulo: NEPO, 1999 (mimeo)

CAMARGO, B.V. Representações sociais do preservativo e da AIDS: spots publicitários escritos por jovens para a televisão francesa. In: JODELET, D. e MADEIRA, M. *Aids e representações sociais: à busca de sentidos*. Natal: UFRN, 1998

CANGUILHEM, G. *O Normal e o Patológico*. Rio de Janeiro. Ed. Forense Universitária, 1978.

CARDOSO, C. (org). *Confusões de aborrecente*. Rio de Janeiro; Frente, 1995

CHAVES, M. M. Complexidade e transdisciplinariedade: uma abordagem multidimensional do setor saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro, v.22, n. 4, p. 7-18, jan/abr 1998

COSTA, A.C.G. *Protagonismo juvenil: adolescência, educação e participação democrática*. Salvador: Fundação Odebrecht, 2000

_____. O Adolescente como Protagonista. In SCHOR, N; MOTA, M.S.T; BRANCO, V.C (org). *Cadernos de Juventude, Saúde e Desenvolvimento*, Brasília: Ministério da Saúde, 1999

COSTA, W.A., ALMEIDA, A.M.O. A construção social do conceito de bom professor. In: MOREIRA, A.S.P., OLIVEIRA, D.C (ORG.). *Estudos interdisciplinares de representação social*. Goiânia: AB, 1998, p. 251 –269

FERRAZ, S.T. *Cidades saudáveis, uma urbanidade para 2000*. Brasília: Paralelo15, 1999

FOCUS ON YOUNG ADULTS. *A Guide to monitoring and evaluating adolescent reproductive health programs*. Washington DC: Tool series, 2000.

FORTES, P.A; SACARDO, D.P. Ética na assistência à saúde do adolescente e do jovem *in* SCHOR,N; MOTA, M.S.T; BRANCO,V.C (org). *Cadernos de Juventude, Saúde e Desenvolvimento*, Brasília: Ministério da Saúde, 1999

FRANCO,S.; KLASS, R; PITTMAN, P. Síntesis de resultados del estudio: *Análisis de la dimensión socio-emocional en la atención de salud perinatal de adolescentes: un modelo de evaluación de calidad de la atención. El caso de Avellaneda en la Provincia de Buenos Aires, Argentina*. Programa Mujer, Salud y Desarrollo/ Organización Panamericana de la Salud, 1998

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 21. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

GARRAFA, V. *A Dimensão da Ética em Saúde Pública*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, USP, 1995

GOMES, R ; NISKIER, R. O pediatra e a prevenção da violência. *Revista de Pediatria da SOPERJ*. Ano II nº 2 set –dez 2001

GINZBURG, C. *Mitos, emblemas, sinais: morfologia e história*. São Paulo, Companhia das Letras, 1989.

GROSSMAN, E. *O médico de adolescentes e seu ofício: reflexões sobre a norma e a prática*. Dissertação de mestrado em Saúde da Criança. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, 1995

GUTIERREZ, M.E. Les représentations sociales de la grossesse des jeunes filles chez les adolescentes enceintes á risque et chez les professionnels, dans une institution de santé à Bogotá – Colombie. In: *Proceedings of the Fifth International Conference on Social Representations: new constructions*. Montreal, 2000

IYDA,M. Saúde pública: reprodução e legitimação. In: SPÍNOLA, AW.P.S. et al. (coord). *Pesquisa social em saúde*. Rio de Janeiro, Cortez, 1992

JODELET D *Representação social: fenômenos, conceito e teoria*. Tradução de GAMA, M. do texto Représentation sociale: phénomènes, concept et théorie. In Moscovici, S. (org.) *Psychologie Sociale*. Paris: Presses Universitaires de France,1984 . Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1988 (mimeo)

_____. Representações do contágio e da AIDS. In: JODELET, D. e MADEIRA, M. *Aids e representações sociais: à busca de sentidos*. Natal: Editora UFRN, 1998

_____. (org). *As representações sociais* . Rio de Janeiro: UERJ, 2001

JOFFE, H. “Eu não”, “o meu grupo não”: representações sociais transculturais da AIDS. In GUARESCHI,P. e JOVCHELOVITCH,S. (org.). *Textos em Representações Sociais*. Petrópolis: Vozes, 1999, p 297 – 322.

LAGE, E. A Representação da AIDS para pré-adolescentes. In: JODELET, D. e MADEIRA, M. *Aids e representações sociais: à busca de sentidos*. Natal: Editora UFRN, 1998

MACIEL, S. C., MOREIRA, A.S.P., GONTIÈS, B. Representação social sobre drogas e práticas profissionais. In: MOREIRA, A. S. P. (org.) *Representações sociais: teoria e prática*. João Pessoa: Editora Universitária, 2001. p.295-317

MADEIRA, F.R; RODRIGUES,E.M. Recado dos jovens: mais qualificação. In: BRASIL.*Jovens acontecendo nas trilhas das políticas públicas*. Brasília: Comissão Nacional de População e Desenvolvimento, 1998, p. 427-496

MADEIRA, M.C. A confiança afrontada: representações sociais da AIDS para jovens. In: JODELET, D. e MADEIRA, M. *Aids e representações sociais: à busca de sentidos*. Natal: Editora UFRN, 1998

MATTOS, R.A. Em busca de novos projetos coletivos In: *Gestão do SUS; problemas, desafios e avanços*. Ciência e Saúde Coletiva. Vol 4 nº 2, 1999

MINAYO, M.C.S. et al . *Fala Galera: Juventude, Violência e Cidadania na Cidade do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Garamond,1999

_____, HARTZ, Z.M.A., BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde; um debate necessário. *Ciência e Saúde Coletiva*. v. 5, n. 1. Rio de Janeiro: Abrasco, 2000

MORIN, E. A Ciência-Problema. In: *Ciência com Consciência*. Mira Sintra: Europa-América,1994

MORIN, M. Entre représentations et pratiques: le sida, la prévention et les jeunes. In: ABRIC, J.-C. (org.) *Pratiques sociales et représentation*. Paris: PUF, 1994. p.109-44.

MOSCOVICI, S. *A Representação Social da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

_____, MARKOVÁ, I. Presenting social representations: a conversation. In: *Culture and Psychology*. London: Sage, 1998. p. xxxx

NEMES,M.I.B.N. Prática programática em saúde. In: SCHRAIBER,L.B.; NEMES, M.I.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. (org) *Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica*. Saúde em Debate – Série Didática. São Paulo: Hucitec, 2000

OLIVEIRA, D.C., ALVARENGA, A.T. Práticas profissionais em saúde dirigidas à promoção do desenvolvimento da criança: um estudo de representações sociais. In: MOREIRA, A.S.P. (org.) *Representações sociais: teoria e prática*. João Pessoa: Editora Universitária, 2001. p.223-68

_____, SIQUEIRA, A. A. F. , ALVARENGA, A.T. Práticas sociais em saúde: uma releitura à luz da teoria das representações sociais. In: MOREIRA, A.S.P., OLIVEIRA, D.C (ORG.). *Estudos interdisciplinares de representação social*. Goiânia: AB, 1998. p. 163-90

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DA LA SALUD. *Proyecto de desarrollo y salud integral de adolescentes y jóvenes en America Latina y el Caribe 1997-2000*. Washington DC, 1998a (mimeo)

_____. *Reunión de expertos em desarrollo educativo para la salud de los adolescentes*. Washington DC: 1998b (mimeo)

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Diretrizes para a programação da saúde integral do adolescente e módulos de atendimento. Washinton, D.C. (sem data)

OUTEIRAL, J. *Adolescer: estudos sobre a adolescência*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

PEDUZZI, M.; PALMA, J.J.L. A equipe de saúde In: SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. (org). *Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica*. Saúde em Debate – Série Didática. São Paulo: Hucitec, 1996

PIMENTA, M.C. et al. Passagem segura para a vida adulta: oportunidades e barreiras para a saúde sexual dos jovens brasileiros. Rio de Janeiro: ABIA, 2000

PIROTTA, W.R.B., PIROTTA, K.C.M. O adolescente e o direito à saúde após a Constituição de 1988. In SCHOR, N.; MOTA, M.S.T.; BRANCO, V.C (org). *Cadernos de Juventude, Saúde e Desenvolvimento*, Brasília: Ministério da Saúde, 1999, p. 30-40

ROUQUETTE, M.L. Representações e práticas sociais: alguns elementos teóricos. In: MOREIRA, A.S.P., OLIVEIRA, D.C (ORG.). *Estudos interdisciplinares de representação social*. Goiânia: AB, 1998

RUA, M.G. As políticas públicas e a juventude dos anos 90. In: BRASIL. *Jovens acontecendo nas trilhas das políticas públicas*. Brasília: Comissão Nacional de População e Desenvolvimento, 1998, p.731-749

RUZANY, M.H. *Mapa da situação de saúde do adolescente no Município do Rio de Janeiro*. Tese de doutorado em Saúde Pública. Rio de Janeiro: ENSP/ Fiocruz, 2000

SÁ, C. P. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, M.J. (org.) *O conhecimento do cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social*. São Paulo: Brasiliense, 1995. p. 19-45

_____. Núcleo central das representações sociais. Petrópolis: Vozes, 1996

_____. Prefácio. In: MOREIRA, A.S.P., OLIVEIRA, D.C (ORG.). *Estudos interdisciplinares de representação social*. Goiânia: AB, 1998a p.V-IX

_____. *A construção do objeto de pesquisa em representações sociais*. Rio de Janeiro: UERJ, 1998b.

SÁ, M.C. O mal estar nas organizações de saúde: planejamento e gestão como problemas ou soluções. In: *Gestão do SUS: problemas, desafios e avanços*. *Ciência e Saúde Coletiva*. v. 4, n. 2. Rio de Janeiro: Abrasco, 1999

SALA, A.; NEMES, M.I.B.; COHEN, D.D. A avaliação na prática programática. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; GONÇALVES, R. B. M. (Org.) *Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Hucitec, 2000. p.173-193.

SANTOS, M.F.S. Representação social e identidade. In: Moreira, A.S.P., Oliveira, D.C (org). *Estudos interdisciplinares de representação social*. Goiânia: AB,1998

SCHAIBER, L.B., MENDES-GONÇALVES, R.B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; GONÇALVES, R. B. M. (Org.) *Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Hucitec, 2000

_____ et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. In: *Gestão do SUS: problemas, desafios e avanços. Ciência e Saúde Coletiva*. Vol 4 nº 2,. Rio de Janeiro: Abrasco,1999

SERRANO, M.M., LEMOS, S. Promoção de saúde: um novo paradigma. *Boletim Abrasco* ano XIX- maio/agosto 2002 – nº 85

SHAH, M; ZAMBESI,R ;SIMASIKU,M. Listening to Young Voices: Facilitating Participatory Appraisals on Reproductive Health with Adolescents. *Focus Tool Series#1*. Care International in Zambia, 1999

SMEKE,E.L.M, OLIVEIRA, N.L.S. Educação em saúde e concepções de sujeito. In: VASCONCELOS, E.M.(org). In: *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde*. São Paulo: Hucitec, 2001

SCHULZE, C.M.N. As representações sociais de pacientes portadores de câncer. In: SPINK, M.J. (org.) *O conhecimento do cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social*. São Paulo, Brasiliense, 1993. p. 266-79.

TURA, L. F. R. AIDS e estudantes: a estrutura das representações sociais. In: JODELET, D. e MADEIRA, M. *Aids e representações sociais: à busca de sentidos*. Natal: Editora UFRN, 1998. p.121-54

_____. *Os jovens e a prevenção da AIDS no Rio de Janeiro*. Tese (Doutorado em Medicina) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro: Rio de Janeiro, 1997.

UNICEF. *Youth health for a change: a UNICEF notebook on programming for young people's health and development*, Washington DC, 1997

VALLA, V.V. Investigação científica, assessoria popular e capacitação técnica. In: SPÍNOLA, AW.P.S. et als (coord). *Pesquisa social em saúde*. Rio de Janeiro, Cortez, 1992

VERGÈS, P. Evocation de l'argent: une méthode pour la définition du noyau central d'une représentation. *Bulletin de Psychologie*, v. 45, n. 405, p. 203-9, 1992.

_____. Approche du noyau central: propriétés quantitatives et structurales. In: GUIMELLI, C.(org.). *Structures et transformations des représentations sociales*. Lausanne, Delachaux et Niestlé, 1994. p. 233-53.

VIANA, A.L.A. As políticas de saúde nas décadas de 80 e 90: o (longo) período de reformas In: CANESQUI, A.M. (org). *Ciências Sociais e Saúde para o Ensino Médico*. São Paulo: Hucitec, 2000, p.113-133

WAGNER, W. Sócio-gênese e características das representações sociais. In: MOREIRA, A.S.P., OLIVEIRA, D.C (ORG.). *Estudos interdisciplinares de representação social*. Goiânia: AB, 1998

WELLER, S.I., ORELLANA, L.C. Los Jovenes y la Salud. Construcción de grupos en función de representaciones sobre salud y enfermedad. In: *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 397-404, jul-set, 1997

WORLD HEALTH ORGANIZATION, UNICEF. *Programming for adolescent health and development: what should we measure and how? A joint WHO/UNICEF Initiative*. Report of the first meeting. Morges, Switzerland, 1998

_____. *The Second Decade: Improving Adolescent Health and Development*. Geneve, WHO, 1998

_____, UNFPA, UNICEF. *Programming for Adolescent Health and Development: Report of a WHO/UNFPA/UNICEF Study Group on Programming for Adolescent Health*. Genève: WHO Technical Report Series: 886, 1999

_____. Strategies for assisting health workers to modify and improve skills: developing quality health care: a process of change. In: *Issues in health services. Discussion paper #1: improving provider skills*. Geneva: WHO, 2000

Anexos

Anexo 1**Atenção à Saúde do Adolescente**

Questionário para os profissionais de saúde

1- Unidade de saúde.....

2- Profissão:

3- Idade:

4- Sexo feminino masculino

5- Estado civil solteiro (a) casado(a) vive com companheiro (a)
 separado (a) / divorciado (a) viúvo (a)

6- Se tem filhos, anote as idades dos mesmos: anos

7- Tempo de serviço na SMS-RJ

menor do que 1 ano 1-2 anos 3-5 anos 6-10 anos 10 ou mais

8- Tempo de serviço na unidade

menor do que 1 ano 1-2 anos 3-5 anos 6-10 anos 10 ou mais

9- Tempo de trabalho com adolescentes

menor do que 1 ano 1-2 anos 3-5 anos 6-10 anos 10 ou mais

10- Já participou de algum treinamento ou sensibilização sobre saúde do adolescente?

sim não

11- Em caso de ter participado, qual foi o tipo de atividade?

Centro de estudos

Treinamento ou curso de capacitação

Projeto EDUCARTE

Estágio

Congresso

Seminário

Técnicas do Teatro do Oprimido

Discussão sobre Adolescência em treinamento de outro programa

Conteúdo de Adolescência na graduação

outros:

.....

.....

12- Como você caracteriza os adolescentes atendidos por esta unidade?

.....

.....

.....

.....

.....

13- Em sua opinião, o que seria necessário para desenvolver um bom trabalho com adolescentes?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

14- Escolha, por ordem de importância, os 3 fatores mais importantes e os 3 menos importantes para a captação e adesão dos adolescentes ao programa?

- A - Divulgação do programa na comunidade
- B - Não exigência da presença de responsável
- C - Garantia de sigilo
- D - Flexibilidade nos horários de atendimento
- E - Atividades de grupo
- F - Parceria com outras instituições
- G - Integração entre os diferentes setores da unidade
- H - Profissionais capacitados
- I - Acesso a camisinhas e outros métodos anticoncepcionais
- J - Envolvimento dos adolescentes no planejamento
- L - Atendimento na porta de entrada

| Fatores mais importantes (anotar a letra) | Fatores menos importantes (anotar a letra) |
|--|---|
| 1- | 1- |
| 2- | 2- |
| 3- | 3- |

15- Em sua avaliação, quais os 3 principais problemas dos adolescentes atendidos nesta unidade?

1-.....

2-.....

3-.....

16- Se tivesse poder de decisão, que providências tomaria para que esta unidade melhorasse o seu trabalho com os adolescentes?

.....
.....
.....
.....
.....

17- Agora selecione, dentre as opções acima, a que você considera mais importante

.....
.....

18- Como você caracterizaria o adolescente que esta unidade deveria atender?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

19- Numere, por ordem de importância, as cinco principais dificuldades encontradas no trabalho que você desenvolve (sendo 1 a mais importante e 5 a menos importante)

- Falta de treinamento/ capacitação dos profissionais
- Precariedade de recursos humanos
- Baixos salários
- Falta de reuniões regulares de equipe
- Falta de prioridade para a área social
- Pouco tempo para atendimento individual
- Ausência de prioridade para os adolescentes nas políticas de saúde
- Não priorização das atividades educativas
- Falta de compromisso dos profissionais
- Pouca integração com outros programas e setores da unidade
- Falta de material de apoio
- Dificuldades de encaminhamento dos casos mais graves

20- Dê a sua opinião sobre as afirmativas abaixo:

| | |
|---|--|
| A comunidade não colabora com o nosso trabalho | <input type="checkbox"/> concordo <input type="checkbox"/> concordo parcialmente <input type="checkbox"/> discordo parcialmente <input type="checkbox"/> discordo <input type="checkbox"/> não sei responder |
| Muitos profissionais têm vergonha de falar sobre sexo com os adolescentes | <input type="checkbox"/> concordo <input type="checkbox"/> concordo parcialmente <input type="checkbox"/> discordo parcialmente <input type="checkbox"/> discordo <input type="checkbox"/> não sei responder |
| Os adolescentes homossexuais devem ser avaliados por um psicólogo | <input type="checkbox"/> concordo <input type="checkbox"/> concordo parcialmente <input type="checkbox"/> discordo parcialmente <input type="checkbox"/> discordo <input type="checkbox"/> não sei responder |
| A maconha é a droga mais usada pelos adolescentes | <input type="checkbox"/> concordo <input type="checkbox"/> concordo parcialmente <input type="checkbox"/> discordo parcialmente <input type="checkbox"/> discordo <input type="checkbox"/> não sei responder |
| Os adolescentes gostam que os outros saibam que eles estão transando | <input type="checkbox"/> concordo <input type="checkbox"/> concordo parcialmente <input type="checkbox"/> discordo parcialmente <input type="checkbox"/> discordo <input type="checkbox"/> não sei responder |
| Trabalhar com adolescentes é irritante | <input type="checkbox"/> concordo <input type="checkbox"/> concordo parcialmente <input type="checkbox"/> discordo parcialmente <input type="checkbox"/> discordo <input type="checkbox"/> não sei responder |
| A questão sócio econômica é um fator determinante para o grande número de adolescentes grávidas | <input type="checkbox"/> concordo <input type="checkbox"/> concordo parcialmente <input type="checkbox"/> discordo parcialmente <input type="checkbox"/> discordo <input type="checkbox"/> não sei responder |
| Não se deve atender o adolescente sem a presença de um acompanhante | <input type="checkbox"/> concordo <input type="checkbox"/> concordo parcialmente <input type="checkbox"/> discordo parcialmente <input type="checkbox"/> discordo <input type="checkbox"/> não sei responder |
| Os adolescentes não procuram a família para falar de seus problemas | <input type="checkbox"/> concordo <input type="checkbox"/> concordo parcialmente <input type="checkbox"/> discordo parcialmente <input type="checkbox"/> discordo <input type="checkbox"/> não sei responder |
| O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento é um direito dos adolescentes | <input type="checkbox"/> concordo <input type="checkbox"/> concordo parcialmente <input type="checkbox"/> discordo parcialmente <input type="checkbox"/> discordo <input type="checkbox"/> não sei responder |
| É gratificante trabalhar com adolescentes | <input type="checkbox"/> concordo <input type="checkbox"/> concordo parcialmente <input type="checkbox"/> discordo parcialmente <input type="checkbox"/> discordo <input type="checkbox"/> não sei responder |
| As meninas ficam grávidas porque não se cuidam | <input type="checkbox"/> concordo <input type="checkbox"/> concordo parcialmente <input type="checkbox"/> discordo parcialmente <input type="checkbox"/> discordo <input type="checkbox"/> não sei responder |
| Sinto-me cansado em fazer um bom trabalho e não ser reconhecido | <input type="checkbox"/> concordo <input type="checkbox"/> concordo parcialmente <input type="checkbox"/> discordo parcialmente <input type="checkbox"/> discordo <input type="checkbox"/> não sei responder |
| O profissional só deve trabalhar com a questão da violência se tiver interesse no assunto | <input type="checkbox"/> concordo <input type="checkbox"/> concordo parcialmente <input type="checkbox"/> discordo parcialmente <input type="checkbox"/> discordo <input type="checkbox"/> não sei responder |

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

21- Marque 3 qualidades, que você considera as mais importantes, para um profissional trabalhar bem com adolescentes:

- Flexibilidade
- Conhecimento / informação
- Compromisso
- Gostar de adolescentes
- Bom humor
- Saber trabalhar em equipe
- Paciência
- Poder de persuasão
- Saber ouvir
- Respeito
- Saber lidar com situações difíceis
- Ter sua sexualidade trabalhada

22- Avalie, segundo o grau de importância, as características dos adolescentes que podem dificultar o bom desenvolvimento das atividades

| | Sem importância | Pouco importante | Muito importante |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Irreverência | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dificuldade em seguir normas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dependência de informações de amigos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Reação à orientação de adultos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Medo de não ser compreendido | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vergonha de colocar seus problemas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Falta às consultas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Não querem enfrentar a fila | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Desinteresse em participar das atividades | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Baixa frequência à unidade | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Impaciência | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rebeldia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Agressividade | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Medo que sua família saiba que está sendo atendido | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

23- Observações (espaço reservado para você expressar outras questões que considera importante e que não tenham sido contempladas no questionário)

.....

.....

.....

.....

.....

Obrigado pela participação

Anexo 2 - Resultados dos questionários

Tabela 7- Fatores mais importantes, por ordem de importância, para a captação e adesão de adolescentes ao programa

| Fatores | 1º | 2º | 3º | totais |
|-----------------------------------|-----------|----|----|-----------|
| Divulgação na comunidade | 58 | 6 | 4 | 68 |
| Não exigência de responsável | 4 | 6 | 5 | 15 |
| Sigilo | 9 | 14 | 7 | 30 |
| Flexibilidade de horário | 8 | 9 | 7 | 24 |
| Atividades de grupo | 5 | 13 | 19 | 37 |
| Parcerias com outras instituições | 5 | 12 | 10 | 27 |
| Integração entre os setores | 1 | 15 | 6 | 22 |
| Profissionais capacitados | 13 | 24 | 16 | 53 |
| Acesso a camisinhas/métodos | 1 | 6 | 9 | 16 |
| Adolescentes no planejamento | 2 | 6 | 22 | 30 |
| Porta de entrada | 10 | 1 | 8 | 19 |

Tabela 8 - Fatores menos importantes, por ordem, para a captação e adesão de adolescentes ao programa

| fatores | 1º | 2º | 3º | totais |
|-----------------------------------|-----------|----|----|-----------|
| Divulgação na comunidade | 4 | 4 | 2 | 10 |
| Não exigência de responsável | 39 | 9 | 12 | 60 |
| Sigilo | 10 | 10 | 6 | 26 |
| Flexibilidade de horário | 14 | 19 | 13 | 46 |
| Atividades de grupo | 2 | 4 | 5 | 11 |
| Parcerias com outras instituições | 12 | 15 | 9 | 36 |
| Integração entre os setores | 8 | 15 | 14 | 37 |
| Profissionais capacitados | 1 | 2 | 2 | 5 |
| Acesso a camisinhas/métodos | 3 | 6 | 5 | 14 |
| Adolescentes no planejamento | 3 | 9 | 3 | 15 |
| Porta de entrada | 17 | 12 | 23 | 52 |

Tabela 9 - As cinco dificuldades mais importantes encontradas no trabalho

| dificuldades | 1ª | 2ª | 3ª | 4ª | 5ª | Totais |
|--|----|----|----|----|----|--------|
| Falta de treinamento dos profissionais | 16 | 17 | 11 | 4 | 7 | 45 |
| Precariedade de RH | 26 | 14 | 16 | 3 | 5 | 64 |
| Baixos salários | 8 | 11 | 2 | 5 | 17 | 43 |
| Falta de reuniões de equipe | 5 | 9 | 11 | 6 | 13 | 44 |
| Falta de prioridade para a área social | 8 | 16 | 8 | 9 | 4 | 45 |
| Pco. tempo atendimento individual | 10 | 7 | 8 | 12 | 7 | 44 |

| | | | | | | |
|--|----|---|----|----|----|----|
| Ausência prioridade para adolescente nas políticas públicas de saúde | 14 | 9 | 20 | 9 | 8 | 60 |
| Não priorização das atividades educativas | 6 | 7 | 7 | 13 | 8 | 41 |
| Falta de compromisso dos profissionais | 3 | 1 | 4 | 4 | 1 | 13 |
| Pca. integração com outros programas e setores da unidade | 4 | 2 | 8 | 12 | 9 | 35 |
| Falta de material de apoio | 2 | 5 | 3 | 15 | 9 | 34 |
| Dificuldades nos encaminhamentos de casos graves | 6 | 7 | 7 | 10 | 12 | 42 |

Tabela 10 - As três qualidades mais importantes para um profissional trabalhar bem com adolescentes

| Qualidade | | | | Totais |
|------------------------------------|-----------|----|----|-----------|
| Compromisso | 7 | 9 | 1 | 17 |
| Saber lidar com situações difíceis | 0 | 1 | 22 | 23 |
| Flexibilidade | 22 | 2 | 2 | 26 |
| Gostar de adolescentes | 23 | 38 | 1 | 62 |
| Bom humor | 5 | 6 | 7 | 18 |
| Informação | 49 | 9 | 2 | 60 |
| Saber ouvir | 7 | 23 | 30 | 60 |
| Paciência | 2 | 12 | 7 | 21 |
| Respeito | 1 | 4 | 29 | 34 |
| Ter sua sexualidade trabalhada | 1 | 11 | 14 | 26 |

Tabela 11- Escala de atitudes

| | CO | CP | DP | DI | NS* |
|--|----|----|----|----|-----|
| A comunidade não colabora com o nosso trabalho | 14 | 46 | 12 | 31 | 12 |
| Muitos profissionais têm vergonha de falar sobre sexo com os adolescentes | 34 | 29 | 18 | 31 | 4 |
| Os adolescentes homossexuais devem ser avaliados por um psicólogo | 29 | 37 | 20 | 24 | 5 |
| A maconha é a droga mais usada pelos adolescentes | 27 | 18 | 9 | 25 | 35 |
| Os adolescentes gostam que os outros saibam que eles estão transando | 28 | 33 | 20 | 27 | 7 |
| Trabalhar com adolescentes é irritante | 3 | 8 | 13 | 87 | 5 |
| A questão sócio-econômica é um fator determinante para o grande número de adolescente grávidas | 33 | 41 | 13 | 29 | 0 |
| Não se deve atender o adolescente sem a presença de um responsável | 8 | 21 | 16 | 69 | 1 |
| Os adolescentes não procuram a família para falar de seus problemas | 47 | 53 | 12 | 3 | 1 |

| | | | | | |
|---|----|----|----|----|---|
| Distribuir camisinhas é um incentivo para os adolescentes transarem | 8 | 11 | 20 | 76 | 1 |
| É gratificante trabalhar com adolescentes | 84 | 20 | 1 | 2 | 8 |
| As meninas ficam grávidas porque não se cuidam | 29 | 32 | 30 | 25 | 0 |
| Sinto-me cansado em fazer um bom trabalho e não ser reconhecido | 29 | 23 | 10 | 49 | 5 |
| O profissional só deve trabalhar com a questão da violência se tiver interesse no assunto | 28 | 14 | 13 | 59 | 2 |

*CO - concordo ; CP – concordo parcialmente; DP – discordo parcialmente; DI - discordo;
NS – não sei responder

Tabela 12- Características dos adolescentes que podem dificultar o bom desenvolvimento das atividades

| | Sem importância | Pouco importante | Muito importante |
|--|-----------------|------------------|------------------|
| Irreverência | 26 | 55 | 31 |
| Dificuldade em seguir normas | 9 | 43 | 59 |
| Dependência de informações de amigos | 16 | 38 | 56 |
| Reação à orientação de adultos | 8 | 47 | 56 |
| Medo de não ser compreendido | 12 | 20 | 80 |
| Vergonha de colocar seus problemas | 2 | 18 | 94 |
| Falta às consultas | 4 | 23 | 86 |
| Não querem enfrentar fila | 26 | 47 | 41 |
| Desinteresse em participar das atividades | 9 | 25 | 80 |
| Baixa frequência à unidade | 10 | 23 | 76 |
| Impaciência | 13 | 52 | 47 |
| Rebeldia | 9 | 49 | 56 |
| Agressividade | 8 | 39 | 67 |
| Medo que sua família saiba que está sendo atendido | 21 | 45 | 47 |
| Totais | 173 | 401 | 876 |

Quadro 3

| Quem é o adolescente que a unidade atende | | Quem é o adolescente que a unidade deveria atender | |
|---|-----------|---|-----------|
| São carentes (carente em geral, carente financeiro, moradores de favela e de casa de acolhida, baixa escolaridade) | 56 | Todos | 26 |
| São desinformados (desinformados, em busca de informação, hábitos e crenças impróprios) | 53 | Resposta truncada ou em branco | 19 |
| São alegres e amáveis (amáveis e tranquilos, esperançosos, alegres, confiantes, boa índole, participativos, inteligentes, companheiros, informados, espontâneos) | 28 | Os desinformados | 16 |
| Têm precário apoio da família (sem diálogo com os pais, valores e padrões éticos distorcidos, famílias desestruturadas) | 26 | Os que já atende | 12 |
| Têm carência afetiva (com carências afetivas, desestimulados, baixa auto-estima, sofridos) | 24 | Os carentes | 11 |
| São impacientes e mal educados (Impacientes, mal educados, desinteressados, aborrecidos, desligados e desconfiados) | 23 | Os integrados à família e à escola, com interesses em problemas sociais e da comunidade e com saúde | 6 |
| Não têm perspectiva de futuro (sem perspectiva de futuro, perdidos, imediatistas) | 12 | Todos os da área do Posto | 5 |
| São provenientes de diferentes camadas sociais | 08 | Os que têm problemas psicológicos | 5 |

Quadro 3 - continuação

| | | | |
|---|-----------|--|----------|
| São carentes de apoio psicológico (problemas psicológicos, apoio psicológico, necessidade de ajuda) | 06 | Os menos carentes e mais educados | 5 |
| Têm problemas normais da idade (Frágeis, tímidos, dificuldades de falar dos próprios problemas) | 06 | Os que têm problemas da idade (Frágeis, tímidos, dificuldades de falar dos próprios problemas) | 4 |
| Têm iniciação sexual precoce (iniciação sexual precoce, gravidez, com filhos) | 06 | Os que buscam soluções | 4 |
| São estudantes (Escolares, escolas da área) | 06 | Os que não procuram a unidade | 4 |
| São trabalhadores (trabalhadores e interessados em trabalhar) | 05 | Os usuários de drogas | 4 |
| Comparecem às consultas sozinhos | 04 | Os que buscam a prevenção | 3 |
| Convivem em ambientes de risco (abuso sexual, violência e drogas) | 03 | Os que têm precário apoio da família | 3 |
| Procuram tarde os serviços | 02 | Os que têm iniciação sexual precoce | 2 |
| Comparecem às consultas com os pais | 02 | Os mais problemáticos | 1 |
| | | Os não escolares | 1 |
| | | Os menos carentes e mais educados | 1 |

Quadro 4 - Providências que tomaria para que essa unidade melhorasse seu trabalho com adolescentes

| Eixos | Categoria | Conteúdos | F |
|------------------------|--------------------------------------|--|----------|
| Profissionais / equipe | Ampliação do quadro de profissionais | Contratação Admissão de capacitados ↑Nº de capacitados ↑Nº de prof envolvidos Quantidade de RH Contratação Ampliação do quadro Profissionais específicos : psicólogo, GO, Médicos especializados | 23 |
| | Integração | Integração na equipe Integração com outros programas | 7 |
| | Equipe multiprofissional | Existência da equipe Criação de equipe (inclui professor) Equipe capacitada Equipe completa | 6 |
| | Disponibilidade e postura | Disponibilidade interna Lotar profissionais sensibilizados Profissionais disponíveis Sensibilizar profissionais para estarem disponíveis Envolvimento no trabalho Profissionais sensíveis Paciência Jogo de cintura Tratar com seriedade Educação Carinho, Respeito, Amor Profissionais apto a receber , ouvir Gerar confiança | 14 |

| | | | |
|----------------------------|-------------------------------------|---|----|
| | Treinamentos | Profissionais treinados Comunidade treinada para dar informação e orientação Treinamento como incentivo ao profissional Preparo do profissionais para as atividades (visitas dom e reuniões com as adolescentes) Treinamento na própria unidade Curso de capacitação Capacitar diferentes categorias Capacitar o maior n.º possível de profissionais Capacitar ped, gin, obst, AS, nut,odonto, psic | 20 |
| | Condições de trabalho | Incentivo financeiro (gratificação) Salário Menos burocracia | 4 |
| Organização da assistência | Oferta de serviços | Apoio social Orientação psicológica Serviços especializados: odontologia, nutrição, psicologia, dermatologia Garantia de atendimento médico e odontológico Atendimento multidisciplinar Atendimento até 19anos na Odontologia ↑Capacidade de oferta de serviços Pediatria atendendo adolescentes pela manhã e a tarde | 7 |
| | Prioridade no posto e nas políticas | Prioridade no Serviço Social e médico Liberar profissionais para treinamento Abrir as portas de todos os programas Criação de ambulatório multidisciplinar Permitir dedicação exclusiva ao programa Porta de entrada aberta Ala específica para o atendimento multidisciplinar Meios legítimos de execução com o apoio da SMS Prioridade nas ações educativas | 11 |

| | | |
|--|--|----|
| Adequação às necessidades do adolescente | <p>Dar solução à queixa Horários flexíveis 3 Turno específico para adolescentes Tempo para discussões e retirada de dúvidas com os adolescentes sem necessidade de consulta médica Entrosamento da unidade com os adolescentes Pré consulta separada das criancinhas Espaço adequado para atendimento e atividades de grupo Silêncio e privacidade Quadra de esportes Trabalho com música, dança Oficinas no posto Obras de infra-estrutura</p> | 21 |
| Atividades educativas | <p>Grupos interativos Palestras Dinâmicas de grupo Sala de espera Oficinas de capacitação para os adolescentes Atividades extra-muro: passeios, jogos Maior informação Orientar para a usar métodos na hora certa, e não antes do tempo</p> | 14 |
| Insumos | <p>Material didático Verbas para dinamizar os grupos Garantia/ aumento de insumos do VEC e da contraceção (camisinhas e outros métodos) Recursos para materiais Informatizar o atendimento</p> | 9 |
| Tempo | <p>Redução do n.º de atendimentos Tempo Disponibilidade de horário Tempo de duração dos grupos de adolescentes Tempo para a equipe se reunir</p> | 8 |
| Família | <p>Trabalho com a família Telefone para facilitar contato com as famílias Pedir ao responsável para trazer o filho ao</p> | 7 |

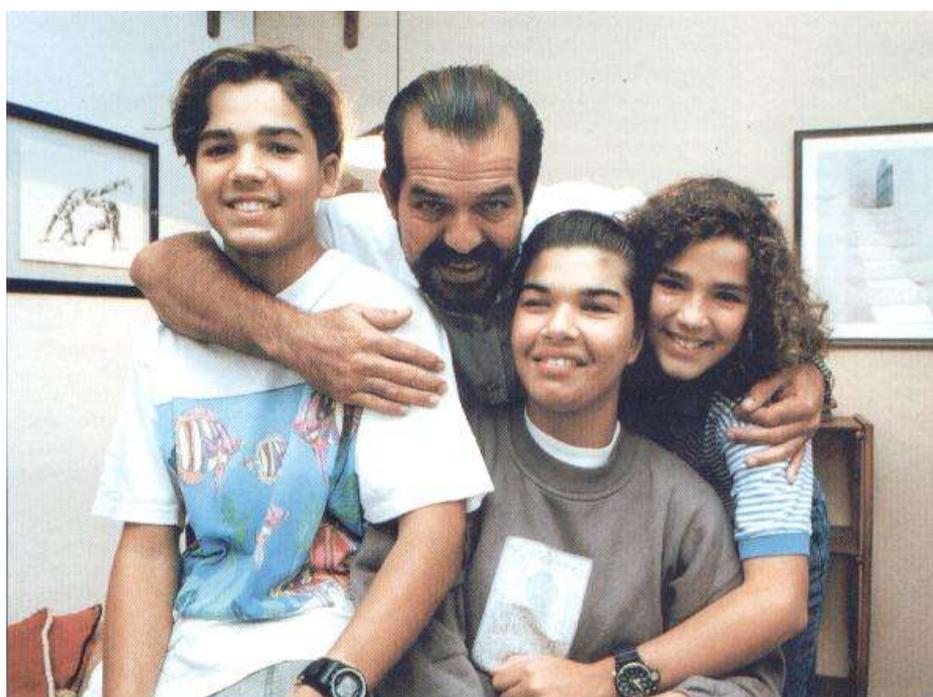
| | | | |
|-----------|--------------------------|---|-----|
| | | posto Orientação /conscientização dos pais | |
| Parcerias | Integração com a escola | Projetos com a escola Interação posto/escola Entrar nas escolas para informar os adolescentes Facilitar o acesso das professoras na saúde | 8 |
| | Parcerias / comunidade | Convênios / parcerias com atividades esportivas, recreativas, artísticas e profissionalizantes Parcerias / integração com outras instituições, ONG, CEMASI Parcerias com quem pudesse me ajudar Envolvimento com a comunidade Visita à comunidade; conhecer a favela do adolescente | 12 |
| | Divulgação | Divulgar o privilégio de n.º específico para adolescentes na ginecologia Divulgar na comunidade Divulgação interna e externa Divulgação maciça | 13 |
| | Planejamento e avaliação | Perfil epidemiológico em saúde mental Reuniões para avaliação e replanejamento | 4 |
| | Não precisa mudar nada | | 9 |
| | Muda tudo | | 4 |
| | Não sei | | 4 |
| | Total | | 205 |

Quadro 5 - Se tivesse poder de decisão, qual a providência mais importante que tomaria para que a unidade melhorasse seu trabalho com adolescentes

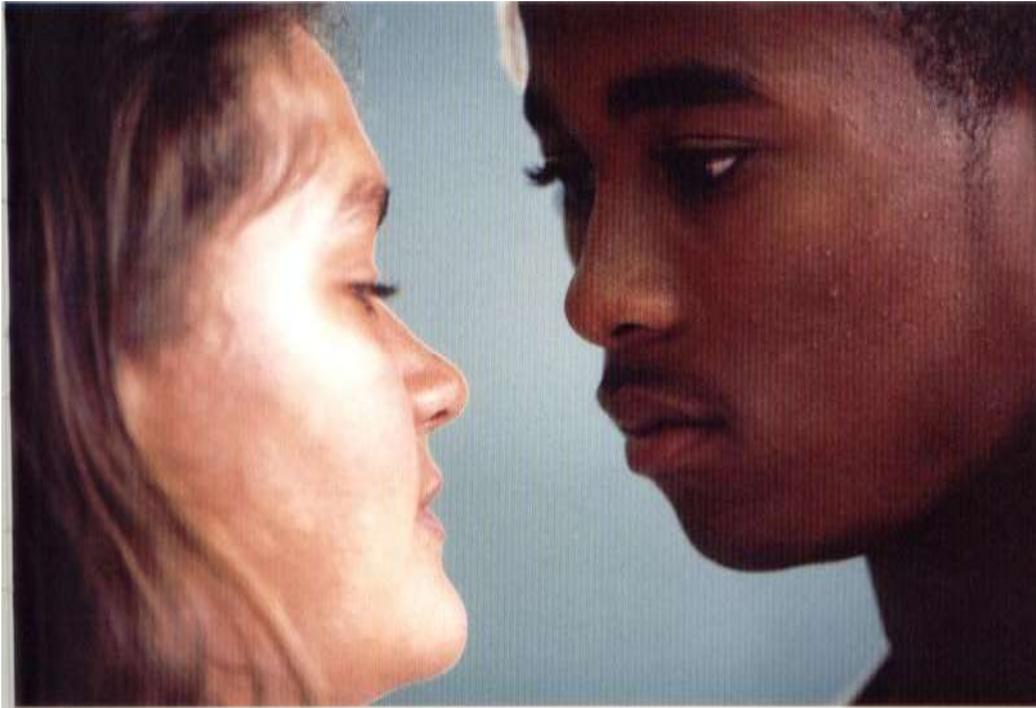
| Eixos | Categoria | Conteúdos | F |
|------------------------|--------------------------------------|---|----|
| Profissionais / equipe | Ampliação do quadro de profissionais | Admissão de capacitados com vivência em Saúde Pública Profissionais especializados Quantidade de RH Contratação: psicólogo, médicos, prof de outras especialidades Profissionais qualificados Bons profissionais Funcionários capacitados | 14 |
| | Integração | Integração na equipe | 1 |
| | Equipe multiprofissional | Criação de equipe Equipe com experiência em saúde pública Grupo de profissionais especializados | 4 |
| | Treinamentos | Profissionais treinados Treinamento Capacitar o maior n.º possível de profissionais Capacitação dos interessados | 5 |
| | Condições de trabalho | Tranquilidade no atendimento | 6 |
| | Oferta de serviços | Atendimento até 19anos na Odontologia Atendimento especializado | 2 |
| | Prioridade no posto e nas políticas | Liberar profissionais para treinamento Criação de ambulatório multidisciplinar Permitir dedicação exclusiva ao programa Porta de entrada sensível Apoio ao trabalho de equipe | 6 |

| | | | |
|-----------|--|--|----|
| | Adequação às necessidades do adolescente | Atendimento fora da Pediatria Espaço adequado Oficinas no posto | 4 |
| | Atividades educativas | Grupos Informação Atividades educativas Orientação Grupo para captação | 10 |
| | Insumos | Garantia de insumos do projeto Vista essa Camisinha e da contracepção Recursos para materiais | 3 |
| | Tempo | | 0 |
| | Família | Orientação Conscientização dos pais | 2 |
| Parcerias | Integração com escola | Interação posto/escola | 1 |
| | Parcerias / comunidade | Convênios e parcerias com atividades esportivas, recreativas, artísticas e profissionalizantes Parcerias / integração com outras instituições Projetos na comunidade Integrá-los na sociedade | 5 |
| | Divulgação | Divulgação Divulgação nas comunidades Divulgação nas escolas Divulgação na comunidade Divulgação interna e externa | 7 |
| | Planejamento e avaliação | Adolescentes no planejamento Perfil epidemiológico em saúde mental Reuniões para avaliação e replanejamento | 4 |
| | Não priorizou / Resposta vaga | | 14 |
| Total | | | 92 |

Anexo 3 – fotos utilizadas no teste de associação de imagens
(dispostas por ordem de votação)







181 DINE SUTIMES DE SULTA LINA PEE COMBUSTIBAS AN SAS PEE DEP.

