

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

ANDREA GASPAROTO DE MEDEIROS AMARANTE

**JUVENTUDE NO SUS: AS PRÁTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE
NO BUTANTÃ**

**SÃO PAULO
2007**

ANDREA GASPAROTO DE MEDEIROS AMARANTE

**JUVENTUDE NO SUS: AS PRÁTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE
NO BUTANTÃ**

**Dissertação apresentada ao Departamento de
Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de
Enfermagem da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de mestre em Enfermagem.**

**Área de Concentração: Enfermagem em Saúde
Coletiva.**

**Orientadora:
Prof^ª. Dr^ª. Cássia Baldini Soares**

**SÃO PAULO
2007**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Amarante, Andrea Gasparoto de Medeiros.

Juventude no SUS: as práticas de atenção à saúde no Butantã. /
Andrea Gasparoto de Medeiros Amarante. – São Paulo, 2007.
147 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Cássia Baldini Soares.

1. Jovens 2. Política de saúde 3. Saúde pública 4. Atenção à
saúde. I. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

ANDREA GASPAROTO DE MEDEIROS AMARANTE

Juventude no SUS: as práticas de atenção à saúde no Butantã.

Dissertação apresentada ao Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de mestre.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Cássia Baldini Soares

Data: 18/05/2007.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Ana Luiza Vilela Borges

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof^ª. Dr^ª. Kátia Cibelle Machado Pirotta

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Professor (a) Doutor (a): _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Aos meus sobrinhos,
Giovanna, Márcio, Larissa, Marcelo e Letícia: os jovens do amanhã;

Aos jovens de hoje,
que me inspiraram para a elaboração deste estudo;

Aos trabalhadores da Supervisão Técnica de Saúde Butantã,
pela contribuição singular que guiaram esta pesquisa.

AGRADECIMENTOS

À Prof^a. Dr^a. **Cássia Baldini Soares**, pela paciência, graça e brilhantismo com o qual conduziu a orientação desse trabalho. Pela confiança a mim depositada, me apoiando e encorajando nos momentos difíceis dessa trajetória. Minha admiração e agradecimento;

As Professoras Doutoras **Ana Luiza Vilela Borges** e **Kátia Cibelle Machado Pirotta**, pela valiosa contribuição na banca examinadora;

As Professoras Doutoras **Célia Maria Sivalli Campos**, **Lucia Yasuko Izumi Nichiata** e à Mestre **Érica Gomes Pereira**, pelo incentivo concedido para o meu ingresso na pós-graduação;

A todos os **trabalhadores da EEUSP**, do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, especialmente à **Terezinha** pela atenção dispensada, da Secretaria da Pós-Graduação, do restaurante e da biblioteca, especialmente à **Nadir** pela revisão das referências bibliográficas;

A todos os **trabalhadores da UBS Vila Dalva**, pela compreensão durante o desenrolar dessa pesquisa;

Aos **colegas do Programa de Pós-Graduação**, por vivenciar as mesmas dificuldades, desafios e contentamentos que o processo exige;

À **Marinê de Souza Pereira**, pela revisão do texto deste trabalho;

À **Mônica Guanilo** e **Luiz Amarante Jr.**, pela reprodução do resumo deste trabalho para as línguas estrangeiras;

A **Deus**, por tudo.

À minha família e aos meus amigos:

À minha mãe, **Ednalva** e minha irmã, **Alessandra**, pelo apoio irrestrito em todos os momentos da minha vida;

Ao meu pai, **Claudiner** e à minha irmã, **Jéssica**, que mesmo distantes também me apoiaram;

À minha cunhada **Karina**, pela orientação com relação às questões jurídicas;

Aos meus sogros, **Luiz** e **Eliane**, meus cunhados **Jean**, **Marcela**, **Márcio**, **Karina** e **Fábio**, sempre presentes, amigos, facilitando o meu caminho ao longo dessa jornada;

Aos meus amigos, **Débora**, **Zaize** e **Maria Fernanda** e à minha prima **Kátia**, pelo incentivo, apoio e carinho.

Especialmente

Ao amor que a vida permite: **Júnior**, por sua presença, suporte, afeto e compreensão da minha ausência nos últimos anos.

Certeza

“De tudo, ficaram três coisas:

A certeza de que estamos sempre começando...

A certeza de que precisamos continuar...

A certeza de que seremos interrompidos antes de terminar...

Portanto devemos:

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

AMARANTE AGM. Juventude no SUS: as práticas de atenção à saúde no Butantã. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.

RESUMO

Este trabalho toma como objeto as práticas de atenção à saúde desenvolvidas na rede básica de serviços de saúde voltadas para a juventude. O objetivo geral foi analisar as práticas de saúde específicas para a juventude na rede básica de serviços de saúde da Supervisão Técnica de Saúde Butantã, região Centro-Oeste do município de São Paulo, tomando por referência as políticas públicas brasileiras nessa área. Fundamentando-se no campo da Saúde Coletiva, a juventude é compreendida como uma categoria social, o que submete compreensões centradas nas mudanças biológicas a análises mais amplas, enfatizando a existência de várias juventudes, a depender da inserção de classe social dos jovens. Para isso, identificou-se as práticas de saúde específicas para a juventude a partir dos depoimentos dos trabalhadores e analisou-se a tendência dessas práticas frente às políticas públicas brasileiras, em especial aos programas de saúde (federal, estadual e municipal) da juventude. Dessa forma, os trabalhadores constituíram os sujeitos dessa pesquisa. Utilizou-se a entrevista semi-estruturada como técnica para a coleta dos dados e a análise temática como estratégia para a apreensão da realidade. A análise permitiu elencar categorias empíricas - como o setor saúde percebe a juventude, como o setor saúde percebe o processo saúde-doença, como o setor saúde percebe a questão da educação, como o setor saúde percebe os seus problemas, como deveria ser a resposta do setor saúde frente aos seus problemas, o que os serviços de saúde estão oferecendo para a juventude e quando a juventude procura o serviço de saúde – que foram respondidas sob a ótica dos trabalhadores entrevistados. A análise mostrou que além de poucas, as práticas específicas para a juventude são intermitentes e de natureza casuística, dependendo da “boa vontade” dos trabalhadores para o seu desenvolvimento. Sua tendência frente às políticas públicas brasileiras voltadas para a juventude revela a ausência de um sistema de referência uniforme entre os serviços de saúde da rede básica. Para a superação dessas limitações será necessário o reconhecimento das necessidades de saúde da juventude pelos distritos de saúde do município de São Paulo, em especial pela Supervisão Técnica de Saúde Butantã, tomando-as sob a visão da saúde coletiva, ou seja, respeitando a concepção da determinação social do processo saúde-doença, para que definitivamente possa se implementar um programa em nível distrital. Além disso, é imprescindível o apoio dos gestores dos vários níveis de governo e principalmente das chefias imediatas dos trabalhadores executores das práticas de saúde.

Palavras chave: juventude; atenção à saúde; políticas públicas de saúde; saúde coletiva.

AMARANTE AGM. Youth at *SUS*: health practices in Butantã. [ESSAY]. São Paulo: Nurse School, University of São Paulo; 2007.

ABSTRACT

This research comprises health practices developed in the public health department, specifically towards young people. The main target was to analyse health practices on young people at the public health department of Health Technical Supervision of Butantã Area, a central-west area of the city of São Paulo, taking as reference the Brazilian public politics in this area. Taking theoretical considerations from the Collective Health field, young people are taken as a social category, which causes the research to be centered from biological changes to wider analyses, emphasizing the existence of different groups of young people, according to their social class. For this reason, it identified specific health practices on young people and analysed the tendency of these practices towards Brazilian public politics, specially the youth health program (federal, state and municipal). This way the workers constitute the subject of this research. A pre-established interview was used to collect data and the theme analysis as strategy for reality apprehension. The analysis permitted some empirical categories to be listed – how health department sees young people, how health department sees the health-disease process, how health department sees their own matters, how health department sees their own problems, how health department should face their own problems, what health service has been offering young people and when young people look for health service assistance. The analysis showed that young people practices in basic health services are not only low-numbered, but also unsteady and casual, counting on their workers' willingness to develop it. Their tendency towards Brazilian public politics for young people shows the absence of a straight-guidelined system between health service and health basic system. Overcoming these limitation there requires acknowledgement of young people's needs for young-people health care by the community districts of São Paulo, especially by those of Health Technical Supervision of Butantã, taking note of the insight of Collective Health, in other words, respecting the social conception of determination of the health-disease process, so that a district-level program can be definitely implanted. Also the support by various levels of government officials is essential, especially by those in charge of the health-department offices.

Key words: adolescent; health care; health public policy; public health.

AMARANTE AGM. La juventud en el SUS: las prácticas de atención a la salud en Butantã. [tesis de maestría]. São Paulo: Escuela de Enfermería, Universidad de São Paulo; 2007.

RESUMEN

Este trabajo tiene como objeto las prácticas de atención a la salud dirigidas a la juventud, realizadas en la red básica de servicios de salud. El objetivo general fue analizar las prácticas de salud específicas para la juventud, en la red básica de servicios de salud de la Supervisión Técnica de Salud Butantã, región Centro-Oeste del municipio de São Paulo, teniendo como referencia las políticas públicas brasileras en esa área. En la perspectiva de la Salud Colectiva, la juventud es comprendida como una categoría social, que subordina el análisis centrado en los cambios biológicos a un análisis más amplio, enfatizando la existencia de varias juventudes, dependiendo de la clase social en la que están inseridas. Para tal, se identificó las prácticas de salud específicas para la juventud, a partir de las declaraciones de los trabajadores y se analizó la tendencia de esas prácticas frente a las políticas públicas brasileras, en especial, a los programas de salud (federal, estadual y municipal) de la juventud. De esta manera, los trabajadores de salud constituyeron la población de esta investigación. Se utilizó una entrevista semi-estructurada como técnica para colecta de datos y un análisis temático como estrategia para la aprehensión de la realidad. El análisis permitió listar categorías empíricas – percepción del sector salud relacionado a la juventud, percepción del sector salud referente al proceso salud-enfermedad, percepción del sector salud con relación a la educación, percepción del sector salud de sus problemas, comprensión de los trabajadores con respecto a la respuesta de los problemas del sector salud, servicios ofrecidos por el sector de salud para la juventud y situación en que la juventud busca el servicio de salud – que fueron respondidas sobre la óptica de los trabajadores entrevistados. El análisis mostró que además de pocas, las prácticas específicas para la juventud son intermitentes, de naturaleza casuística y dependen de la “buena voluntad” de los trabajadores para ser realizadas. La tendencia, frente a las políticas públicas brasileras específicas para la juventud, revela la ausencia de un sistema de referencia uniforme entre los servicios de salud de la red básica. Para superar esas limitaciones, es necesario que los distritos de salud del municipio de São Paulo, en especial la Supervisión Técnica de Salud Butantã, reconozcan las necesidades de salud juveniles, comprendiéndolas desde la perspectiva de la salud colectiva, o sea, respetando la concepción de la determinación social del proceso salud-enfermedad, para que definitivamente pueda implementarse un programa a nivel de distrito. También, es imprescindible el apoyo de los gestores de diferentes niveles de gobierno y principalmente, de las jefaturas inmediatas de trabajadores ejecutores de prácticas de salud.

Palabras clave: adolescente; atención a la salud; políticas públicas de salud; salud pública.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADOLESC – Literatura sobre Adolescência

Bireme – Biblioteca Virtual em Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psico Social

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CLT –Consolidação das Leis do Trabalho

CODEPPS – Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde

CS – Centro de Saúde

DA – Distrito Administrativo

DSE – Distrito Saúde Escola

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IVJ – Índice de Vulnerabilidade Juvenil

MS – Ministério da Saúde

NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONG – Organização Não Governamental

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PACS – Programa de Agente Comunitário de Saúde

PMSP – Prefeitura do Município de São Paulo

PRO-ADOLESC – Programa de Atenção à Saúde do Adolescente

PROSAD – Programa Saúde do Adolescente

PSDB – Partido da Social Democracia Brasileira

PSF – Programa Saúde da Família

SEADE - Sistema Estadual de Análise de Dados

SMS – Secretaria Municipal da Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

APRESENTAÇÃO

A motivação para este trabalho teve início há cinco anos quando comecei a atuar como enfermeira numa Unidade Básica de Saúde (UBS) da Região Centro-Oeste da Prefeitura do Município de São Paulo. A observação dos programas de saúde oferecidos pela UBS, especificamente para a juventude, trouxe algumas inquietações.

Os jovens demandam a UBS apenas para satisfazer necessidades relativas àquilo que a UBS oferece e que se restringe, na minha observação, a: distribuição de preservativos; teste de gravidez; saúde bucal para as adolescentes grávidas; pré-natal e consulta médica de acordo com a queixa do momento. Essa observação nos mostra que o serviço de saúde impõe o perfil de sua demanda e não o contrário como preconiza a Norma Operacional Básica 01/96, instrumento de regulação que dá consequência prática aos princípios e às diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Não desconheço os inúmeros problemas que a juventude enfrenta em bairros periféricos. De forma que produz estranhamento o serviço de saúde oferecer tão pouco, tão distante das necessidades.

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

RESUMEN

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

1	INTRODUÇÃO: O OBJETO E O PROBLEMA DE ESTUDO	14
2	REVISÃO E ANÁLISE DA LITERATURA	25
3	CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS	35
3.1	Adolescente ou jovem: de quem estamos falando?	36
3.2	A adolescência para a saúde coletiva	37
4	JUSTIFICATIVA, PRESSUPOSTO, FINALIDADE E OBJETIVOS	42
5	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	45
5.1	Tipo de pesquisa	46
5.2	O campo de estudo	46
5.2.1	O município de São Paulo	46
5.2.2	A Coordenadoria Regional de Saúde Centro-Oeste e a Supervisão Técnica de Saúde Butantã - o local de estudo	48
5.3	Coleta de dados e procedimentos éticos	52
5.4	Sujeitos da Pesquisa	54
5.5	Análise dos dados	55
5.6	Dificuldades para a realização da pesquisa	56
6	RESULTADOS E ANÁLISE	58

6.1	Como o setor saúde percebe a juventude	61
6.1.1	Visão ampliada: a juventude como sujeito histórico e social	61
6.1.2	Visão restrita	67
6.2	Como o setor saúde percebe o processo saúde-doença	69
6.3	Como o setor saúde percebe a questão da educação	70
6.4	Como o setor saúde percebe os seus problemas	72
6.4.1	Sente-se inadequado	73
6.4.2	Sente-se inseguro e/ou despreparado para trabalhar	78
6.4.3	Sente-se sem respaldo	80
6.4.4	Sente-se alienado e/ou adaptado às condições de trabalho oferecidas	86
6.5	Como deveria ser a resposta do setor saúde frente aos seus problemas	92
6.6	O que os serviços de saúde estão oferecendo para a juventude	100
6.7	Quando a juventude procura o serviço de saúde	102
7	DISCUSSÃO	107
8	CONCLUSÕES	124
9	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	128
	ANEXOS	139

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO: o objeto e o problema de estudo

Conforme censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2000, a população total residente no Brasil era de quase cento e setenta milhões (169.799.170), sendo que 20,78% destes representava a faixa etária entre 10 e 19 anos de idade, ou seja, cerca de 35 milhões de adolescentes.

Organismos internacionais como a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) reconhecem a exposição dos adolescentes a vários problemas sociais, estimando que 70% da mortalidade prematura dos adultos tem suas origens na adolescência. “Cada ano perdem a vida uns 1,4 milhões de adolescentes, principalmente por causa das lesões intencionais, suicídio e atos de violência. As complicações associadas à gravidez atingem 70.000 vidas de adolescentes por ano” (OPAS, 2005).

Especialistas de diferentes áreas da produção de conhecimento – educação, trabalho, participação social e política vêm atestando a crescente dificuldade em incorporar de maneira plena os adolescentes à sociedade. A perspectiva de futuro dos adolescentes está dessa forma comprometida. Embora os jovens brasileiros representassem 19,5% da população brasileira em 2002, eram responsáveis por 47,7% do total de desempregados do país. Em 2000, do total de óbitos por homicídios, 40% se referiam à população entre 15 a 24 anos (Camarano et al., 2004).

Este estudo toma como objeto as práticas de saúde específicas para a juventude, desenvolvidas nos serviços da Supervisão Técnica de Saúde Butantã¹, região Centro-Oeste do Município de São Paulo.

¹ A Supervisão Técnica de Saúde Butantã abrange os Distritos Administrativos Butantã, Morumbi, Raposo Tavares, Rio Pequeno e Vila Sônia.

As práticas de saúde oferecidas na rede básica de serviços de saúde atendem à Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS) 01/96 e à Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) SUS 01/2001 e 01/2002², normas operacionais em vigor, que definem as responsabilidades e ações estratégicas mínimas de atenção básica que todos os municípios brasileiros devem desenvolver, como: ações de saúde da criança e da mulher, ações de saúde bucal, controle da tuberculose, da hipertensão e da *diabetes melittus* e a eliminação da hanseníase. Não se observam diretrizes de ações mínimas direcionadas especificamente para a juventude.

Ao analisar a NOB/96, Calipo (2002) chama a atenção para o conteúdo do Manual para Organização da Atenção Básica em Saúde, desenvolvido para dar diretrizes à reorganização do modelo de atenção, de acordo com o estabelecido na NOB/96. As ações foram divididas em: ações dirigidas a toda a população e ações dirigidas a grupos específicos.

O Manual para a Organização da Atenção Básica³ apresenta, entre outros, um elenco de ações, atividades, resultados e impactos esperados. Dentre as ações referentes aos adolescentes constam a divulgação de informações e orientações educativas “para pais e/ou responsáveis sobre a prevenção de acidentes por agravos externos e violências, prioritariamente na infância e adolescência”, e para a “prevenção da gravidez na adolescência, DST/AIDS, uso de drogas, prevenção de

² A NOAS amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios (NOAS/2001).

³ O Manual para a Organização da Atenção Básica objetiva regular, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a atenção básica à saúde e apontar um eixo orientador para a reorganização do modelo de atenção, de acordo com o estabelecido na NOB-SUS 01/96.

câncer de colo uterino e de mama”. Já os impactos esperados, referentes aos adolescentes são a “cobertura de procedimentos odontológicos curativos na população de 5 a 14 anos” e a “redução da incidência de gravidez indesejada e de riscos nas adolescentes” (Ministério da Saúde; 1998: 09-13). Quanto à cobertura de procedimentos odontológicos, esta é parcial para os adolescentes, dado que, a faixa etária preconizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) ultrapassa a faixa dos 14 anos e, ainda, se tomarmos como base a abordagem demográfica sobre juventude, o grupo de idade é superior aos 14 anos, exclusive. Dessa forma, a consulta ao manual revela que, de fato, as poucas menções ao adolescente estão diluídas no corpo de outras ações (Ministério da Saúde, 1998 e 1999).

Conforme o Parágrafo Único, do artigo 198 da Constituição Federal, “o financiamento do SUS se dá pelo orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e Municípios, além de outras fontes” (Brasil, 1988). Sendo assim, o SUS é uma responsabilidade financeira dos três níveis de governo: federal, estadual e municipal.

De acordo com a NOB 96, precursora da NOAS, dos três campos de atenção à saúde, representados pela promoção, pela proteção e pela recuperação, deve ser sempre priorizado o caráter preventivo. “Caso a ação de promover a saúde não aconteça nos lugares onde as pessoas vivem, estudam, trabalham, se divertem, só restará agir depois que a doença já aconteceu” (Valadão, 2003: 204).

O Art. 11 do ECA assegura o atendimento médico à criança e ao adolescente, através do SUS, garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde (Siqueira, 1992). “Uma de suas

inovações é aplicar-se a todos os indivíduos [...] [entre doze e dezoito anos], ao contrário do Código de Menores, que se aplicava somente aos menores em situação irregular” (Pirota; Pirota, 1999: 36).

“Por outro lado, além das conquistas já enunciadas pelo Estatuto, o foco das atenções, ao se voltar para os adolescentes, deixou na sombra como sujeitos de direitos os jovens que atingem maioridade legal” (Sposito, 2003: 64-65).

Tanto a Constituição Federal como as Leis Orgânicas da saúde (8.080/90 e 8.142/90)⁴ estabelecem que a saúde é direito de todos e dever do Estado e suas ações e serviços devem ser organizados com a participação da comunidade.

Na IV Conferência Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, foi aprovado em plenária final o compromisso de “garantir políticas de saúde públicas de acesso universal e equânime, nos aspectos da promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde de crianças e adolescentes” (Ministério da Justiça, 2002).

Apesar da existência de um programa bastante abrangente como o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), elaborado pelo Ministério da Saúde (MS) desde 1989, os documentos oficiais de operacionalização do SUS acima mencionados parecem restringir as práticas de saúde voltadas para o adolescente, mostrando fortes indícios de uma contradição entre o preceito constitucional de direito à saúde e a garantia desse direito aos adolescentes.

No entanto, considerando a Portaria Federal 413, de 11/08/05⁵ “(...) a Sociedade de Pediatria de São Paulo recomenda como campo de atuação do pediatra a faixa [etária] compreendida entre 0 e 20 anos incompletos – referendada pela

⁴ Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/links.htm>

⁵ A Portaria Federal 413, de 11/08/05 reconhece o atendimento em Pediatria para usuários até 19 anos, 11 meses e 29 dias.

Sociedade Brasileira de Pediatria e pela Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia” (Capozzolo et al., 2004: 37).

Conforme Pirotta et al. (2006)⁶, o PROSAD não foi implementado de fato. Segundo Ruzany (2000), o PROSAD foi implementado no município do Rio de Janeiro com o intuito de reduzir a morbi-mortalidade da juventude, mas ainda falta muito para que o programa alcance seus objetivos, pois precisa de reajustes quanto à sua estrutura de funcionamento nas Unidades de Saúde.

Já em São Paulo, a Secretaria de Estado da Saúde oficializou em 1986 o Programa de Saúde do Adolescente⁷. Em 1994 o Programa inaugurou a Casa do Adolescente, que somente teve um incremento no último ano, aumentando o número de casas de cinco em janeiro de 2006 para dezessete em março de 2007. A expansão de unidades da Casa do Adolescente é uma parceria entre a Secretaria de Estado da Saúde, Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e Secretaria de Estado de Assistência e Desenvolvimento Social.

Com o objetivo de subsidiar os profissionais de saúde, gestores estaduais e municipais, órgãos e instituições que atuam na área da Saúde do Adolescente, o Ministério da Saúde lançou em 2005 o Marco Legal da Saúde de Adolescentes, documento que traz os instrumentos legais de proteção aos direitos dessa população. Também tem o intuito de fornecer elementos essenciais para o processo de tomada de decisões, para a elaboração de políticas públicas, para o atendimento nos serviços de saúde, de modo que os direitos dos adolescentes, principalmente, sejam

⁶ Em prelo. Pirotta KCM et al. Educação sexual na escola e direitos sexuais e reprodutivos. Boletim do Instituto de Saúde (São Paulo) dez. 2006.

⁷ Reconhecido mundialmente como exemplo, já que em 1991 a Organização Mundial de Saúde (OMS) premiou a Secretaria pelo projeto, o programa é responsável pelas ações em todo o Estado que envolvam pessoas de 10 a 20 anos, inclusive treinando profissionais de saúde.

amplamente divulgados e discutidos pela sociedade. Com uma linguagem abrangente no que se refere ao conceito da juventude, pois considera as condições sociais do indivíduo e as diferentes juventudes, esse documento menciona a saúde de trabalhadores jovens e a violência. Outros assuntos tratados são: saúde sexual e reprodutiva, gravidez, HIV e DST (Ministério da Saúde, 2005).

A NOAS 2001 define “como áreas de atuação estratégicas mínimas (...) o controle da tuberculose, a eliminação da hanseníase, o controle da hipertensão arterial, o controle da *diabetes mellitus*, a saúde da criança, a saúde da mulher e a saúde bucal”⁸.

O Programa Saúde da Família (PSF) também prioriza como metas assistenciais de produção o atendimento a gestantes, crianças de até dois anos de idade, os casos de tuberculose, hanseníase, *diabetes mellitus* e hipertensão. No intuito de favorecer a implementação desse programa no município de São Paulo, foram elaborados os protocolos de enfermagem referentes à saúde da criança, da mulher⁹, do adulto, do idoso e de tratamento de feridas. Nota-se que não há protocolos voltados especificamente para o grupo da juventude, o que é preocupante, uma vez que isso pode se refletir na não implementação de programas para esse grupo.

O 1º Caderno de Apoio ao Acolhimento “foi elaborado para apoiar os profissionais de saúde no atendimento à demanda espontânea nos serviços”. A Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, através da Área Temática de Saúde do Adolescente e do Jovem da Coordenadoria de Desenvolvimento da Gestão Descentralizada, vem firmar seu compromisso e atenção com os adolescentes e

⁸ Disponível em: http://www.sespa.pa.gov.br/Sus/Legisla%C3%A7%C3%A3o/NOAS01_PT95.htm

⁹ O protocolo de Saúde da Mulher inclui o atendimento de adolescentes grávidas, o que de certa forma não é um atendimento específico para a juventude e sim um atendimento específico para a situação em que a adolescente se encontra.

jovens, traduzindo-se tal preocupação em ações que considera continuadas e integradas. Estas ações têm “como principal porta de acesso a Unidade Básica de Saúde” (Capozzolo et al., 2004: 05-42).

Nesse caderno, são relacionadas as vulnerabilidades¹⁰ para as quais os profissionais de saúde devem estar atentos quando atendem adolescentes, ressaltando que podem estar presentes entre as queixas subliminares, numa abordagem inicial. São elas:

- ✓ “dificuldades nas relações familiares (separações, falta de diálogo, conflitos entre pais e filhos, alcoolismo de um ou ambos os pais, incesto/abuso, transtorno mental, etc.);
- ✓ relação com a escola (evasão escolar, repetência, dificuldade de criação de vínculos, atos de violência, agressividade, etc.);
- ✓ uso de álcool e drogas lícitas e/ou ilícitas;
- ✓ início da vida sexual (verificar os cuidados com o próprio corpo e com o do outro, uso de proteção/preservativo);
- ✓ DST/AIDS;
- ✓ gravidez (especialmente antes dos 16 anos, probabilidade de abuso sexual);
- ✓ aborto e suas conseqüências (físicas e psicológicas);
- ✓ exclusão social (atingindo especialmente as populações periféricas e levando a inserção no tráfico de drogas, com risco, entre outros, de morte precoce por homicídio);
- ✓ tentativas/risco de suicídio;
- ✓ acidentes de trânsito e outras situações de violência (como agentes e vítimas); violência doméstica e sexual” (Capozzolo et al., 2004: 37-38).

Também são destacados fluxogramas para casos de atraso menstrual, corrimento vaginal, vômito, dor de cabeça e de casos suspeitos de violência.

¹⁰ Embora não se utilize o conceito de vulnerabilidade nesse trabalho, o Caderno se apóia no termo risco/vulnerabilidade a partir de 3 dimensões: biológico, subjetivo e social.

A Área Técnica de Saúde da Criança e a Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem foram unificadas em setembro de 2005, respondendo atualmente por Área Técnica de Saúde da Criança e do Adolescente. “A Área Técnica de Saúde da Criança e do Adolescente é uma das áreas que integram a Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde – CODEPPS - da Secretaria Municipal de Saúde” de São Paulo. Ela tem como objetivo “planejar a assistência integral à saúde da criança e do adolescente, dentro dos princípios do SUS, visando diminuir a morbimortalidade infantil e de jovens e promover ações de promoção e prevenção de saúde”¹¹.

Recentemente, em 2006, a Área Técnica de Saúde da Criança e do Adolescente, cumprindo a portaria 1448/06 – SMS, criou o Programa de Atenção à Saúde do Adolescente (PRO-ADOLESC). O PRO-ADOLESC tem como “objetivo promover a atenção integral à saúde de adolescentes de 10 a 19 anos de idade, visando a promoção da saúde, a prevenção de agravos e a redução da morbimortalidade nesse grupo etário” (Cury, 2006: 14) .

Apesar de recente, o PRO-ADOLESC tem como linhas prioritárias de ação: medidas gerais de promoção e prevenção em saúde, ações voltadas para a saúde sexual e reprodutiva e ações voltadas para a prevenção da violência e do uso de drogas (Secretaria Municipal da Saúde, 2006).

Percebe-se que as ações propostas para a juventude em geral são desencadeadas a partir de dados quantitativos, como por exemplo, através das taxas de morbi-mortalidade estabelecidas pela média, considerando-se o que pode ser mensurável. A análise das condições em que vivem as várias juventudes de acordo

¹¹ Disponível em: <http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/crianca/0001>

com suas inserções sociais parece estar sendo só marginalmente considerada na proposição dessas ações.

Apoiando-se em Balardini (2002) e Abad (2002), que vêm chamando a atenção para a questão da prevenção e promoção da saúde, Sposito (2003: 62-63) esclarece que

as políticas públicas de juventude na América Latina percorreram um caminho que se inicia na década de 1950, com o eixo da integração substituído no período autoritário pela necessidade de controle social dos jovens mobilizados. Na década de 1980 seriam o enfrentamento da pobreza e a prevenção do delito os eixos predominantes nas orientações que se voltam na década seguinte – os anos 1990 – para a inserção de jovens excluídos no mercado de trabalho. Recentemente, os autores consideram a emergência de novas orientações que conceberiam os jovens como sujeitos integrais de direito.

Apesar do direito do adolescente à saúde ter sido “consagrado como um dos direitos humanos básicos, tanto no âmbito dos instrumentos internacionais quanto no âmbito da legislação brasileira”, esse direito carece, “para sua efetiva fruição, da implementação de programas e políticas públicas (...)” (Pirota; Pirota, 1999: 37).

Pode-se considerar que o tema da juventude no Brasil já se insere em uma agenda pública mobilizando percepções e algumas propostas nos últimos cinco anos, porém é necessário reconhecer que essas ações nem sempre encontram correspondência na prática (Sposito, 2003).

Além disso, Carvalho (2006, 164) lembra que existe a seguinte contradição:

de um lado um direcionamento das atenções dos programas públicos para a juventude, cada vez mais crescente nas últimas décadas; e de outro lado, vem se constatando cada vez mais a vulnerabilidade e a exclusão social juvenil, diante de políticas com recursos humanos e materiais previstos no orçamento público.

Também relata o casuísmo das políticas públicas lembrando que

desde a instauração das questões da juventude na agenda governamental até às políticas públicas de juventude nos dias atuais, percebemos que as tendências e questões em pauta correspondem, ainda que de modo superficial, às configurações sociais emergentes de cada fase ou época em específico, sobretudo, no que concerne aos seus problemas sociais (Carvalho; 2006, 170).

Borges (2004) considera que as políticas e intervenções de saúde voltadas aos adolescentes estão aquém das ações que poderiam diminuir as vulnerabilidades, referentes à reprodução sexual, à qual esses jovens estão sujeitos.

Cabe aqui considerar que é atribuição do Poder Executivo “a implementação de políticas públicas e programas de atendimento às demandas básicas da população, através dos serviços públicos”, lembrando que “todo ato administrativo está sujeito ao controle pelo Poder Judiciário” quanto à sua legalidade. A atribuição do Poder Legislativo é “regulamentar, através da legislação ordinária, o direito à saúde previsto da Constituição, cabendo sempre o controle da constitucionalidade das leis pelo Poder Judiciário” (Pirotta; Pirotta, 1999: 38).

A sociedade brasileira conta com um aperfeiçoado sistema normativo de proteção à saúde do adolescente, que deve ser mobilizado na luta por políticas públicas voltadas para a melhoria das condições de atendimento à saúde dos adolescentes (Pirotta; Pirotta, 1999: 38).

Tem sido apontado que o engajamento da juventude na luta pela implementação das políticas públicas a eles condizentes é de fundamental importância (Soares, Ávila, Salvetti, 2000).

Sposito (2003: 72) aponta como desafios na trajetória de novos caminhos das políticas de juventude romper com a “[...] total ausência dos jovens na formulação de políticas públicas” e ainda fala

Sobre a capacidade do governo federal de fomentar uma concepção abrangente dos jovens como sujeito de direitos, de modo a deconstruir arraigadas formulações que reiteram o tema do controle dos jovens e de sua identificação como problemas sociais.

REVISÃO E ANÁLISE DA LITERATURA

2 REVISÃO E ANÁLISE DA LITERATURA

Para conhecer os trabalhos que tomam como objeto as políticas públicas de saúde voltadas para a juventude no Brasil, realizou-se uma pesquisa na base de dados virtual ADOLEC (Literatura sobre Adolescência)¹². Foram utilizados os seguintes descritores: *direito à saúde; direitos do adolescente; adolescência; adolescente; defesa da criança e do adolescente; defesa do adolescente; serviços de saúde para adolescentes; política de saúde; política nacional de saúde; política social* e o país e ano de publicação: *Brasil, de 1990 à 2004*.

Vale lembrar que, para realizar a revisão bibliográfica foi utilizado o termo *adolescente*. Primeiro por ele ser o mais comumente utilizado na área da saúde e segundo pelo fato dos descritores *adolescente, adolescência, jovem e juventude* serem considerados sinônimos na biblioteca virtual em saúde Bireme¹³.

No total foram encontradas cento e cinquenta e três publicações (tabela 1). Dessas, quarenta e uma se referem ao *ECA*, vinte e quatro à *violência*, dezenove a *outros temas* - que foram motivo de publicação uma única vez - , dezoito à *política pública geral*, onze mais especificamente à *política pública de saúde*, nove ao *trabalho infanto-juvenil*, oito aos *jovens excluídos*, seis aos *direitos da criança*, quatro à *saúde reprodutiva*, três à *educação*, três ao *menor infrator*, três à *psicologia*, duas à *capacitação de jovens e agentes* e duas à *ética médica*.

Os dezenove temas considerados como “outros” apresentaram somente uma publicação e eram referentes à *experiência do pai na UTI, percepção das alunas sobre a criança, adoção, formação dos jovens entre quatorze e dezoito anos, saúde mental, linha de atuação de determinada instituição, autonomia da criança e do*

¹² ADOLEC (Literatura sobre adolescência). Disponível em <http://www.bireme.br>

adolescente, expectativa da enfermagem frente às mães, qualidade de vida das mulheres trabalhadoras de creches, maternagem, puericultura, rede social para crianças, aos profissionais que atendem crianças, direitos de deficientes, ao Conselho Tutelar, processo de trabalho de enfermagem no PAISC, Instituto João Pinheiro, vírus HIV e ao contexto em que se inserem as crianças.

Tabela 1 – Total de referências publicadas de acordo com o título, no banco de dados virtual Adolec com os descritores acima mencionados, no Brasil entre os anos de 1990 à 2004.

Título	n	%
ECA	41	26.8
Violência	24	15.69
Outros	19	12.42
Política pública geral	18	11.76
Política pública de saúde	11	7.19
Trabalho infantil	9	5.88
Jovens excluídos	8	5.23
Direitos da criança	6	3.92
Saúde reprodutiva	4	2.61
Educação	3	1.96
Menor infrator	3	1.96
Psicologia	3	1.96
Capacitação de jovens e agentes	2	1.31
Ética médica	2	1.31
Total	153	100

Em princípio, a leitura exploratória foi realizada apenas nos trabalhos que apresentavam resumos.

Tomando-se somente os temas mais freqüentemente referidos e retirando-se aqueles que não diziam respeito diretamente à saúde do adolescente, obteve-se um total de cento e quinze trabalhos (tabela 2).

Os artigos foram classificados segundo o tema abordado, o ano, o número de publicações e a fonte de publicação. Em seguida, os temas foram classificados em subtemas e por instituições de origem dos autores de determinado subtema.

Em relação ao número de publicações analisadas de acordo com o tema e ano, pode-se afirmar que se falou mais sobre o *ECA* no primeiro quinquênio (vinte e sete

¹³ Disponível em: <http://www.bireme.br/php/index.php>

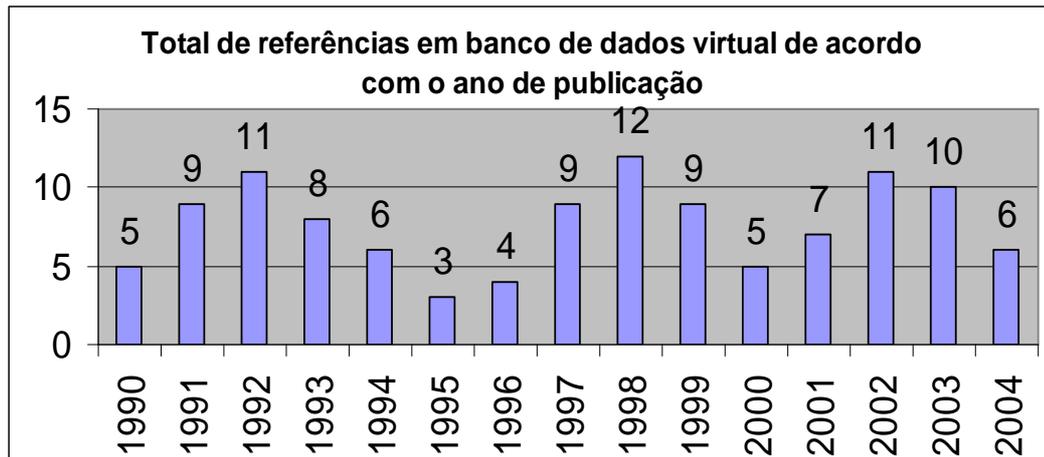
publicações), época da implementação do estatuto, diminuindo no segundo para onze e no terceiro para três. Temas relacionados com *violência* tiveram a frequência aumentada no terceiro quinquênio, variando de sete no primeiro quinquênio para cinco no segundo e doze no terceiro, demonstrando uma tendência de aumento significativo. A *política pública geral* passou a ser objeto de análise a partir do segundo quinquênio com oito publicações, chegando no terceiro a dez. *Política pública de saúde* teve uma redução gradativa das publicações ao longo dos quinquênios, sendo quatro no primeiro, cinco no segundo e dois no terceiro. Referente ao *trabalho infanto-juvenil*, aponta-se uma publicação no primeiro quinquênio, seis no segundo diminuindo para duas no terceiro. Embora com tendência de aumento, se falou muito pouco sobre *jovens excluídos* (duas publicações no segundo quinquênio e seis no terceiro), e sobre *saúde reprodutiva*, tendo esta última somente quatro publicações a partir do terceiro quinquênio (tabela 2).

Tabela 2 - Publicações analisadas de acordo com o tema e ano. Adolec. Brasil. 1990 a 2004.

Tema/Ano	90-94	95-99	00-04	Total	%
ECA	27	11	3	41	35.65
Violência	7	5	12	24	20.86
Política pública geral	0	8	10	18	15.65
Política pública de saúde	4	5	2	11	9.57
Trabalho infanto-juvenil	1	6	2	9	7.83
Jovens excluídos	0	2	6	8	6.96
Saúde reprodutiva	0	0	4	4	3.48
Total	39	37	39	115	100

Pôde-se observar que o número de publicações no primeiro (1990-1994), no segundo (1995-1999) e no terceiro (2000-2004) quinquênios foi muito semelhante, sendo trinta e nove, trinta e sete e trinta e nove respectivamente (gráfico 1).

Gráfico 1 - Total de referências publicadas no banco de dados virtual Adolec, com os descritores acima mencionados, no Brasil entre os anos de 1990 a 2004.



Conforme a tabela 3, a fonte de maior publicação foi o *livro* (40 – 34,8%), seguida da *revista de publicação científica* (30 – 26,08%). Os *órgãos não governamentais (ONG)/Associações/Agências internacionais/Fundações* foram responsáveis por 20% (23) das publicações, as *instituições e órgãos do governo* 13,04% (15) e as *teses e dissertações* 6,08% (7). O livro foi a fonte de maior publicação dos seguintes temas: *violência* (41,6%), *política pública geral* (55,5%) e *jovens excluídos* (50%). A revista de publicação científica representou 31,7% das publicações sobre o *ECA*, 36,4% sobre *política pública de saúde* e 50% sobre *saúde reprodutiva*. O tema *trabalho infanto-juvenil* teve 33,3% de suas publicações em livros e 33,3% em revistas de publicação científica. No *livro*, os temas mais publicados foram *ECA*, *violência* e *política pública geral* com uma representatividade de 25% cada. A *revista de publicação científica* publicou mais sobre o *ECA* (43,3%) e sobre *violência* (23,3%) e a fonte *ONG/Associações/Agências internacionais/Fundações*, publicaram mais sobre o *ECA* (43,5%). O tema mais

publicado pelas *instituições e órgãos do governo* foi o *ECA*, representando 53,3% do total das publicações por eles realizadas.

Tabela 3 – Fonte de publicação de acordo com os temas mais publicados. Adolec. Brasil. 1990 a 2004.

Fonte	EC A	Violência	Política Pública Geral	Política Pública de Saúde	Trabalho infantil-juvenil	Jovens excluídos	Saúde reprodutiva	Total
Livro	10	10	10	2	3	4	1	40
Revista de publicação científica	13	7	0	4	3	1	2	30
ONG/Associações/Agências internacionais/Fundações	10	4	3	0	2	3	1	23
Instituições e órgãos do governo	8	1	2	3	1	0	0	15
Teses e dissertações	0	2	3	2	0	0	0	7
Total	41	24	18	11	9	8	4	115

Após a classificação dos temas mais representados, foi realizada uma análise detalhada das onze publicações do tema *política pública de saúde*, a partir da leitura integral dos textos, o que resultou em uma nova classificação, em subtemas.

As onze publicações se distribuíam da seguinte forma: dois livros totalizando vinte e três capítulos: um com dezessete capítulos e um com seis capítulos (quatro excluídos); quatro revistas de publicação científica (quatro artigos); três publicações provenientes de instituições e órgãos do governo totalizando trinta e oito capítulos: uma coletânea com vinte e oito capítulos, uma coletânea com nove capítulos e um capítulo de uma coletânea (excluído por ser o mesmo texto da primeira coletânea citada), uma tese e uma dissertação. Desses sessenta e sete textos, cinco foram excluídos; um por estar repetido e quatro por não dizerem respeito ao tema.

Os subtemas mais publicados foram: *propostas de ação para melhoria de saúde dos jovens* (13 - 20,97%), seguido de *drogas, DST e Aids* (9 - 14,52%) e *violência* (9 - 14,52%), e se distanciando mais, *direito dos jovens à saúde e à*

participação (5 – 8,06%). Os subtemas considerados *outros* se referiam a seis diferentes assuntos: *necessidades de saúde, juventude e religiosidade, ética na assistência à saúde do adolescente e do jovem, jovens moradores de rua, mídia e consumo e demografia da população jovem*. Havia somente uma publicação de cada um desses subtemas, representando 1,61% cada e totalizando 9,68% (tabela 4).

Tabela 4 – Classificação dos temas a partir da leitura das publicações com o tema políticas públicas de saúde.

Subtemas	Quantidade	%
Propostas de ação para melhoria da saúde dos jovens	13	20,97
Drogas, DST e Aids	9	14,52
Violência	9	14,52
Outros	6	9,68
Direitos dos jovens à saúde e à participação	5	8,06
Problemas de saúde (acne, obesidade, deficiência, doenças infecto-contagiosas)	4	6,45
Saúde Sexual, reprodutiva e sexualidade	4	6,45
Gravidez	3	4,84
Risco e vulnerabilidade à saúde	3	4,84
Avaliação de programas de saúde do adolescente	2	3,22
Saúde Mental	2	3,22
Crescimento e desenvolvimento	2	3,22
Total	62	100

Propostas de ação para melhoria de saúde dos jovens foi o subtema mais publicado (13 – 20,97%). Seria esperado que essas propostas fossem acompanhadas de implementação e avaliação de programas, no entanto o subtema da *avaliação de programas de saúde do adolescente* foi representado por apenas duas (3,22%) publicações. Esses números sugerem que, ou os programas não estão sendo implantados para serem avaliados, ou os que existem não estão sendo gerenciados ou avaliados pelo próprio governo, pelas universidades ou ainda, pela sociedade civil.

A preocupação com a violência faz sentido - estando esta em segundo lugar no total das publicações gerais, com 20,86% (tabela 3) e mantendo-se em segundo lugar junto com o subtema drogas, DST e Aids, ambas com 14,52% cada do total das

publicações sobre política pública de saúde (tabela 4) - pois, conforme o Relatório de Desenvolvimento Juvenil 2003¹⁴, “ao contrário do que ocorre com a população em geral, a mortalidade juvenil vem crescendo historicamente, sendo sua principal causa os fatos violentos”.

Vão ao encontro dessa realidade os dados da pesquisa realizada por Soares et al. (2000) com adolescentes escolares entre 12 e 18 anos incompletos, residentes no Distrito Administrativo (DA) Raposo Tavares. Um dos aspectos negativos da escola levantados por eles foi a violência. A violência também teve espaço (foi a mais freqüentemente citada) nos aspectos negativos do bairro, seguida da convivência com o problema das drogas. Quanto à orientação sobre drogas, 80% dos adolescentes revelaram ter recebido orientações da família, porém, quanto maior o grau de exclusão social, maior era a tendência da necessidade de obter orientações sobre drogas. Os resultados dessa pesquisa “são também indicativos de que o âmbito da exclusão social vulnerabiliza os adolescentes a situações de violência” (p. 31). Os adolescentes da região pesquisada referiram ter recebido orientações sobre sexualidade e Aids tanto na família quanto na escola e, mesmo assim, sentiam necessidade de orientação sobre esses temas.

Subtemas que incidem sobre o âmbito dos determinantes do processo saúde-doença, como o *acompanhamento do crescimento e desenvolvimento do adolescente*, tiveram somente duas (3,22%) publicações, 50% a menos do que subtemas como *problemas de saúde* já instalados (4 – 6,45%).

¹⁴ O Relatório de Desenvolvimento Juvenil foi lançado pela UNESCO em março de 2004 e revela a situação social e econômica dos jovens brasileiros na faixa de 15 a 24 anos, com foco em três áreas centrais: educação, renda e atividades de estudo e trabalho e saúde.

Acredita-se que muitas jovens ainda na adolescência estejam “optando pela fecundidade precoce como uma forma de inserção no mundo adulto” (Camarano et al., 2004: 01). Assim, em 2002, no município de São Paulo, a taxa de fecundidade das adolescentes na faixa etária de 15 a 19 anos era 61,4 por mil mulheres (6,14%). Considerando a taxa de fecundidade de todas as faixas etárias (entre 15 e 49 anos), observa-se que a das adolescentes é representativa: 15,76% (Fundação SEADE). Mesmo com esse cenário, a preocupação com esse subtema não parece ser relevante, pois há apenas três publicações (4,84%) relacionadas à gravidez (tabela 4).

A tabela 5 mostra a instituição de origem dos autores das publicações analisadas. Em algumas publicações havia mais de um autor e alguns autores pertenciam a mais de uma instituição. O total de autores difere do total de publicações porque uma coletânea e um livro analisados não identificavam os autores por capítulo. Assim, foram considerados os dois organizadores e o próprio órgão que produziu o trabalho, resumindo em três instituições vários capítulos.

A maioria dos autores pertencia à *universidade* (16 – 30,76%) e quatorze (26,92%) pertenciam ao *órgão governamental*. Alguns autores tinham mais de um vínculo; *universidade/outras instituições* (07 – 13,46%), *universidade/órgão governamental* (05 – 9,62%), *órgão governamental/outras instituições* (05 – 9,62%) e *outras instituições* (05 – 9,62%).

Tabela 5 – Instituição de origem dos autores dos temas das publicações sobre políticas públicas de saúde analisadas.

Instituição	Quantidade	%
Universidade	16	30,76
Órgão Governamental	14	26,92
Universidade/Outras Instituições	7	13,46
Universidade/Órgão Governamental	5	9,62
Órgão Governamental/Outras instituições	5	9,62
Outras instituições	5	9,62
Total	52	100

A análise da produção científica da área da saúde mostra que ela volta-se primordialmente para o ECA, para o tema da violência, das políticas públicas gerais e de saúde. A frequência de publicações apresenta-se regular no tempo desde 1990 - época da aprovação da Lei 8080/90 (SUS) e da Lei 8069/90 (ECA) - até 2004. As publicações sobre o tema ECA decresceram consideravelmente nos quinquênios 1990-1994, 1995-1999 e 2000-2004, publicou-se nove vezes mais no primeiro quinquênio com relação ao terceiro. Publicou-se sobre o tema violência no terceiro quinquênio (2000-2004) o mesmo número que havia sido publicado nos quinquênios 1990-1994 e 1995-1999 somados. As publicações sobre política pública geral têm aumentado sua frequência e o tema política pública de saúde teve sua publicação reduzida no terceiro quinquênio (2000-2004) em 50% com relação ao primeiro (1990-1994) e em 40% com relação ao segundo (1995-1999). As fontes com maior número de publicações foram os livros e as revistas de publicação científica.

No que se refere ao tema em particular das políticas públicas de saúde, pode-se afirmar que os subtemas mais publicados foram: propostas de ação para melhoria da saúde dos jovens; drogas, DST e Aids e violência. Já a avaliação de programas de saúde do adolescente ficou entre os três subtemas menos publicados. Apesar de haver uma grande discussão social sobre a gravidez na adolescência e da taxa de fecundidade das adolescentes ser importante, publicou-se pouco sobre gravidez. O livro foi a fonte responsável pelo maior número de publicações e as instituições e órgãos do governo pelo menor número. A instituição de origem da maior parte dos autores dos subtemas das publicações sobre políticas públicas de saúde foi a universidade, quase 8% a mais do que da instituição seguinte: órgão governamental.

CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS

3 CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS

3.1 Adolescente ou jovem: de quem estamos falando?

Nesse trabalho, à adolescência será atribuída a faixa etária entre 10 e 19 anos e à juventude entre 20 e 24 anos, tendo como ponto de referência os estudos demográficos. Com isso, não se pretende excluir o fato de que a duração da adolescência e da juventude é estabelecida a partir da condição social.

No mundo contemporâneo, com a adoção de políticas econômicas de corte neoliberal, a inserção dos jovens no mercado de trabalho fica cada dia mais difícil, devido à necessidade crescente de se profissionalizar e de se aperfeiçoar. Dependendo da condição social do jovem, ele pode estar menos ou mais preparado para ingressar no mercado de trabalho. (Camarano et al., 2004; Pochmann, 2004; Abramo, 2005; Sposito, 2005).

Além da adoção do critério cronológico que “objetiva a identificação de requisitos que orientem a investigação epidemiológica, as estratégias de elaboração de políticas de desenvolvimento coletivo e as programações de serviços sociais e de saúde pública” (Ministério da Saúde; 2005, 7-8), deve-se esclarecer que doravante será adotado o termo juventude, tomando como referência Abramo (2005: 41), para quem a condição juvenil se dá em duas etapas:

A noção de condição juvenil remete, em primeiro lugar, a uma etapa do ciclo de vida, de ligação (transição, diz a noção clássica) entre a infância, tempo da primeira fase de desenvolvimento corporal (físico, emocional, intelectual) e da primeira socialização, de quase total dependência e necessidade de proteção, para a idade adulta, em tese a do ápice do desenvolvimento e de plena cidadania, que diz respeito, principalmente, a se tornar capaz de exercer as dimensões de produção (sustentar a si próprio e a outros), reprodução (gerar e cuidar dos filhos) e participação (nas decisões, deveres e direitos que regulam a sociedade).

Porém, é importante considerar a “situação juvenil”, que “revela o modo como tal condição é vivida a partir dos diversos recortes referidos às diferenças sociais – classe, gênero, etnia etc.” (Abramo, 2005: 42).

Groppo (2000, 13-14), reitera que há diferentes conceitos reconhecidos pela sociedade: as ciências médicas “criaram a concepção de puberdade”, se referindo “à fase de transformações no corpo do indivíduo que era criança e que está se tornando maduro”; “a psicologia, a psicanálise e a pedagogia criaram a concepção de adolescência, relativa às mudanças na personalidade, na mente ou no comportamento do indivíduo que se torna adulto”; por fim, a sociologia que “costuma trabalhar com a concepção de juventude quando trata do período interstício entre as funções sociais da infância e as funções sociais do homem adulto”. Avaliando o uso cotidiano dos termos, Groppo faz notar que as ciências sociais acabam por colocar a adolescência e a juventude como fases sucessivas do mesmo processo - a transição para o mundo adulto.

Coerentemente com o campo da Saúde Coletiva, que se vale das Ciências Sociais para compreender o processo saúde-doença, neste trabalho optou-se pela utilização do termo juventude, uma vez que trata-se de uma categoria que provém das Ciências Sociais e reporta-se dessa forma a uma compreensão ampla do fenômeno de transição da infância para a vida adulta.

3.2 A adolescência para a saúde coletiva

A Saúde Coletiva faz restrições para compreender a adolescência como um processo que se define segundo um conjunto de mudanças biológicas, em uma determinada fase da vida, considerando necessário reconhecer as várias adolescências, determinadas pelas diferentes vivências das distintas classes sociais

em que os adolescentes e suas famílias se inserem (Soares, 1997; Soares; Ávila; Salvetti, 2000; Soares; Salvetti; Ávila, 2003).

Dessa forma, para a Saúde Coletiva não se deve tomar como pressuposto que os adolescentes constituem um grupo homogêneo, pois isso poderia

levar a uma cristalização de um modelo único de adolescente, como acontece com uma visão biologicista que universaliza ou tipifica as características da adolescência, a partir da noção da puberdade. (Soares, 1997: 37).

Soares (1997: 37) diz que os adolescentes “se diferenciam pela sua história de vida de acordo com sua inserção sócio-econômica e seu desenvolvimento psicológico particular num contexto histórico e cultural dado”. Também fala da “socialização do adolescente, processo que acontece por meio da interação social, dá as condições para a sua inserção na sociedade [e] [...] as condições dessa socialização são determinadas pela inserção econômica do indivíduo” (Soares, 1997: 52).

Recorrendo a conhecimentos da sociologia, Soares (1997) busca as origens da adolescência, que está referida à sociedade industrial, que gradativamente vai tornando a transição para a vida adulta muito mais complexa do que em formações sociais anteriores ao capitalismo.

O jovem passa a possuir uma autonomia maior do que a que tinha quando criança [...], ele passa da situação de criança tutelada [...] à situação de possuir uma autonomia relativa para desempenhar algumas funções, para decidir alguns caminhos e para resolver alguns problemas (Soares, 1997: 39).

A sociologia ajuda então a Saúde Coletiva a perceber que a transição diz respeito a vários fenômenos de ordem psicossocial que estão ocorrendo, com mudanças relacionadas a uma certa crise, ou a uma “série de crises” (Soares, 1997: 39).

Além disso, não se pode separar o sujeito da cultura. “Por mais que os teóricos digam do adolescente como um ser em crise, teremos sempre de compreendê-lo, situando-o em seu tempo, em sua cultura” (Caridade, 1999: 206).

Soares (1997: 40), apoiada na contribuição de Mannheim (1972), releva que não somente a inserção de classe é importante para viver o período da juventude como também a questão geracional, pois “os indivíduos de uma dada geração estão predispostos a um modo de pensamento e experiência de acordo com o contexto histórico no qual estão inseridos”.

Assim, na leitura de Marialice Foracchi “a distância entre as gerações e o potencial conflito geracional passariam pela rejeição que os adolescentes experimentam em relação à condição adulta tal como a sociedade impõe” (Soares, 1997: 47).

Até os anos 1960, a juventude no Brasil ficou restrita a jovens escolarizados e a condição de classe média era determinante para essa escolarização. No final do século XX, a questão central foi a das crianças e adolescentes em situação de risco (Abramo, 2005).

Visto que os problemas de vulnerabilidade e risco não terminam aos 18 anos, mas podem se intensificar a partir daí, e com o aparecimento de novos atores juvenis, a percepção da juventude vem se modificando de uns dez anos pra cá (Abramo, 2005).

Abramo (2005) também alerta para o fato de que atualmente é necessário falar de juventudes, no plural, para não esquecer as diferenças e desigualdades dessa transição.

“Portanto, temos de falar não da adolescência, mas das adolescências, que são definidas por aquilo que está ao redor, pelos contextos socioculturais, pela sua realidade, situando-as em seu tempo, em sua cultura” (Ministério da Saúde; 2005: 9).

“A discussão sociológica da juventude [...] permite [...] mapear as diferentes juventudes, que só podem ser percebidas no plano sócio-cultural” (Montanari, 1999: 101). “Assim, mais que atributos físicos e/ou biológicos, são os aspectos sócio-econômicos e culturais que circunscrevem o que é juventude e o que é ser jovem” (Montanari, 1999: 98).

Ou como afirma Pirotta e Pirotta (2005: 77):

Tendo em vista a adolescência na sociedade ocidental moderna, observa-se que não se trata de um fenômeno homogêneo, o que leva a considerar diferentes adolescências pautadas por processos sociais distintos. A construção das diversas adolescências orienta-se em função de fatores econômicos, sociais e culturais e os próprios parâmetros etários são relativizados em função da inserção sociocultural.

Assim é que os limites etários da adolescência variam histórica e socialmente (Soares, 1997). Muuss (1976), que faz uma revisão das teorias sobre a adolescência, atento a essa variação, conclui que ela se estende dos doze aos vinte e dois anos. Já o ECA considera adolescente a pessoa em desenvolvimento, entre doze e dezoito anos de idade, tomando como parâmetros a maioria legal. Para abordagem demográfica sobre juventude, o que está se tornando convenção no Brasil é o grupo de idade entre quinze e vinte e quatro anos, por corresponder ao arco de tempo relativo à transição para a vida adulta (Abramo, 2005).

Na interpretação do conceito, observa-se que não é possível formular com exatidão limites etários para a adolescência. Diversos marcos foram propostos, sendo que, atualmente, o mais aceito pela literatura no campo da saúde tem sido considerar a adolescência o período que se estende dos dez aos dezenove anos. (Pirotta; Pirotta, 2005: 77)

No entanto, nos serviços de saúde em geral ainda há uma tendência a tomar como referência a definição da OMS, que adota a faixa de idade entre dez e dezenove anos de idade por razões estatísticas (Soares, 1997).

Para a Saúde Coletiva “[...] a abordagem das necessidades de saúde deve tomar como referência a saúde-doença como processo social [...] [que] estariam diretamente relacionadas à reprodução da vida social” (Soares; Ávila; Salvetti, 2000: 21).

Com os adolescentes não é diferente, pois eles têm necessidades de saúde que se referem à sua fase de vida e que também sofrem os desvios próprios do grupo social em que suas famílias estão inseridas (Soares, 1997).

Em estudo com jovens escolares no Distrito Administrativo Raposo Tavares, Soares, Ávila e Salvetti (2000) reconhecem as diferentes formas de reprodução social entre as famílias que vivem no mesmo espaço periférico.

A partir dessas considerações, uma das perguntas deste estudo é: as práticas de saúde da Supervisão Técnica de Saúde Butantã estão referidas ao conjunto de questões amplas colocadas pelas necessidades de saúde das diversas juventudes que trabalham, vivem e estudam na área?

JUSTIFICATIVA, PRESSUPOSTO, FINALIDADE E

OBJETIVOS

4 JUSTIFICATIVA, PRESSUPOSTO, FINALIDADE E OBJETIVOS

4.1 Justificativa

- ✓ Os trabalhos que analisam as políticas públicas de saúde voltadas para a juventude sugerem diversas ordens de fragilidades na implementação de práticas a elas atinentes;
- ✓ O campo da Saúde Coletiva propõe uma leitura ampliada das necessidades de saúde dos jovens, referidas à reprodução social de suas famílias, que deve ser considerada no desenvolvimento de políticas públicas de saúde voltadas para a juventude;
- ✓ Inexistem trabalhos que avaliem a implementação das práticas de saúde específicas para a juventude no Butantã.

4.2 Pressuposto e finalidade

Após a conclusão da leitura de todos os trabalhos que se referiam às políticas públicas de saúde na revisão bibliográfica, pode-se dizer que as práticas de saúde específicas para a juventude estão distantes daquilo que é preconizado pelo SUS e pelo ECA. Embora existam programas de saúde para a juventude, desenhados nas esferas federal, estadual e municipal, sua implementação pode não estar ocorrendo em âmbito distrital.

Assim, propõe-se neste estudo identificar e compreender as práticas de saúde específicas para a juventude na Supervisão Técnica de Saúde Butantã. Espera-se com isso promover uma crítica que coloque em alerta não só os profissionais da saúde como a população da região em foco, estimulando a participação social no

planejamento e implementação de políticas públicas, e favorecendo a implementação de práticas de saúde direcionadas à juventude que efetivem e aprimorem as políticas públicas de proteção social e de saúde.

4.3 Objetivos

Geral

- ✓ Analisar as práticas de saúde específicas para a juventude na rede básica de serviços de saúde da Supervisão Técnica de Saúde Butantã, tomando por referência as políticas públicas brasileiras nessa área.

Específicos

- ✓ Identificar as práticas de saúde voltadas para a juventude desenvolvidas na rede básica de serviços de saúde da Supervisão Técnica de Saúde Butantã;
- ✓ Analisar a tendência dessas práticas frente às políticas públicas brasileiras voltadas para a juventude, em especial aos programas de saúde (federal, estadual e municipal) da juventude.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

5.1 Tipo de pesquisa

A presente pesquisa é um estudo de caso, de natureza descritiva, que se utiliza de métodos qualitativos para apreensão da realidade estudada. Conforme Minayo (1992), a pesquisa qualitativa é particularmente adequada para investigações no âmbito da saúde, já que está intrinsecamente relacionada com a realidade social, permitindo incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais.

5.2 O campo de estudo

5.2.1 O município de São Paulo

De acordo com o Censo 2000 (IBGE, 2000), no município de São Paulo há aproximadamente dez milhões e meio de pessoas. E dessas, quase três milhões (27,8%) têm entre 10 e 24 anos de idade.

A partir de 2004, com o governo do então prefeito José Serra, do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB), a prefeitura passou por algumas modificações em sua estrutura administrativa. Assim, as Coordenadorias de Saúde foram reestruturadas originando as Supervisões Técnicas de Saúde. Atualmente existem cinco Coordenadorias Regionais de Saúde: Centro-Oeste, Leste, Norte, Sudeste e Sul e cada uma delas abriga algumas Supervisões Técnicas de Saúde (quadro 1).

Quadro 1 – Coordenadorias Regionais de Saúde e Supervisões Técnicas de Saúde do Município de São Paulo.

Coordenadoria Regional de Saúde Centro-Oeste	Supervisão Técnica de Saúde Butantã
	Supervisão Técnica de Saúde Lapa e Pinheiros
	Supervisão Técnica de Saúde Sé
Coordenadoria Regional de Saúde Leste	Supervisão Técnica de Saúde Cidade Tiradentes
	Supervisões Técnicas de Saúde Ermelino Matarazzo e São Miguel ²⁹
	Supervisão Técnica de Saúde Guaianases
	Supervisão Técnica de Saúde Itaim Paulista
	Supervisão Técnica de Saúde Itaquera
	Supervisão Técnica de Saúde São Mateus
Coordenadoria Regional de Saúde Norte	Supervisão Técnica de Saúde Casa Verde e Cachoeirinha
	Supervisão Técnica de Saúde Freguesia do Ó e Brasilândia
	Supervisão Técnica de Saúde Pirituba e Perus
	Supervisão Técnica de Saúde Santana e Jaçanã
	Supervisão Técnica de Saúde Vila Maria e Vila Guilherme
Coordenadoria Regional de Saúde Sudeste	Supervisão Técnica de Saúde Mooca, Aricanduva, Formosa e Carrão
	Supervisão Técnica de Saúde Ipiranga
	Supervisão Técnica de Saúde Penha
	Supervisão Técnica de Saúde Vila Mariana e Jabaquara
	Supervisão Técnica de Saúde Vila Prudente e Sapopemba
Coordenadoria Regional de Saúde Sul	Supervisão Técnica de Saúde Campo Limpo
	Supervisão Técnica de Saúde Capela do Socorro
	Supervisão Técnica de Saúde M'Boi Mirim
	Supervisão Técnica de Saúde Parelheiros
	Supervisão Técnica de Saúde Santo Amaro e Cidade Ademar

Fonte: www.prefeitura.sp.gov.br

²⁹ Conforme informação pessoal obtida por telefone na Supervisão Técnica de Saúde Ermelino Matarazzo em 07/02/2007, as Supervisões Técnicas de Saúde Ermelino Matarazzo e São Miguel se unificaram em 2006, mas mantêm estrutura física e supervisores diferentes.

5.2.2 A Coordenadoria Regional de Saúde Centro-Oeste e a Supervisão Técnica de Saúde Butantã - o local de estudo

Na gestão do Prefeito José Serra, as Coordenadorias de Saúde do Butantã, Lapa, Pinheiros e Sé foram unificadas, originando a Coordenadoria Regional de Saúde Centro-Oeste. Atualmente, a Coordenadoria Regional de Saúde Centro-Oeste abriga as Supervisões Técnicas de Saúde Butantã, Lapa e Pinheiros e Sé.

A Coordenadoria Regional de Saúde Centro-Oeste³⁰ é composta pelas subprefeituras: Butantã, Lapa, Pinheiros e Sé. As subprefeituras são divididas em Supervisão Técnica de Saúde Butantã, Supervisão Técnica de Saúde Lapa e Pinheiros e Supervisão Técnica de Saúde Sé.

A Supervisão Técnica de Saúde Butantã, antiga Coordenadoria de Saúde do Butantã, também é conhecida como Distrito Saúde Escola do Butantã (DSE BT), devido ao convênio instituído entre a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo com a Universidade de São Paulo para a congregação das práticas de ensino da universidade neste campo (Campos, 2004).

O campo de estudo se limita à área da Supervisão Técnica de Saúde Butantã.

A pesquisa foi realizada nas Unidades, Centros de Saúde e no CAPS (Centro de Atenção Psico Social) Adolescente da Supervisão Técnica de Saúde Butantã, município de São Paulo, que agrega cinco Distritos Administrativos: Butantã, Vila Sônia, Rio Pequeno, Raposo Tavares e Morumbi.

As Unidades e Centros de Saúde da Supervisão Técnica de Saúde Butantã estão distribuídos conforme quadro de Campos (2004, 41):

³⁰ Durante a análise da coleta de dados ocorreram mudanças de direção da Coordenadoria Regional de Saúde Centro-Oeste e na Supervisão Técnica de Saúde Butantã.

Quadro 2 – Distribuição das Unidades Básicas de Saúde por Distrito Administrativo do DSE Butantã. São Paulo, 2003.

DA Butantã	Centro de Saúde (CS) do Caxingui
	CSII Butantã
	CS Dr. Samuel Barnsley Pessoa (CS Escola do Butantã, do Departamento de Medicina Preventiva da USP)
DA Vila Sônia	CS Vila Sônia
	UBS Jd. Jaqueline
DA Morumbi	CSII Morumbi
DA Rio Pequeno	CSII Rio Pequeno
	UBS Dr. José Marcílio Malta Cardoso
	UBS Jd. D´Abril
	UBS Engº. Guilherme Henrique Pinto Coelho
DA Raposo Tavares	Unidade de Saúde da Família Jd. Boa Vista
	UBS Jd. Paulo VI
	UBS Jd. São Jorge
	UBS Vila Borges

Fonte: Campos (2004).

A UBS Vila Borges compartilha o espaço físico com o Centro de Atenção Psico Social Adolescente.

A UBS Engº. Guilherme Henrique Pinto Coelho não foi inserida na pesquisa porque a pesquisadora trabalha nesse serviço e realiza uma atividade específica para a juventude no local.

A população total da Supervisão Técnica de Saúde Butantã em 2004, era de aproximadamente trezentos e setenta e oito mil (377.576) e a população entre 10 e 24 anos era de oitenta e sete mil (87.001), 23% da população total, distribuída numa área geográfica de 56,1 Km² (Fundação SEADE).

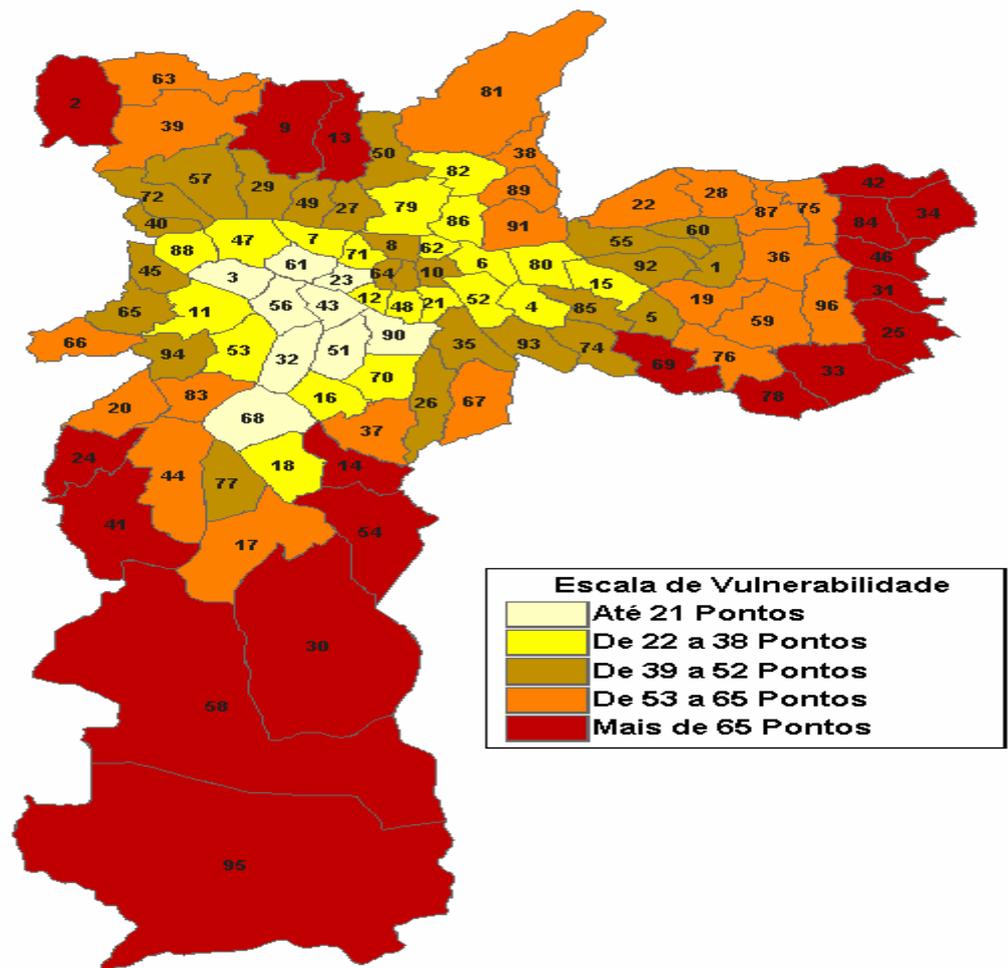
A situação dos jovens nessa região será demonstrada aqui pelo Índice de Vulnerabilidade Juvenil (IVJ), “cujas função central é auxiliar na escolha de áreas de intervenção [...] [dos] 96 distritos administrativos do município”. O IVJ considera, “em sua composição os níveis de crescimento populacional e a presença de jovens

entre a população distrital, frequência à escola, gravidez e violência entre os jovens e adolescentes residentes no local” (Fundação SEADE).

O indicador pode variar “em uma escala de 0 a 100 pontos, em que o zero representa o distrito com menor vulnerabilidade e 100 o de maior”. A partir desta escala de pontos, foram gerados cinco grupos de vulnerabilidade juvenil, de 1 a 5. Quanto maior a pontuação do grupo, maior é a vulnerabilidade (Fundação SEADE).

No mapa 1 os DA são representados pelos números: 11 Butantã, 94 Vila Sônia, 66 Raposo Tavares, 65 Rio Pequeno e 53 Morumbi.

Mapa 1 - Grupos de Vulnerabilidade Juvenil – Distritos do Município de São Paulo, 2000.



Fonte: Fundação SEADE.

Tabela 6 – Índice de vulnerabilidade juvenil do Distrito Saúde Escola do Butantã.

Distrito Administrativo	Morumbi	Butantã	Rio Pequeno	Vila Sônia	Raposo Tavares
IVJ (índice de vulnerabilidade juvenil)	29	29	51	44	60
Grupos de vulnerabilidade	2	2	3	3	4
População total	34.588	52.649	111.756	87.379	91.204
Participação da população jovem de 15 a 19 anos, no total de jovens do município	0,29	0,43	1,13	0,83	0,98
População de jovens de 15 a 19 anos	2.860	4.307	11.176	8.196	9.759
Taxa anual de crescimento populacional	-1,61	-1,06	0,97	0,61	1,1
Participação dos jovens de 15 a 19 anos no total da população dos distritos (%)	8,27	8,18	10	9,38	10,7
Taxa de mortalidade por homicídio da população masculina de 15 a 19 anos (por 100.000 Hab.)	165,8	93,8	96	136,1	150,1
Taxa de fecundidade das adolescentes de 14 a 17 anos (por 1.000 mulheres)	58,54	20,59	39,18	30,51	41,76
Proporção de mães adolescentes de 14 a 17 anos, no total de nascidos vivos (%)	5,84	3,62	6,47	5,1	7,47
Rendimento nominal médio mensal das pessoas responsáveis pelos domicílios particulares permanentes (R\$)	6498,82	2584,5	1551,66	2554,9	968,03
Proporção de jovens de 15 a 17 anos que não freqüentam a escola (%)	19,9	11,22	23,1	20,69	24,84
Densidade demográfica (Hab./Km ²)	3.034	4.212	11.521	8.826	7.238
Proporção de jovens, de 18 a 19 anos, que não concluíram o ensino fundamental (%)	36,72	19,9	38,79	33,54	43,09

Fonte: IBGE - Censo Demográfico 2000.

Na tabela 6, pode-se notar que existe diversidade entre os distritos administrativos, variando de 29 a 60 no que se refere ao IVJ. O DA Morumbi, pelos dados analisados, mostra ser o distrito mais desigual, uma vez que a população abrangente é a que tem o maior rendimento médio mensal e, ao mesmo tempo, a maior taxa de mortalidade por homicídio da população masculina entre 15 e 19 anos. O DA Morumbi conta ainda com a maior taxa de fecundidade das adolescentes entre 14 e 17 anos e a menor taxa anual de crescimento populacional entre os DA

analisados. É possível que isso ocorra em função das enormes diferenças sócio-econômicas entre os grupos sociais moradores do DA Morumbi.

Conforme dados do SIM/PRO-AIM³¹, entre os anos de 1996 e 2005 no município de São Paulo, o total de óbitos na faixa etária de 10 a 24 anos foi de 31.686. A principal causa - conforme CID10 BR - foi “causas externas de morbidade e mortalidade” com 24.347 (76,84%) casos. Desses, 18.277 (75,06%) diziam respeito a “agressões”, 3.380 (13,88%) a “acidentes de transporte” e 780 (3,20%) a “lesões autoprovocadas voluntariamente”. A segunda maior causa de morte foi “neoplasias” com 1.642 (5,18%) casos. Já na Supervisão Técnica de Saúde Butantã, a mortalidade na faixa etária entre 10 e 24 anos, no período de 1996 a 2005 foi de 859 óbitos. A principal causa - conforme CID10 BR - foi “causas externas de morbidade e mortalidade” com 639 (74,39%) casos. Desses, 466 (72,92%) diziam respeito a “agressões”, 107 (16,74%) a “acidentes de transporte” e 28 (4,38%) a “lesões autoprovocadas voluntariamente”. A segunda maior causa de morte foi “neoplasias” com 64 (7,45%) casos.

5.3 Coleta de dados e procedimentos éticos

A coleta de dados foi realizada através de entrevista semi-estruturada, coerentemente com o objeto de estudo, a finalidade e os objetivos da pesquisa nos âmbitos:

- ✓ Central (Secretaria da Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo), com o responsável pela Área Técnica de Saúde da Criança e do Adolescente;

³¹ SIM/PRO-AIM. Mortalidade no Município de São Paulo. TabNet. Disponível em <http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/cgi/deftohtm.exe?secretarias/saude/TABNET/SIM/obito.def>

- ✓ Regional (Supervisão Técnica de Saúde Butantã), com o supervisor da região e
- ✓ Local (Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde e CAPS Adolescente), diretamente com um dos profissionais envolvidos com a prática de saúde específica para juventude ou com o gerente do serviço, caso não houvesse essa prática.

A entrevista foi norteada pelo instrumento elaborado e aplicado pela própria autora (anexo I), após apreciação do projeto e aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Prefeitura do Município de São Paulo (PMSP) e pela Coordenadoria Regional de Saúde Centro-Oeste (anexo II).

As entrevistas semi-estruturadas foram realizadas com os trabalhadores, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo IV), sendo resguardados os procedimentos éticos, conforme recomendações da Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde (Ministério da Saúde, 1996).

Nesse sentido, o agendamento das entrevistas ocorreu a partir da conveniência de data, local e horário dos entrevistados.

As entrevistas foram realizadas em um único encontro e tiveram duração de trinta a setenta minutos, ou seja, com duração média de cinquenta e cinco minutos. Elas foram gravadas em fita cassete e transcritas pela entrevistadora e por profissional capacitado, garantindo-se o sigilo e o anonimato dos participantes. O número de páginas transcritas variou de cinco a dezenove. A seguir realizou-se a conferência de fidelidade da gravação oral, processo no qual se procedeu à leitura das transcrições ao mesmo tempo em que se ouvia a gravação das entrevistas.

O período de realização das entrevistas foi de maio de 2006 a janeiro de 2007. O período foi longo devido algumas dificuldades: alguns profissionais pareciam não valorizar a pesquisa, outros se encontravam em período de férias e outros ainda não conseguiam tempo disponível em função da carregada agenda do serviço.

Durante as entrevistas, com a intenção de ser melhor compreendida pelos trabalhadores entrevistados – pois, conforme Chaves Júnior (1999) que aborda a gênese das teorizações sobre a juventude, há polêmica para entender de quem se fala quando o termo juventude é usado - foi perguntado sobre o adolescente/jovem como se fossem sinônimos, pelo fato do termo adolescente ser mais conhecido na área da saúde e também porque não se pretende ignorar o conteúdo sociológico do termo juventude, que é imprescindível para o entendimento do processo saúde-doença. Isso foi feito não com o intuito de avaliar se eles saberiam distinguir entre um ou outro termo, mas para obter informações sobre a visão que eles tinham do jovem, se era uma visão reduzida, aproximando-se mais de um modo de ver muito biológico; ou se afastavam-se dela, caracterizando o jovem pela sua inserção social.

O relatório final da pesquisa será apresentado ao CEP da PMSP logo que o estudo for concluído.

5.4 Sujeitos da Pesquisa

A população de estudo é composta por trabalhadores envolvidos na prestação de serviços de saúde específicos para a juventude, das Unidades, Centros de Saúde e do CAPS Adolescente da Supervisão Técnica de Saúde Butantã, no município de São Paulo – nível local -, onde ocorra alguma prática de saúde específica para a juventude; ou pelo gerente do serviço, caso não exista alguma prática específica no local; pela supervisora da Supervisão Técnica de Saúde Butantã – nível regional –; e

pelo responsável pela Área Técnica de Saúde da Criança e do Adolescente – nível central –, na Secretaria da Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo³².

Todos os gerentes dos serviços de saúde, a responsável pela Área Técnica de Saúde da Criança e do Adolescente e a supervisora da Supervisão Técnica de Saúde Butantã foram contatados previamente, por telefone, para agendamento de uma reunião para apresentação do trabalho pela autora. Nessa reunião foi entregue uma cópia do projeto de pesquisa e da autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura do Município de São Paulo para conhecimento do gerente e/ou do profissional entrevistado.

A indicação do profissional que realizava a prática de saúde específica para a juventude foi realizada pelo gerente do serviço. Caso não houvesse, o próprio gerente era convidado para ser entrevistado.

Nos serviços onde havia mais de uma prática de saúde específica para a juventude, um profissional envolvido com cada prática foi entrevistado, independente das práticas serem realizadas no mesmo serviço. Da mesma forma que um profissional que atua em dois serviços diferentes e realiza o mesmo tipo de prática em ambos, foi entrevistado e essa prática foi considerada nos dois serviços.

5.5 Análise dos dados

Realizou-se a análise temática, a partir da indicação de Minayo (1992) sobre o processo de análise de conteúdo proposto por Bardin (1977). Nessa perspectiva, o tema consistiria numa unidade de significação do conteúdo do texto analisado, proveniente das transcrições dos discursos dos entrevistados, podendo ser

³² Em princípio, a entrevista seria realizada com o responsável pela Área Técnica de Saúde da Criança e do Adolescente na Coordenadoria Regional de Saúde Centro-Oeste, porém não há esse profissional na Coordenadoria.

representado por uma palavra ou frase temática. Tomou-se ainda em consideração que a análise é um processo dialético, que possibilita interpretar os depoimentos de várias formas, conforme orienta Demartini (2001: 61), pois “as informações de muitos trechos de cada entrevista [...] [podem se referir] ao mesmo tempo a vários assuntos”.

Assim, a análise se desenvolveu seguindo etapas previamente propostas e que já vêm sendo utilizadas pelos pesquisadores do grupo de pesquisa ao qual este trabalho se filia³³: primeiro, foram realizadas as entrevistas individuais; em seguida, as entrevistas foram transcritas sem nenhuma edição; a partir daí realizou-se várias leituras de cada entrevista individual para apreender seu conteúdo, interpretá-lo; ao lado do texto foram feitas as anotações que num outro momento geraram temas; os temas foram então agrupados em categorias mais amplas.

5.6 Dificuldades para a realização da pesquisa

- ✓ Pretendia-se inicialmente apresentar o projeto de pesquisa na reunião periódica de chefias da Supervisão Técnica de Saúde Butantã, possibilitando dessa forma que o projeto fosse discutido por todos os gerentes. Como isso não foi possível, o projeto foi então apresentado individualmente, após a autorização do CEP da PMSP;
- ✓ Notou-se que, em alguns casos, os gerentes desconhecem a realização de atividades no serviço;
- ✓ Nem todos os gerentes puderam atender a pesquisadora, seja pessoalmente ou por telefone. Na primeira situação à pesquisadora foi indicado falar com o

³³ Ver por exemplo Trapé CA, Soares CB. A prática educativa dos agentes comunitários de saúde à luz da categoria práxis. Rev Lat Am Enferm 2007; 15(1):142-9.

auxiliar de chefia, orientação esta que foi seguida e concretizada, e na segunda, o gerente indicou, por telefone, o profissional a ser entrevistado. Esta orientação também foi seguida e concretizada, porém as cópias do projeto de pesquisa e da autorização do CEP da PMSP foram entregues ao profissional entrevistado;

- ✓ Durante a realização de algumas entrevistas, o entrevistado alternou falas com um tom audível e outras com um tom de voz muito baixo. Alguns locais escolhidos pelo entrevistado para realizar a entrevista não dispunham de salas individualizadas e havia outras pessoas no mesmo ambiente, o que pode ter constrangido o entrevistado. Com isso, algumas frases dessas entrevistas ficaram prejudicadas;
- ✓ Também se notou o desconforto de alguns entrevistados quanto à gravação da entrevista;
- ✓ A inexperiência da pesquisadora também dificultou a realização da pesquisa. Porém, há que se considerar que “o pesquisador nunca está “pronto”; cada pesquisa demanda dele uma reflexão nova sobre os caminhos a serem trilhados para o esclarecimento das questões que são propostas” (Demartini, 2001: 51).

RESULTADOS E ANÁLISE

6 RESULTADOS E ANÁLISE

Os resultados desta pesquisa referem-se a quatorze serviços de saúde da Supervisão Técnica de Saúde Butantã. No total foram realizadas quinze entrevistas, sendo oito com gerentes de unidades e sete com trabalhadores que desenvolvem práticas específicas para a juventude nos serviços. Identificou-se os entrevistados por sexo, formação, tempo de trabalho na instituição, vínculo empregatício, capacitação específica para o desenvolvimento de ações voltadas para a juventude e referência que utiliza em relação às políticas públicas de saúde da juventude.

Embora tivesse sido previsto no desenho metodológico da pesquisa, não foi possível entrevistar os trabalhadores de âmbito regional e central, num caso, porque o interlocutor não encontrou espaço na agenda de trabalho e no outro, porque o entrevistado desistiu de participar da pesquisa.

Os serviços de saúde participantes da pesquisa funcionavam segundo os seguintes modelos: cinco tradicionais municipalizados, três tradicionais, dois mistos (tradicional + PSF), dois mistos municipalizados, um PSF e um CAPS inserido no mesmo espaço físico de um dos serviços.

As práticas específicas para a juventude ocorriam em sete serviços, sendo que dois deles realizavam mais de uma prática, totalizando nove práticas específicas para a juventude, que eram realizadas por oito trabalhadores. Dessas nove práticas, uma delas era desenvolvida pelo mesmo profissional em dois serviços diferentes e foi considerada como uma prática distinta.

Os trabalhadores foram indagados sobre terem ou não recebido capacitação para trabalhar com a juventude, e dos oito que desenvolviam atividades específicas para a juventude (são nove atividades, porém uma delas é realizada pelo mesmo

profissional em serviços diferentes) se obteve as seguintes respostas: dois participaram de capacitação em outro serviço, dois participaram da capacitação realizada anualmente no Palácio do Governo, um participou da capacitação realizada pela prefeitura de São Paulo, um participou de conferências promovidas pelo Estado e pela prefeitura de São Paulo, um participou da capacitação no próprio serviço e um não participou de qualquer capacitação.

Somente um serviço afirmou ter mais de um trabalhador compartilhando a mesma prática. Nos demais, os profissionais coordenavam e realizavam a atividade solitariamente.

Dos quinze entrevistados, apenas um era do sexo masculino e todos tinham formação universitária, sendo seis médicos, três assistentes sociais, duas psicólogas, uma enfermeira, uma cirurgiã dentista, um terapeuta ocupacional e uma nutricionista. Nove trabalhadores eram efetivos da prefeitura de São Paulo, um era efetivo do Estado de São Paulo, um tinha vínculo empregatício sob o regime CLT, um era residente da Universidade de São Paulo (USP) e três não responderam. O tempo de trabalho na instituição dos trabalhadores que realizam a prática variou de um ano e meio a vinte e cinco anos.

Quando estimulados a falar sobre as políticas públicas de saúde para a juventude, dos quinze trabalhadores entrevistados, três responderam ter conhecimento do ECA e do PROSAD, três afirmaram não ter conhecimento das políticas públicas de saúde voltadas para a juventude, dois conheciam o ECA, um tinha conhecimento do ECA e de outros programas sociais para a juventude e seis não se pronunciaram sobre esse assunto.

A análise temática foi feita identificando-se nas falas dos entrevistados os temas e subtemas que melhor expressavam seus depoimentos. Os temas são: *como o setor saúde percebe a juventude; como o setor saúde percebe o processo saúde-doença; como o setor saúde percebe a questão da educação; como o setor saúde percebe os seus problemas; como deveria ser a resposta do setor saúde frente aos seus problemas; o que os serviços de saúde estão oferecendo para a juventude e quando a juventude procura o serviço de saúde.*

6.1 Como o setor saúde percebe a juventude

Embora todos os entrevistados tenham sido indagados a respeito de como percebem a juventude, durante o desenvolvimento da entrevista poucos foram os que se dedicaram a responder diretamente a questão.

A maior parte dos entrevistados falou de maneira ampla sobre a juventude, incluindo a análise do processo histórico e social no qual os jovens estão inseridos. Outros mostraram, no momento da entrevista, uma percepção mais restrita, caracterizando a adolescência de uma forma naturalizada ou a partir da abordagem biológica.

6.1.1 Visão ampliada: a juventude como sujeito histórico e social

Compilou-se nesse tema os subtemas que representam as falas que fazem uma leitura histórica e social do fenômeno da juventude contemporânea. Esse tipo de compreensão foi tematizado como uma visão ampliada da juventude e abrangeu os seguintes subtemas: *o jovem da periferia sem perspectiva, à mercê; o jovem sem estrutura familiar; o poder da mídia interfere na estrutura familiar; o jovem e o consumo: a escassez de espaços públicos; o jovem e sua aparência: uma das*

barreiras de socialização; o jovem como sujeito em busca da cidadania; o jovem, a repressão dos pais e o medo da violência da rua e o adolescente é o nosso futuro, temos que prepará-lo melhor.

Os trabalhadores acreditam que para os jovens da periferia é muito difícil viver a juventude atualmente. Relatam que os jovens estão sem perspectiva, têm pouca ou até mesmo nenhuma oportunidade de trabalho e suas famílias são geralmente “desestruturadas”, o que, para os entrevistados, demonstra que eles estão à mercê das doenças, da violência e da gravidez precoce, por exemplo.

O jovem da periferia sem perspectiva, à mercê

[...] O que eu percebo aqui é que o adolescente não tem perspectiva nenhuma, [...] nem de família, nem [de] escola, nem de trabalho, nem nada. Isso [...] é terrível né. Porque [é] justamente a fase em que você tem que ter mais perspectivas, mais sonhos, mais crescimento, enfim. Agora, a questão do primeiro emprego, a questão da profissionalização. [...] Pra arrumar um emprego ele tem que ter experiência [...], agora, como é que ele vai ter experiência se ninguém ainda deu oportunidade pra ele trabalhar? Só se for alguém que tiver faculdade, se [for] alguém que seja beneficiado.

.....
O que eu [...] percebi é que os adolescentes vêm de uma família muito simples, uma família carente, uma família com a vida difícil. Muitos não têm o pai, nem chegaram a morar com o pai e a mãe juntos. [Moravam] ou com a mãe, ou só com a avó então, eram adolescentes [...] pra mim especiais [...]. É diferente do adolescente de classe média, classe média alta que a realidade [...] é totalmente diferente. [...] Eu sinto que aqui os adolescentes estão muito mais a mercê. E2

[...] Os jovens têm adoecido mais cedo [...], então têm tido casos de depressão [e] a violência doméstica tem aumentado muito [...]. As famílias tão muito complicadas. A gente percebe que [...] tem famílias complicadas [...]. Agora o que [...] tem [me] preocupado é o nível de violência que a população dispõem. E aí, a criança e o jovem ficam muito a mercê deles. E3

“[...] A gente [...] vê lá a moçada, tudo na rua, sem perspectiva nenhuma [...] e é uma judiação [...]. A meninada tudo engravidando, [...] fica uma coisa muito triste, sei lá.” E6

Eu nunca vi tanta gente na rua, tanta criança na rua, tanta mãe jovem, tipo com treze anos elas menstruam, com quatorze elas já tão grávidas, sabe? Isso [...] tá determinando um problema social que está se explodindo. [...] Ontem eu fui num lugar bonitinho tomar café, de repente chegou uma criança [...] vendendo saquinho plástico e depois ela falou assim: “Você não quer? Dez centavos”. [...] Eu sei que é exploração, que atrás daquela criança que devia no máximo ter oito anos, tem um adulto. E7

Eu acho que tem várias pessoas com projeto para jovens [...] interessantes, mas se a gente for pensar numa situação acadêmica, a gente tem uma barreira grande. Lembro de uma menina que disse que ela queria ser cientista. O quê que é isso? Como é que você chega lá? Ela não tinha a menor idéia. [...] Eu acho que [...] uma coisa que pega muita gente aqui [...] é a questão da gravidez na adolescência, tem [...] muita grávida adolescente. Elas saíram de casa, [...] [foi] a opção que elas acharam que é casar com o primeiro que obviamente elas se apaixonam perdidamente, mas às vezes nem tanto. Mas com uma vida melhor do que quando ela não estava grávida. E aí ou está na casa dos pais ou está na casa do sogro. Só que com vinte e três anos estão com três ou quatro filhos. E14

Quatro entrevistados percebem os problemas do jovem como atinentes à falta de estrutura familiar. Eles acreditam que as crianças têm problemas devido à “desestruturação” familiar e também devido à “banalização” da vida pelo adulto, que, destituída de valores, pouco tem a oferecer ao adolescente. Também acreditam que as mães que não têm uma família estruturada ficarão “presas” em casa cuidando do filho, serão exploradas pelo mercado de trabalho, mal pagas e não terão uma boa estrutura para oferecer ao filho.

O jovem sem estrutura familiar

Eu acho [...] que se começa a nascer crianças com uma família desestruturada, nunca [...] [vai] haver creches suficientes, escolas suficientes. Nunca as mães vão poder estudar porque elas vão estar presas em casa cuidando dessas crianças, vão ser mães frustradas porque elas não puderam [...] acabar alguma aspiração que [...] tinham, algum sonho, ter alguma profissão. Vão ser mal pagas, exploradas pelo mercado [de trabalho]. Então, nunca vão ter uma estrutura boa para dar para os filhos, [...] estrutura física mesmo [...], de casa, de alimentação. E7

[...] [Eu] vejo [...] [que] as famílias [estão] muito desestruturadas, a maior parte dos adolescentes que a gente atende aqui contam só com mães, às vezes só com as avós, não têm pai próximo, às vezes as casas mantêm uma estrutura de rigidez grande, que acho que esses ainda tem algum tipo de proteção mas têm dificuldade pra fazer esse entendimento de mundo. [...] A entrada no mercado de trabalho, boa parte dos adolescentes que a gente atende estão fazendo isso ou estão deixando de estudar ou estudam a noite, fazem bico por aí, ou conseguem algum emprego com alguma estabilidade, mas só são explorados, pagam mal, não garantem férias, não garantem nada, tem gente que trabalha [...], aí engravida e é mandada embora. E9

[...] o adolescente hoje é um coitado, a criança também é uma coitada, porque tudo chega e você só repassa sem precisar questionar, entendeu? Então, é uma violência [o] que fazem com as pessoas, com os seres humanos. O adolescente é uma pessoa extremamente rica, riquíssima e

extremamente forte no sentido [...] que ele não tem ainda valores rígidos [...] de conceitos e preconceitos [...], é uma coisa bem bonita. E briga porque ele quer mudar [...], ele não se contenta desse jeito só [...]. Se ele está conversando [...] é [por]que ele está querendo [alguma] coisa diferente mesmo [...], [porque ele] não se contenta com a rotina, com a repetição. Se ele vai comprar droga, ou vai assaltar, [ou] alguma coisa assim [...] é por curiosidade, vamos ver o diferente, vamos fazer uma aventura. Então, é um ser humano extremamente aberto. Agora, o que a gente tem é pouco comprometimento do adulto consigo próprio, enquanto pessoa, enquanto valorização da vida [...]. Então, [...] [o adulto] banaliza a vida, [...] ele senta e fica assistindo Faustão no domingo, entendeu? Então, é você roubar sua própria vida, é você perder tempo [...]. O que você está fazendo com sua própria vida? Então, é essa mensagem que ele passa para o adolescente. O adolescente fica perdido, porque não preenche. Eu vejo [...] que existe [...] um vazio de valores mesmo, das pessoas que estão crescendo, dos pais [...]. E eles estão abandonados, [...] não de serviço, nada, mas de valores. [...] Você percebe [que] tem marmanjões [...] sentados nas escadas aí na vila. Estão abandonados, [...] é um alto grau de periculosidade mesmo. Eles são um risco [...]. Então, hoje em dia eu vejo muita mãe falando assim: “Eu não posso [...] porque eu tenho que trabalhar”. Então, é a [...] executiva [...] da vida, entendeu? Então, o quê você vai fazer? Se você não fica em casa o dia inteiro, e a noite? Você acha que vai virar doutora e virar milionária? Nessas alturas do campeonato, o preço que ela paga é muito alto, entendeu? [...] Que horário que teu filho está na tua agenda [...]? É importante sua presença ao lado dele, [...] nada substitui. E10

E eu acredito que a maior parte dos problemas que as crianças têm é a questão na família, na estrutura da casa, alguma coisa que está mantendo alguma questão [...]. Então, se a gente consegue auxiliar um pouquinho os adultos a se organizarem [...], 80% dos problemas das crianças desaparecem [...]. Distúrbios de comportamento, as queixas que as mães trazem de aprendizagem e de comportamento. Então, eu estou fazendo esse trabalho. E14

Um entrevistado relata como a mídia pode interferir na estrutura familiar manipulando a conduta das pessoas, banalizando a fidelidade entre os casais e interferindo na cultura familiar.

O poder da mídia interfere na estrutura familiar

[...] Na Rede Globo [...] o quê que acontece? [...] Primeiro que é uma bagunça, né? Todo mundo é casado e todo mundo se separa a todo instante, eu não acho que você tenha que ficar casado a vida toda, eu acho que você tem que casar quando você amar a pessoa, mas eu acho [...] que o troca-troca, isso influencia os jovens [...]. Eu acho [...] que a realidade não é essa, não é bom ficar na troca, a gente só troca quando não dá certo [...]. Mas eu acho [...] que a mídia manipula uma série de coisas, tipo assim, as mães que vão no meu consultório que tem filhas com 20 anos que não tiveram relação sexual falam: [...] “Fala com ela porque as amigas estão falando: olha, ela foi a única que não foi”, entendeu? Então eu acho [...] [que] a própria televisão padroniza, com tantos anos você tem que ter relação sexual, olha o seu marido não tá legal, vamos arrumar

um amante, não vamos tentar melhorar o seu casamento, vamos arrumar um amante. (E7)

Além da falta de perspectiva de trabalho, os entrevistados apontam a dificuldade de lazer dos jovens devido ao atrelamento que a sociedade faz do lazer ao consumo e à escassez de espaços públicos. A identidade foi vista como algo fundamental para o adolescente e a aparência como uma das barreiras de socialização.

O jovem e o consumo: a escassez de espaços públicos

É, eu acho que é extremamente difícil viver como jovem, eu vou falar aqui em São Paulo que é o local que a gente trabalha. Primeiro porque o jovem hoje tem uma dificuldade enorme pra poder circular pela cidade, segundo porque os espaços públicos [...] são espaços muito atrelados ao consumo, e se você não pode consumir, às vezes fica sem ter o que fazer. Existe uma parede de discriminações por causa do jeito de se vestir, [...] que às vezes também fazem com que as pessoas tenham mais barreiras ainda pra enfrentar, pra poder se socializar. As instituições hoje, a gente acredita pouco nelas e se a gente não tem em quem acreditar, em [uma] estrutura que a gente possa contar, como espaço de formação, perspectiva de trabalho, [...] acho que é um jeito muito ruim de encarar a vida. E9

O jovem e sua aparência: uma das barreiras de socialização

[...] Pro adolescente [...] uma questão fundamental é [a] identidade. E essa identidade está em jogo na percepção que ele tem do corpo, no cotidiano, a leitura que ele faz, da leitura que os outros estão fazendo dele [...]. Tem uma carga grande também de sofrimento e frustração. Então, às vezes ele vem com o rosto cheio de acne e a gente acha que é uma bactéria que infecta, [...] passa um creme, se [...] precisar [...], encaminha pro dermatologista pra fazer um tratamento com antibiótico. Mas a leitura que ele tá fazendo daquilo é se sou feio ou sou bonito? Vai gostar de mim ou não? Posso namorar ou não posso? Vão me aceitar quando eu for procurar um emprego? E muito mais coisas. E9

De outro lado, para superar os problemas sociais, os entrevistados propõem que os jovens busquem sua cidadania e sejam sujeitos de suas ações enfrentando os desafios.

O jovem como sujeito em busca da cidadania

[...] na minha concepção [...] essa questão da saúde, de você resgatar e potencializar os recursos saudáveis da vida que estão [...] latentes. E você

vê o quê que [...] [o jovem] pode pensar por ele mesmo, sendo sujeito [...] do processo lá fora que ele pode estar fazendo. [...] Dinamizar a vida dele, porque tem tanta coisa que está acontecendo, ou procurar outras atividades, enfrentar [...] desafios, alguma coisa que [ele] gosta [...]. Ou um trabalho voluntário [...] onde ele pode ir, um centro esportivo, vai fazer uma ginástica, fazer uma caminhada. Então, em relação ao processo que ele está passando aqui também [...]. [...] Poder participar um pouco mais como sujeito [...]. Então, no fundo, tem esse trabalho de você apostar [...] na pessoa, na cidadania. E esse é um trabalho [...] que a gente faz, [...] de resgate da cidadania da pessoa. E10

Um entrevistado fala que muitas vezes a cidadania é buscada de maneira “imprevista”, mesmo que inconscientemente, como é o caso do projeto de ter um filho e de construir uma família.

Eu acho que o[s] adolescente[s] da periferia têm esse problema [...] porque eles terminam a escola e acabou [...], sorte se tiver um emprego. [...] Acho que um pouco dessa coisa da gravidez na adolescência, eu pelo menos tenho essa interpretação também, quer dizer, ser mãe significa ser adulto, ter uma família sua [...]. Com sorte, uma casa ou um quatinho que seja seu [...]. Eu acho que essa, [...] não sei se é uma busca consciente mas [...] elas acabam permitindo que isso aconteça, talvez inconscientemente [...] pra ter essa passagem. [...]. Eu acho que é uma tentativa, às vezes, de ser alguém. E12

De outro lado, foi comentado que apesar dos jovens estarem vivendo numa época onde tudo é muito sexualizado, eles são repreendidos pelos pais nesta questão e não há diálogo entre eles. Também foi salientado que os jovens têm medo da violência da rua.

O jovem, a repressão dos pais e o medo da violência da rua

Eu sinto [...] uma questão meio ambígua neles [...] porque, eu não sei se é uma característica exatamente da periferia de São Paulo, mas é tudo muito sexualizado [...]. Quer dizer, as músicas, essas de funk, samba é uma coisa onde o sexo está muito presente [...], as casas são pequenas, as paredes não são grossas. O sexo ocorre em casa ou no vizinho, isso eu acho que é uma coisa muito presente na vida deles e ao mesmo tempo, pelo que as meninas [do grupo] falaram, a maioria tem uma relação com os pais de muita repressão. [...] Os pais não queriam, não deixavam, não podia, [...] não conversavam também com elas sobre isso. Não pode porque você está muito nova ou não pode porque isso tá errado [...]. Então, ao mesmo tempo que a coisa está lá na cara delas, [...] elas [...] têm que fugir [...]. A mulher aprende que sexo é ruim, que você deve fugir da coisa, que é a única forma de se proteger [...]. E a questão da violência também [...], o medo [...] da rua [...], da violência. E12

Outro entrevistado acredita que a violência, as doenças e os problemas sociais diminuiriam se os jovens fossem mais preparados para a vida e se ocupassem o seu tempo com atividades de lazer e estudo.

O adolescente é o nosso futuro, temos que prepará-lo melhor

O adolescente, eu acho que é o nosso futuro de amanhã. Então, eu acho que a gente [...] podendo prepará-los melhor, orientar, ocupar o tempo deles com coisas produtivas, a gente ia ter menos violência, menos doenças, menos problemas sociais no futuro. [...] Eles são o nosso futuro. E a gente tem que colocar antes de tudo uma barreira de paz agora [...]. E como a gente consegue isso? Se eles têm lazer, se têm educação, se têm possibilidade de estudar, terem vagas nas escolas. Ter também orientações gerais [...] de higiene, [de] cuidados pessoais, de orientações, que já deviam estar no currículo das escolas[...]. Eles têm interesse.

.....
[...] Eu faria [...] locais onde eles pudessem ter mais ações de lazer como também oportunidade deles fazerem cursos, de vários tipos de [...] capacitação [para] [...] inserir esses jovens. [...] Aí cada um ia ver seu dom pessoal [...]. Poder oferecer oportunidade, principalmente para o jovem que é o nosso futuro. [...] Ao mesmo tempo eles estão [...] traçando um futuro melhor, porque eles [terão] [...] oportunidade [...]. E11

6.1.2 Visão restrita

Na visão restrita reuniram-se os subtemas que caracterizam a adolescência a partir de uma abordagem que naturaliza a adolescência, descontextualizando-a e cristalizando um modelo de adolescente; e da abordagem biológica, que privilegia as mudanças físicas, como as alterações hormonais, entre outras características da puberdade. Os subtemas desse tema foram: *a gravidez vista como “infração da norma”*; *a população burla o sistema para ter o seu passaporte: o direito de escolha do local de atendimento e a sexualidade do jovem é vista como precoce*.

Há trabalhadores que vêem os problemas enfrentados pela população sobre um prisma moralista, inclusive utilizando terminologia que “criminaliza” os indivíduos pelos seus atos e conseqüências. Segundo um entrevistado, a gravidez

pode ser “reincidente”, termo que é utilizado, por exemplo, quando uma pessoa torna a infringir alguma lei.

A gravidez vista como “infração da norma”

[...] Quando é menor [de idade] a gente encaminha para o Sarah, [...] são consideradas gestações de alto risco. Mas não adianta fazer só o pré-natal, você teria que fazer um outro tipo de trabalho com elas, para que elas se sintam mais seguras ao longo de todo processo de gestação, para que não sejam reincidentes [...]. Deveria ter um outro tipo de trabalho. E1

Outro entrevistado refere que os usuários burlam a regionalização do SUS para terem o direito de escolher por qual serviço querem ser atendidos durante a gestação. Para isso, fazem uso de comprovante de endereço “falso”. Assim, além de atender os usuários da área de sua abrangência, alguns serviços atendem os usuários de outras áreas, o que aumenta sua demanda.

A população burla o sistema para ter o seu passaporte: o direito de escolha do local de atendimento

Pela proximidade do HU [Hospital Universitário], as pessoas querem muito fazer pré-natal aqui porque elas acham que [o] pré-natal é um direito, é um passaporte para fazer o parto no HU [...]. E o HU é muito bem conceituado. [...] Aqui a gente tem duas grandes dificuldades: as pessoas fazem matrícula com o endereço falso o tempo inteiro, principalmente as gestantes [...] e agora a gente está tendo um problema com o cartão das gestantes porque não localiza elas no endereço que elas dão na hora de dar retorno. Porque elas vêm, trazem declaração de endereço falso e tudo [...] [pra] fazer [o] pré-natal aqui [...].

.....
 [...] Para esse posto é um número bem alto de gestantes [100-120], para um posto tão pequeno, com um número reduzido de médico, com uma área de abrangência que, em tese deveria estar fechada [...]. Mas a gente tem esse grande número de gestantes e dentre elas, as gestantes adolescentes. E1

Além da gravidez, outra questão que está incutida nas falas é a associação da juventude contemporânea à sexualidade.

A sexualidade do jovem é vista como precoce

A gente vê que [os jovens] são mais precoces na questão da sexualidade, em outras questões também [...]. A maneira como eles vêm o mundo, parece que é uma coisa mais crua, entendeu? Eles são mais divididos porque eles têm mais acesso à informação. [...] Porque tudo avançou e [...] para eles acho que é uma coisa mais cruel [...]. Como eles já vieram

desse tipo de mundo, [...] é uma coisa que eles já estão mais acostumados, mas eu acho que [...] têm muitas ilusões, têm muitas decepções. Não sei se eles tinham experiências anteriores, ou se eles são mais inocentes mesmo. [...] A sexualidade [...] [é] muito precoce, as informações são muito precoces, as desilusões são mais precoces. E13

6.2 Como o setor saúde percebe o processo saúde-doença

A fim de apreender como o setor saúde percebe o processo saúde-doença, foi pedido aos entrevistados que conceituassem saúde e doença. Nota-se que embora as respostas não conformem uma definição organizada do processo saúde-doença, a percepção dos entrevistados é abrangente, pois os problemas sociais e as formas de trabalhar e de viver das pessoas são considerados, ainda que sem uma hierarquia estabelecida.

Algumas falas definem saúde de maneira bem genérica e multifatorial a partir do conceito da OMS: “saúde é o bem-estar físico, mental...”. Os subtemas destacados foram: *a condição sócio-econômica do indivíduo implica em sua saúde e saúde é melhorar a qualidade de vida das pessoas.*

Os depoimentos abaixo relacionam as condições sócio-econômicas dos indivíduos a sua possibilidade de ter saúde. Os entrevistados compilam: alimentação, moradia, trabalho e dinheiro como também necessários para se ter saúde, além da diminuição da violência e da melhoria de condições de vida precária.

A condição sócio-econômica do indivíduo implica em sua saúde

Na verdade [saúde] inclui tudo [...], você ter condições de moradia, você ter condições de alimentação e você ter condições sociais. Então não é só o físico e o mental como o corpo [...], abrange mais [...]. A doença também, a doença ela vai vim com maior incidência se você não tiver condições de moradia adequada, se você não tiver condições de alimentação, mas tem a questão social também, a questão do trabalho. A pessoa que está desempregada, ela tem [...] maior incidência de ficar deprimida, ela não tem o dinheiro para comprar o remédio, alimento [...]. E2

Doença? Depende de como você quer chegar nessa definição. É o que não é bem-estar [...] físico, biológico [...]. Eu acho que é tudo isso mesmo. A questão da violência [...], a questão do social [...], a condição de vida precária, tudo isso leva [...] a doença. E6

Eu acho que saúde é [...] [estar] bem [...]. A pessoa que não tá com saúde é porque não tá bem. Isso implica na saúde física, saúde mental, saúde social, quer dizer, uma pessoa que, de repente, vive numa casa, numa situação ruim [que] ninguém trabalha, todo mundo tá numa situação precária, pode não ter saúde. [...] As pessoas que são infelizes também, eu consideraria que quem não tem saúde, pode não ser nada físico, mas isso acaba aflorando até em sintomas físicos [...]. E doença, eu acho que é [...] o contrário disso, quer dizer, você não ter [...] esse bem estar físico, ou mental, ou social. [...] E eu faria um parênteses [por]que eu acho que a gente da saúde cria muita doença também, [...] eu acho que a gente [...] acaba criando limites, barreiras, entendeu? Pondo medo [...], a gente trabalha muito nessa coisa do medo, não faça isso que é ruim, não coma açúcar, não coma gordura, não coma sal, faça exames. Então, hoje em dia as pessoas chegam pra mim: “Ah, quero fazer um *check up*.” [...] Uma pessoa de vinte e poucos anos, essa pessoa está se sentindo de alguma forma doente, mesmo que ela não sinta o corpo doente, mas é como se ela tivesse desatualizada na saúde dela. E12

O problema [é] que [a] saúde, ainda [...] é uma noção só de não-doença. Isso é uma coisa que a gente vem discutindo aqui dentro. Tinha que ter uma brinquedoteca aqui [...] porque é um lugar que tem crianças, a brinquedoteca está muito prática, mas não seria no posto de saúde. Mas, isso propõem iniciar uma discussão diferente [...]. A discussão da qualidade de vida e isso até pelo trabalho todo que a gente estava fazendo de prevenção em álcool e drogas. A gente nunca ia discutir a questão de usar ou não usar, tinha a questão da escolha. Não importa o projeto. Como é que você quer chegar [...] e o que você está escolhendo? Eu entendo que você pode escolher qualquer coisa, você pode aceitar uma coisa ou não aceitar [...]. E14

O entrevistado abaixo considera que ter saúde é melhorar a qualidade de vida das pessoas no geral. Remete o poder de ter saúde às possibilidades do usuário, mas lembra também da necessidade de colaboração do governo provendo os recursos da região.

Saúde é melhorar a qualidade de vida das pessoas

[...] A saúde para mim [...] não é só físico, é no geral [...]. É [...] como você consegue ir melhorando a qualidade de vida [...]. Dentro da possibilidade deles [dos usuários], os recursos que nós vamos ter em cada região. Então, em cada posto [...] você tem uma realidade. E11

6.3 Como o setor saúde percebe a questão da educação

Apesar de não ter sido perguntado, os trabalhadores comentaram sobre a educação e foi possível destacar os subtemas: *a qualidade de ensino tem diminuído* e *a educação também depende dos pais. Eles não podem “tampar o sol com a peneira”*. Um entrevistado relata certo descompromisso por parte de estagiários e a falta de ética de alguns professores que os supervisionam e afirma que a qualidade de ensino tem diminuído. Outro entrevistado comenta sobre a formação “medicamentosa” dos médicos.

Há falas que remetem à qualidade de ensino. Alguns trabalhadores afirmam que ela tem diminuído, porém não refletem sobre a característica do Distrito Administrativo onde atuam, demonstrando desconhecimento a respeito dos objetivos do Distrito Saúde Escola.

A qualidade de ensino tem diminuído

Eu acho que esses profissionais que estão se formando, eles não estão tendo visão [...]. Eu sempre passo para os estagiários. Algumas você vê que chegaram lá, mas têm outras que você vê que só cumpriram o estágio porque tinham que cumprir mesmo. Também das orientadoras, [...] muitas não tem ética. [...] E a qualidade de ensino tem diminuído. Eu não posso afirmar, mas [...] no geral, a gente percebe [...] que eles estão muito mal preparados. [...] [Tem] muito profissional no mercado sem qualificação quase alguma. Aqueles que tem mais, é porque a experiência da pessoa muda, que vai lá, que tem aquele amor. E11

Agora também, outra coisa é [...] que o médico [...] continua formando com a mentalidade medicamentosa [...]. [...] A menina está com medo, está tendo crise [...] porque ela começou a sair de casa. Então, já manda para o psiquiatra para tratar a hipótese: síndrome do pânico [...], entendeu? Então, você tem todo um trabalho, poxa isso são sinais, são sintomas. Vamos conversar, o que está acontecendo? Então, tem um resgate [...] enquanto pessoa. E10

Em contrapartida, um trabalhador lembra que existem estagiárias que se destacaram no serviço.

Eu tive [...] algumas estagiárias que se destacaram aqui [...]. Fizeram um trabalho muito bom, que você sentia [...] que dava até para contratar, se pudesse, para estar no serviço. E11

Outro reconhece como privilégio o fato de fazer parte de um Distrito Saúde Escola e lembra que é importante que isso se reverta em aprimoramento do serviço, facilitando a implantação de projetos.

[...] Então, o projeto é muito interessante, mas ele teria que ser muito abraçado. Então, a gente [tem que] aproveitar essa situação do Distrito Escola e trabalhar com estagiários, [pra] fazer uma equipe para acabar indo em todas as escolas. Precisa ter disposição. E14

Os entrevistados relatam que os pais também contribuem na educação dos filhos e que, apesar deles perceberem os filhos como imaturos para discutir sobre determinados assuntos, é importante que se tenha diálogo entre pais e filhos. Sem esse espaço, os filhos podem partir para a discussão com amigos, muitas vezes despreparados para enriquecer a discussão, ou até mesmo para a prática.

A educação também depende dos pais. Eles não podem “tampar o sol com a peneira”

Eu acho engraçado porque isso pra mim é “tampar o sol com a peneira” porque por exemplo, a mãe não quer conversar num determinado tempo com a filha, mas depois a filha vai aprender da pior maneira, na prática, entendeu? [...] A educação teria que ser feita na escola, eu acho que tem que fazer esse grupo [de jovens]. Eu acho que poderia bolar [...] esse grupo [...] uma vez no mês, dar uma palestra à noite para os pais, eu acho que [...] os pais também têm [...] que ficar sabendo o que está acontecendo na escola e é uma realidade. [...] Então, você vê que o problema educacional é muito mais profundo, não é educacional em termos de nível intelectual ou em nível de educação formal [...], mas é [...] o nível de preconceitos, [...] uma falsa moral. [...] Às vezes, as pessoas que têm baixa condição captam melhor, até porque elas não têm determinadas coisas formadas [como] aquele que já tem uma instrução e tem pré-conceitos, entendeu? Esses pré-conceitos não vão ser mudados de uma hora pra outra. [...] Eu acho que a gente tem que começar pela escola. (E7)

6.4 Como o setor saúde percebe os seus problemas

Durante as entrevistas, percebeu-se que muitos entrevistados queriam falar sobre os problemas pelo qual estavam passando no serviço, como se fosse um desabafo, o que foi enriquecedor para a pesquisa. Neste tema, foram reunidos os

subtemas que se referem à percepção dos serviços de saúde sobre seus problemas. Notou-se que o serviço de saúde: *sente-se inadequado* ou *sente-se inseguro e/ou despreparado para trabalhar* ou *sente-se sem respaldo* ou ainda, *sente-se alienado e/ou adaptado às condições de trabalho oferecidas*.

6.4.1 Sente-se inadequado

Nesse subtema foram compiladas as falas dos trabalhadores que acreditam que o serviço prestado onde atuam é inadequado. Esses trabalhadores levantaram algumas questões que foram agregadas em: *falta de trabalhadores para trabalhar na região: o “cobertor é curto”; a demanda é grande e os trabalhadores estão “tocando” a demanda e “apagando incêndio”; o trabalho como “cabide de emprego” e não como transformação das condições de saúde; a saúde pública está doente; o sistema público de saúde está de olhos semi-abertos para a saúde do adolescente e não há espaço para a criatividade na realização das atividades*.

A falta de trabalhadores na região fica evidente nas entrevistas. E como o “cobertor é curto”, a solução não é encontrada. Outra questão destacada é a estrutura física dos serviços, considerada inadequada.

Falta de trabalhadores para trabalhar na região: o

“cobertor é curto”

[...] A gente tem até o enfermeiro, mas a gente precisaria ter um pouco mais de auxiliar de enfermagem para dar uma folga no serviço, para a gente conseguir estar liberando profissionais para estar fazendo [...] [o grupo de adolescentes/jovens grávidas] em outros locais. [...] E um outro fator limitante: nós não temos assistente social, não temos psicóloga. Seria muito interessante para trabalhar com esse público porque a gente faria um trabalho multidisciplinar com elas [...]. Seria bastante interessante tê-los. Mas até para ter uma psicóloga e até para ter uma assistente social teria que ter uma sala para elas, e aí, no momento eu não tenho. [Porque] [...] eu acho que só enfermeiro não basta. Eu acho que teria que ser uma coisa multidisciplinar, teria que fazer alguma coisa com o enfermeiro, com a assistente social, com o psicólogo [...], que são instrumentos que eu não tenho [...]. E esses profissionais não são deficitários só nessa unidade, são em todas [...]. E como o “cobertor é

curto”, eu vou pedir uma assistente social que já tá fazendo falta na outra unidade para vir aqui uma vez por semana? [...] A gente sabe que não existe facilidade [...], que todo mundo que tá trabalhando no lugar, tá trabalhando no limite, com [...] um número máximo de pacientes que pode atender [...]. Então, é muito difícil que eu [...] consiga trazer o profissional emprestado de algum lugar aqui uma, duas vezes por semana. O ideal seria ter alguém aqui, porque a gente tem uma demanda para isso [...]. Mas é uma demanda que fica reprimida. E1

[...] só não continuei mais [o grupo de adolescente porque] [...] veio a questão [...] de se preocupar com a produção porque falta médico. Então, eu estava saindo da unidade para ir para o [grupo de] adolescente, a chefia mudou [...], então [...] acabou esse grupo, esse contato com a escola. Eu nem questioneei, nem perguntei se poderia, mas pelo que eu entendi, não dá porque só tem eu e outro colega [...], falta médico e só tendo dois, ainda sair da unidade para fazer grupo fora fica complicado. E2

[...] É difícil você motivar as pessoas a virem pra algum grupo, pra alguma atividade extra [...]. Às vezes a gente quer fazer, já tem pouco pessoal, você vai ter que empreender um esforço pra que eles venham, você já não tem muita gente, então acaba não fazendo. [...] E pra gente ir na escola, a gente não consegue. Não dá pra gente ir, a gente mal tá dando conta de fazer algumas coisas daqui. Então fica um negócio amarrado [...] de todos os lados.

.....
É muito difícil porque a gente tá com falta de profissional [...] no geral. [...] A gente não tem nada suficiente, o pessoal de enfermagem também tá pouco, principalmente à tarde [...].

.....
A primeira [limitação para realizar uma prática específica para o juventude] é a falta de pessoal, a segunda é falta de espaço, não tem espaço físico, a gente não tem uma sala de reunião, [...] a gente não tem um lugar que possa manter a confidencialidade [...], o posto é muito pequenininho, todo mundo ouve tudo. Na realidade é isso. Mas [...] eu acho que é mais a falta de pessoal, porque tem gente interessada, [...] com vontade de fazer algum trabalho [...]. E os profissionais [...], as pediatras, tem algumas que têm um pouco mais de dificuldade em lidar com o adolescente, então gostariam de fazer [um] curso [...]. Têm umas que até já fizeram, têm algumas que [...] não sabem muito bem como lidar [...], mas [...] no geral, eu acho que a unidade acolhe bem [...], é que chegam poucos. E4

Eu fui dar uma palestra na semana da saúde em escolas municipais e [...] [os adolescentes] tiveram [...] muito interesse. Inclusive me procuraram [...], mas até agora eu não consegui ir nessas escolas da região [...] porque são muitas crianças e eu estou sozinha. E11

Há trabalhadores que discutem a demanda dos serviços, afirmando que são muitas pessoas que procuram os serviços e que os trabalhadores estão “tocando” a demanda e apagando “incêndio”.

A demanda é grande e os trabalhadores estão “tocando” a demanda e “apagando incêndio”

Às vezes a gente quer fazer, já tem pouco pessoal, você vai ter que empreender um esforço pra que eles venham, você já não tem muita gente, então acaba não fazendo. [...] E pra gente ir na escola, a gente não consegue. [...] A gente mal tá dando conta de fazer algumas coisas daqui. Então fica um negócio amarrado [...] de todos os lados. E4

O posto de saúde [...] não dá conta da demanda dele, ele vai atendendo o que aparece na porta [...], quem vem marcar consulta. [...] Então, a gente acaba não fazendo um programa porque, na verdade, a gente não [...] [está] conseguindo, já é saturado, esse atendimento é saturado. Então você tenta dar conta [...] das pessoas que chegam até aqui. E5

[...] Na verdade, as pessoas ficam “apagando incêndio”, atendendo a demanda. [...] A população tem uma característica um pouco diferente, [...] [tem] um pouco mais de impaciência, o contraste social é maior. As pessoas são mais irritadas, você identifica, você vê. [...] É um contraste tão grande, você fica chocada, entendeu? Então, essas pessoas convivem com isso o dia inteiro, moram naquela casinha lá e na frente tem um prédio que cada apartamento é de mil metros quadrados. Passa cada carro aqui na rua que você só vê em filme. Então, o contraste é muito grande. [...] Mas já melhorou, tanto que não havia nem agendamento aqui [...]. Há alguns anos atrás era assim, chegou passou, chegou passou [...].

.....
Então, é mais pontual [...], quando eles solicitam ou tem algum curso. Mas a gente tem visto, já está se articulando para se aproximar mais, para fazer uma coisa mais sistemática. Existe vontade de ambas as partes [...]. É que a gente percebe [...] que todos acabam sendo esmagados pelas urgências. E13

A gente tem muita vontade de trabalhar com a escola. Tem uma procura, já pediram palestra para a gente falar sobre contraceptivos, porque tem muita garotada grávida por aí. A gente entra na escola [...], só que uma palestra não é por aí, eles sabem na ponta da língua como usar [preservativo]. Então, não é exatamente esse o caminho. [...] A gente não está conseguindo agora com a demanda que a gente tem, trabalhar dentro das escolas. Aqui [...] a gente está “tocando a demanda”. Então, eu não gosto disso porque eu acho que não é o ideal, mas a gente não consegue se mexer. Eu saio na porta, tem quatro ou cinco para falar comigo. E14

Outros acreditam que a saúde pública está doente, que os trabalhadores estão desmotivados, são mal remunerados e não trabalham com afinco. Esses entrevistados sinalizam os sintomas, porém não remetem às causas, o que demonstra que a reflexão sobre o assunto no serviço pode ser muito precária ou até mesmo inexistente.

Também foi ressaltada a importância da agilidade na contratação de trabalhadores. O entrevistado lembra que apesar dessa importância, a regra para a

contratação no serviço público permite que o profissional desista da vaga em até sessenta dias sem ter assumido a função. Relata que algumas pessoas vêem o serviço público como um “cabide de emprego”. Outro entrevistado comenta que há acordos de horário entre o serviço e alguns trabalhadores, que acabam cumprindo uma menor carga horária de trabalho. O mesmo entrevistado também relata que não pode contar com o apoio de alguns trabalhadores para se fazer algo em parceria no serviço.

O trabalho como “cabide de emprego” e não como transformação das condições de saúde

[...] As pessoas [...] quando passam no concurso, levam um tempo para ajeitar a vida, elas precisam desse tempo pra dar uma ajeitada e ver como é que fica [...]. Agora, o que me preocupa é que [...] pode levar até dois meses e você ficar com a vaga presa, entendeu? E aí no final de sessenta dias a pessoa pede exoneração. [...] No projeto [...], a gente solicitou e aí vinha dinheiro pra gente, aí fez um contrato de um ano, [...] contrato imediato, no contrato tem o dinheiro só para pagar aquela pessoa. O contrato seria de CLT, [...] têm outros mecanismos [...], efetivo tudo, depende da contratação. Eu acho isso um problema, eu acho [que] as pessoas [...] às vezes encaram isso tudo como um cabide entendeu? Então não tem o compromisso com a saúde do povo, acham que pra fazer atendimento tem que ficar dentro de consultório e eu acho que não dá [...], é outro esquema, entendeu? E3

[...] É muito difícil [se reunir com os profissionais do serviço] porque cada um faz um horário, entendeu? Quando um está chegando, o outro está saindo, sabe? E também têm muitos acordos de horário. Faço, vou embora, acabou, entendeu? Então, não tem [...] um momento de discussão conjunta sobre a concepção de saúde no serviço, no SUS ou alguma coisa do tipo, vamos fazer um projeto [...] de médio e longo prazo. No geral, os profissionais não têm disponibilidade de horário para essa intervenção, [...] para sair do atendimento individual e programar ações coletivas. E10

A saúde pública está doente

Agora, a saúde [...] pública [...] está doente. Você vê [...] profissionais mal remunerados, sem estímulo [...]. Parece que [...] eles não vêm com aquele amor, dedicação. Muitas vezes vêm só porque tem que vir ao trabalho [...]. Você vê que as pessoas não fazem aquilo com carinho, com amor. Então, tudo que a gente faz não gostando, não sai bom [...]. A qualidade do serviço de saúde aos poucos tem [...] diminuído bastante [...]. E11

Uma coisa no serviço público que não anda, é que os funcionários são mal pagos e aí, o quê que acontece? Isso se torna uma bola de neve, fica-se fazendo acordos de horários disso e daquilo porque são mal pagos e a máquina não desenrola. Eu acho o seguinte, bem pago ou mal pago, os horários tinham que ser cumpridos, quem quer fica, quem não quer, vai embora. E eu até acho que tem alguns funcionários que são muito mal

pagos. Eu tenho funcionários aqui que são excelentes [e] que é uma judiação a exploração do serviço deles. E7

Alguns entrevistados percebem certo descaso do serviço público para com a saúde do adolescente.

O sistema público de saúde está de olhos semi-abertos para a saúde do adolescente

Eu acho que independente de lidar com [...] o governo, ou o que for, eu acho que tem coisas que não dá pra fugir [...]. Por exemplo, a mulher grávida, tudo [...] é prioridade, não adianta. Tem o câncer de mama, o câncer de útero, o adolescente também, por mais que a gente feche os olhos para uma dessas coisas, não dá para fechar, porque é o dia-a-dia, vão aparecer as adolescentes grávidas [...], vão aparecer os cânceres de mama, vão aparecer os [cânceres de] colos de útero. Então, não tem como fechar os olhos para isso, eu vou fechar pra um e vou deixar semi-aberto? Não tem como. E2

.....
Eu continuo trabalhando lá [em outra UBS da região do Butantã] [...]. Lá eu fazia o planejamento [familiar], mas eles também tiraram o planejamento porque era um dia a mais que eu não fazia consulta [...]. Então [...], o que houve aqui foi que [...] eu queria trabalhar com as escolas, manter contato com as escolas só que a chefia [...] falou também [...]. Deve ter seus motivos [...], agora isso é o serviço público, então tem que falar assim: o quê que o serviço público, no caso, o que é prioridade para ele? É o adolescente, é a mulher? Quer dizer, eu acho que a coisa ainda está muito distante da prioridade dele [...]. Quer dizer, o adolescente para ele não é prioridade. Num momento a mulher grávida passa a ser prioridade, em outro momento é o câncer de mama, em outro momento é o câncer de útero. A mulher não tem só um útero, ela tem mama também, a mulher engravida, a mulher, hoje [...] está com 12 anos, daqui 3 anos ela vai estar com 15 anos. Hoje ela começa a menstruar com 12 anos, daqui a 3 anos ela está iniciando a atividade sexual [...]. E2

[...] O que me preocupa é [...] [que] cada hora uma coisa é prioridade, entendeu? E aí você cria demanda. Se você estabelece que aquilo é prioridade aqui [...], você vai atrás e aí você cria uma demanda. [...] Daqui a pouco, [...] não é mais prioridade, precisa de outra coisa. [...] No mínimo tem que ter uma linha de pensamento, eu acho que isso é uma questão de gerenciamento. Eu sei que tudo é muito complicado na prefeitura, isso não é especificamente só [...] [aqui], é em geral. Então uma hora é uma coisa, outra hora é outra coisa, só que aí, já faz o desvio da atenção pra aquilo, aí você larga aquilo pra começar outra [prioridade]? Como é que você faz com o povo? [...] Eu acho que você pode estabelecer prioridade [...]. O que é prioridade não fica assim [...]. [...] É prioridade ou não é prioridade? E3

Ao vir trabalhar na área da saúde, o trabalhador relata que encontrou uma realidade que não esperava. Refere ter sentido falta do trabalho em equipe e de espaço para a criatividade na realização das atividades.

Não há espaço para a criatividade na realização das atividades

[Trabalhando nesse cargo] [...] eu tenho que matar um leão por dia. Eu não acho [...] que eu tenho que matar leão nenhum mais. Eu acho que o nível de exigência para que as coisas dêem certo fica muito maior. [...] Não é um terreno confortável. [...] A minha vinda para a saúde sempre foi nessa história de trabalhar multiprofissional, esse era o grande tesão que eu tinha. [...] Eu queria que pudesse ter vários olhares sobre a mesma população [...]. E eu achava que na saúde você tinha uma possibilidade de criar espaços [...], onde você podia ter olhar e a troca com fono, fisio, T.O., médico. [Eu encontrei isso] em muitos lugares. [...] [Nesse cargo] não, [...] [esse cargo] não vivencia isso [...], é [um] outro lado [...]. Mas em muitos lugares eu [...] encontrei programas que proporcionavam isso, encontrei gente com vontade de transformar linguagens e aí destituir poder, acho que isso era o que eu achava mais interessante. [...] Tudo depende do humano, [...] se você tem o humano [...] que possa [...] ter um pouco de criatividade, espaço para fazer isso. Se for uma coisa muito apertada, muito ferrada, ou seja, você tem que fazer “X” programas, daí [...] as pessoas precisam de um espaço para incorporar rotinas, para inventar como elas vão fazer isso. Atualmente, [...] a gente tem muito trabalho e pouco tempo para incorporar essas rotinas. Acho que [...] quando você muda uma atividade, você demora um certo tempo para incorporar isso na pessoa. Mas tem muitas atividades, a pessoa não consegue fazer tudo de uma vez, ela vai fazer, ela vai escolher uma que ela conseguir se adaptar, ela vai deixar outra muito mal [...] acabada. E eu acho que isso a gente tem que tomar um certo cuidado. [...] Não que tem que ser no tempo da pessoa, mas eu acho que tem que haver um tempo [...]. Assim como houve um tempo de retomada do SUS praticamente, né. E8

6.4.2 Sente-se inseguro e/ou despreparado para trabalhar

Alguns entrevistados relataram que não tinham experiência, outros que há uma má formação dos trabalhadores no que diz respeito ao preparo para trabalhar com a juventude. Ressaltaram a importância da atualização para a segurança da atuação profissional e lamentam a pouca oferta de cursos e capacitações que possam realmente contribuir para a formação profissional.

Outros viram como um problema as condições de trabalho, como por exemplo, a estrutura física do serviço e a falta de profissional para o trabalho. Associaram essas dificuldades como limitantes para a realização de atividades no serviço.

Assim, foram compilados nesse subtema os depoimentos dos trabalhadores que se sentiam inseguros e/ou despreparados para trabalhar com a juventude. Todas as falas remetiam à *importância da atualização dos trabalhadores para trabalhar com a juventude*.

A importância da atualização dos trabalhadores para trabalhar com a juventude

Eu sempre vou naquele curso que tem do adolescente, [...] no Palácio do Governo. [...] Pra mim é importante isso, você entendeu? É muito importante. E2

Quando tinha as escolhas de vaga, eu ia até a secretaria, [...] conversava com as pessoas que tavam lá, explicava o trabalho. Porque é importante a pessoa que vem pra cá, saber pra quê que ela tá vindo, entendeu? Não fazer a escolha só porque é mais próximo de casa [...] ou porque a unidade tem a gratificação de difícil acesso [...]. Eu acho que isso é importante também. É importante [...] trabalhar perto de casa, facilita minha vida, eu vou tá mais disposta trabalhando [...], mas é importante as pessoas terem idéia de onde [...] ela vai trabalhar [...]. Então tinha gente que, por exemplo, várias vezes que eu terminava de explicar, as pessoas diziam: “Ah não, adolescente eu não quero, eu estou me especializando e eu prefiro geriatria”. Eu acho perfeito, entendeu? Não vai escolher uma vaga que você sabe que não vai fazer um trabalho legal. E3

[...] as pediatras, têm algumas que têm um pouco mais de dificuldade em lidar com o adolescente, então gostariam de fazer curso. [...] Têm umas que [...] já fizeram, têm algumas que [...] não sabem muito bem como lidar [...] mas [...] no geral, eu acho que a unidade acolhe bem [...]. É que chegam poucos.

.....
Eu não sei [...] como abordar. Eles vêm pra vacina, pra vacina vem bastante. A gente tem [...] [um] parque [...] aqui pertinho da nossa área e eles também não sabem como atrair [...] os jovens para irem lá fazerem as atividades. [...] Eu não sei também, às vezes a gente fica na dúvida. [...] Talvez se a gente tivesse mais pessoal, seria mesmo fazer um grupo de sexualidade, mas eu não sei se eles viriam. [...] Como divulgar isso? Na escola para eles virem aqui? Eu não sei se eles viriam. Eu acho que eles são muito voltados pra turma [...], pra idade deles [...], então talvez aquela história lá de ter alguém da idade deles falando pra eles, de repente atraísse mais [...]. De repente até fazer multiplicador [...] da idade deles, talvez fosse uma coisa interessante. [...] A gente tem uma igreja aqui perto que tem um salão que talvez se a gente pedisse emprestado eles cederiam [...]. [...] Eu não tenho idéia se eles [os jovens] iriam. E4

[...] Tem aquela capacitação que ocorre todo ano [...] no Palácio do Governo [...]. Na verdade é um dia só [...]. Eu acho meio fraquinho [...], eu não sei se chega a ser uma capacitação [...]. O que você quer na verdade é [...] aprender a trabalhar com eles [...]. Receber [...] uma bagagem mesmo pra você desenvolver. Eu tenho adolescente que tem isso. Eu vou trabalhar como, eu vou orientar como [...]? A bagagem pra você desenvolver alguma coisa. E6

[...] na verdade a gente [...] tentou [fazer algo para os jovens há aproximadamente dois anos] algumas vezes. [O] mais específico mesmo que foi tentado, foi um grupo de adolescentes que a psicologia fazia, com quatro [...], cinco adolescentes. Tentava um pouco numa época em que tinha um número razoável de meninas procurando a unidade e procurando esse atendimento. [...] A gente tem um grande número de atendimentos de jovens na psicologia. [...] Eu acho que são poucos os profissionais [...] que trabalham com adolescentes de verdade. Trabalham no sentido de saber usar linguagem. Adolescente não fica nesses programas clássicos da saúde, grupo de não sei do quê [...], eles não vêm, entendeu? Eles vêm numa, vêm na outra, eles não [...] têm uma aderência. E eu acho que a gente tem uma má formação nesse sentido [...]. E8

Uma coisa que eu [...] gostaria que tivesse [é] o incentivo [...] na parte de informática. Eu me sinto nessa parte menos avançada, entendeu? Eu não tenho muita prática, sinto dificuldade. [...] Em outras secretarias eu fiz um curso básico do PRODAM, mas já faz muito tempo. Eu gostaria que tivesse mais [...] cursos na minha área [...]. E11

[...] Na verdade, o meu preparo pessoal, [...] eu fui lá [...] [num serviço da região do Butantã] e participei de algumas atividades que eles têm lá [...]. [...] Eu quis abrir o grupo, aí eu falei: “Não, antes de abrir eu vou fazer essa formação”. Mas eu tenho certeza que, de repente, um pouquinho mais de formação minha pra lidar com grupo, quer dizer, como eu tenho essa minha prima que trabalha já com adolescentes, ela falou que é importante você terminar o grupo com gostinho de quero mais, que o adolescente precisa ter essa vontade de vir. Dá pra ser legal, mas tem que ter uma sensação de que ainda não acabou e talvez eu não tenha conseguido [...] esse gancho com eles. E12

6.4.3 Sente-se sem respaldo

Há entrevistados que se sentem sem respaldo para trabalhar com a juventude. Conforme os relatos, alguns trabalhadores não são liberados pela chefia devido à cobrança de produtividade, controlada através do número de consultas realizadas no mês, outros se preocupam em atuar fora do serviço, com receio de sofrer um acidente fora do ambiente de trabalho. Salientam que não há colaboração dos próprios colegas para a implementação de algumas atividades, pois eles não encaminham os adolescentes/jovens para a atividade oferecida. Além disso, os trabalhadores relatam que os contratos não são respeitados, como, por exemplo, o da contratação de um profissional que estava previsto em orçamento e não se efetivou. E lembram que há diferenças entre os vínculos empregatícios no mesmo serviço.

Neste subtema foram reunidas as falas dos trabalhadores que se sentiam sem respaldo para trabalhar com a juventude. Foram vários os motivos destacados: *há uma cegueira das regras do serviço público de saúde tanto na organização do trabalho como nos recursos humanos; falta respaldo para a capacitação profissional e iniciativas intersetoriais e a implantação de programas de saúde dependem de uma direção política.*

**Há uma cegueira das regras do serviço público de saúde
tanto na organização do trabalho como nos recursos
humanos**

[Precisamos mudar desta casa porque] o acesso é ruim. A inclinação da rua é péssima [...]. Você tem um paciente idoso praticando atividade, você tem um cadeirante [...], é muito difícil que ele chegue aqui. [...] Mas quando você procura uma casa, ela não pode ser alugada porque ela tem uma rampa de mais de cinco graus. Bom, quem diz isso não vem aqui para ver quanto é a inclinação dessa avenida para chegar aqui [...]. E1

Eu tentei fazer o vínculo com as escolas, eu até gostaria de fazer para mim poder estar trazendo eles para cá ou a gente indo pra lá. [...] Pra mim poder ir para a escola eu teria que ter uma aval da chefia da Unidade, [...] [como] na outra Unidade [também da região do Butantã]. A gente ia pra escola, a chefia dava o aval dela [...]. Porque eu tenho que sair daqui, ir pra lá, complica muita coisa, porque se eu estou aqui em horário de trabalho e vou sair pra escola, se eu sofrer um acidente no trajeto, vai ser como um acidente de trabalho. Não é só a questão do horário, mas [a] questão legal. [...] Só não continuei mais [porque] [...] veio a questão [...] de se preocupar com a produção porque falta médico, então eu estava saindo da unidade para ir para o [grupo de] adolescente, a chefia mudou [...], então [...] acabou esse grupo, esse contato com a escola. Eu nem questioneei, nem perguntei se poderia, mas pelo que eu entendi não dá porque só tem eu e outro colega [...], falta médico e só tendo dois, ainda sair da unidade para fazer grupo fora fica complicado.

.....
[O grupo de adolescente que eu fazia] não [...] tinha muito encaminhamento, [...] nas outras áreas aqui dentro do posto, o pessoal não encaminhava muito adolescente, quem mais encaminhava era eu, quem mais trabalhava nesse sentido para poder pescar o adolescente era eu [...]. Talvez pela correria os outros colegas não encaminhavam, então acabou ficando aquele grupo muito pequeno, tinha cinco, seis adolescentes. E aí eu falei poxa, fica difícil [...], eu gostaria que [...] mais gente tivesse participando [...] para poder tocar porque eu acredito que aqui o número de adolescentes é grande. E2

[...] ninguém explica pra mim, [...] por quê que uma vaga de psicóloga que foi aprovada no orçamento administrativo sumiu [...]? Ninguém explica pra mim. Isso aconteceu. [...] O orçamento tinha duas vagas para

psicólogas [...]. Eu tava acompanhando a escolha da vaga de psicóloga [e] só tinha uma vaga de psicóloga [...]. E3

[A gerência do serviço] não é um cargo que na saúde [...] vale muito a pena para os profissionais não- médicos. [...] Qualquer médico de quatro horas que aceita a chefia de unidade, automaticamente, além [...] da gratificação pelo cargo, ele vira oito horas. Então ele dobra o salário dele naquele momento [...]. Então, se você for pegar os salários dos gerentes de todas as unidades é uma coisa maluca, você tem gente que tá ganhando o dobro. Eu sei que [...] não vale a pena. [...] Para a secretaria vale a pena, [...]nesse sentido é um gerente barato. E8

Agora, o que acaba diferenciando o trabalho daqui [...] [é] o compromisso de carga horária de trabalho. Com isso se o profissional está mais no serviço, você pode distribuir melhor o tempo de trabalho. [...] Porque os profissionais em geral na saúde são contratados pra “X” horas e ficam no serviço uma parcela disso. [...] Aqui [...], o fato de ter universidade ajuda porque a pessoa está fazendo pesquisa junto, tem desenvolvimento pessoal junto, então fixa mais, a remuneração [...] é superior ao meio período da rede. Acho que tudo isso é um incentivo [...]. Você ganha interlocuções, você tem uma série de coisas acontecendo [...]. Se a pessoa tá mais no serviço, você pode então começar a discutir como distribuir o tempo de trabalho melhor e aonde encontrar tempo para a equipe dialogar. E9

Então essa unidade, ela é municipalizada. E como ela é municipalizada, ela tem mais ou menos quarenta funcionários. Desses quarenta, trinta são do Estado e dez são da prefeitura. A maioria das pessoas são bem antigas [...]. Os salários são diferentes, os estatutos são diferentes. E esse PSF é recente, ele está engatinhando. E13

[O agendamento] é uma briga constante, se você quer melhorar o atendimento, complica. Num momento de escuta acabou-se o tempo em quinze minutos, não deu tempo nem de pensar [...]. E14

A falta de respaldo da assistência social também foi comentada. O profissional se sente responsável em promover algo gratuitamente para os usuários, mesmo que o serviço não forneça. Assim, conta com a ajuda de pessoas da comunidade e faz da prática de saúde uma ação pessoal, que beira a caridade.

[A gerente] arranhou uma profissional de educação física voluntária para atender as pessoas no meu grupo. [...] Ela é dona de uma academia [...]. Ela vai para a academia dela, dá atividade para as pessoas, às vezes leva na academia, às vezes é na praça [...]. [...] As pessoas me falam: “Não tenho dinheiro para ir numa academia”. Então, eu tenho que dar opção, como eu tenho que dar opções de alimentos mais baratos, eu tenho que dar opção também. [...] Então [...] é um trabalho conjunto que a gente está fazendo com essa profissional de educação física, muito conceituada, muito interessante, porque ela [...] respeita as limitações [...] das pessoas [...]. Então, ela está ajudando a ajudar os outros. E11

Os entrevistados relataram a falta de respaldo para a capacitação profissional. Muitos não têm capacitação, outros procuram, mas não se sentem satisfeitos com o resultado do curso. Sentem necessidade de algo mais prático, que eles possam realizar no serviço.

Falta respaldo para a capacitação profissional

[...] Isso não quer dizer que uma pessoa que nunca teve experiência em saúde mental [...] não possa ser um bom profissional de saúde mental, mas [...] quem tá contratando, tem que bancar a capacitação pra essa pessoa [...], é importante. E3

[...] Tem aquela capacitação que ocorre todo ano [...] no Palácio do Governo [...]. Na verdade é um dia só [...]. Eu acho meio fraquinho [...], eu não sei se chega a ser uma capacitação [...]. O que você quer na verdade é [...] aprender a trabalhar com eles [...]. Receber [...] uma bagagem mesmo pra você desenvolver. Eu tenho adolescente que tem isso. Eu vou trabalhar como, eu vou orientar como [...]? A bagagem pra você desenvolver alguma coisa. E6

Também ressaltaram o descaso dos níveis de governo. Um trabalhador relatou que a chefia, os trabalhadores e a população estão de acordo com a implementação de algo para a juventude, faltando apenas a implementação. Um entrevistado lembra da época do PAS, quando houve interesse político na adesão do Estado a essa cooperativa devido ao repasse de verba. Outro acredita que para se realizar alguma prática com a juventude, teria que se realizar um trabalho intersecretarial.

Iniciativas intersetoriais e a implantação de programas de saúde dependem de uma direção política

Escola [...] é escola, independente de ser [do] Estado ou da prefeitura. E acham que a gente tem que parar o projeto que estava dando certo porque a escola é do Estado e agora o posto pertence a prefeitura. As crianças [...] não têm nada a ver com esses níveis [...] de governo. [...] Só que como aqui é uma unidade municipalizada, antes aqui era do Estado, então fazia [prevenção bucal] em escola do Estado. A partir do momento que municipalizou [...], esse projeto foi cortado. E agora no ano passado ele foi [...] de novo colocado em pauta. Aí, de novo as pessoas começaram a fazer prevenção em escolas [...]. E1

Eu continuo trabalhando lá [em outra UBS da região do Butantã], [...] lá eu fazia o planejamento [familiar], mas eles também tiraram o planejamento porque era um dia a mais que eu não fazia consulta, entendeu? Então [...], o que houve aqui, foi que [...] eu queria trabalhar

com as escolas, manter contato com as escolas só que a chefia [...] falou [...]. Deve ter seus motivos [...]. E2

Foi na época que eu tava na Aids [o curso que chamava dinâmica de grupo para adaptar adolescentes, promovido pela prefeitura], na época do PAS. Na maternidade Cachoeirinha porque a maternidade foi um dos hospitais que não entraram no PAS por conta da história do repasse de verba [...] então ele não poderia entrar na questão da cooperativa, porque tinha aquele papo de verba de Ministério e tudo. A mesma coisa aconteceu com a hanseníase. A hanseníase, como tinha repasse de dívida de Estado, o Estado teve que entrar na [...] cooperativa do PAS, [...] tanto que a hanseníase toda foi colocada no Centro de Referência de Aids que também entraram na cooperativa porque tinha essa questão do Ministério, do repasse de verba [...] e ia ter repasse de verba do Ministério para a cooperativa, maior do que já tava acontecendo [...]. E3

Daria [para fazer algo para o jovem] [...], só que teria que ter um programa [...] comum que unisse as secretarias [...]. Isso é importante, Secretaria do Meio Ambiente, Secretaria da Educação, Habitação, eu acho que teria que fazer um trabalho integrado. Só a saúde? Nós não vamos dar conta. Só [a] escola não vai dar conta, mas precisa [...] ter um trabalho intersecretarial, acho que daí poderia [...]. E5

Olha é muito complicado [fazer um grupo na escola], primeiro porque as pessoas não ficam quietas [...]. Não há respeito [...] nem pelo professor, eles chamam de tia, não tem aquela educação e aquela hierarquia [...]. Eu não estou dizendo que talvez todo mundo precisasse [...] [se] levantar na sala de aula quando o professor entrasse [...], mas eu acho [...] que o mínimo de respeito deveria [...] ter. E isso extrapola até pra gente porque eles ficavam conversando, eu tive que chamar a atenção várias vezes, tive que sugerir que uma pessoa saísse de lá porque ela não era obrigada a assistir a aula. [...] Eu acho [...] [que] eles não têm nem consciência do quanto é importante aquilo pra eles, então deveria ser feito um trabalho educacional. [...] Há um certo descaso no geral, não sei se a nível de governo [...].

.....
 [...] Eu acho [...] que educação e saúde têm que caminhar sempre juntos, eu até acredito que a escola, como é o único lugar que eles [os adolescentes/jovens] vão e muitas crianças [e] adolescentes trabalham, [eles] não têm tempo disponível pra vir ao posto [...]. [...] Seria necessário haver um super entrelaçamento entre essas duas Secretarias [da Saúde e da Educação] e haver uma programação que viesse da Secretaria do Estado e da Saúde pra que saúde fosse dada na escola [...]. Essa é a minha idéia, eu não sei quais são as dificuldades disso, né?. (E7)

Mas como a gente está falando de programa, de trabalho em atenção primária, [...] a gente tem aquelas pessoas com perfil, com envolvimento e com conhecimento já pra ajudar na construção da parte técnica [...], daquelas ações do local. Então, eu acho que aí tem que ter uma divisão de responsabilidade, o que acaba não tendo porque quem tem esse perfil de trabalho com adolescentes, nessa parte técnica, não são muitos profissionais [...]. Em cada região recebem suas demandas e poucos têm auscultado aquilo que trazem também de solicitação. E aí, tem um problema de comunicação que nunca se resolve porque as competências não ficam muito claras. Acho que essa parte de gerir e executar tem um meio campo onde as duas coisas acontecem sobrepostas. Não é gestão política do trabalho, mas é a gestão de cultivar aquilo que é importante e dar sustentação para as pessoas que estão atuando em prol de um trabalho

que é necessidade do lugar [...]. [...] Pra isso, eu vejo objetivamente onde é que estava a falha, porque o representante político da gestão tal identifica as pessoas nas unidades e cobra as pessoas pela função naquela unidade. Mas eu acho que a gente tem que identificar as pessoas pra esse trabalho comum e criar alguma instância de articulação e representações [...], com um número [...] de profissionais que possam então ser os responsáveis pela saúde do adolescente daquela região. Pra mapear o que já é feito, pra incentivar mais gente a participar, pra fazer a troca de experiência, pra fazer o planejamento [...]. E isso tem que ser uma coisa que faz parte [...] do lugar como a estrutura física faz parte. Muda a gestão e a gente não derruba um prédio e constrói um outro. As pessoas são como prédios também, a gente não pode ficar derrubando elas e toda vez pondo uma pessoa nova, construindo uma pessoa nova, não é assim que funciona, a gente tem vínculos com as coisas, com o outro e tal. Então, eu acho que [...] [se] a gente vai pensar em saúde do adolescente [...] tem que ter essa representação e essa representação tem que ser pensada não como uma representação institucional, mas interinstitucional mesmo.

.....
Acho que tem uma falta de política pública pra saúde do adolescente. A gente tem políticas públicas que tratam de outras dimensões que ajudam na saúde, sem dúvida, mas acho que uma grande dificuldade pra quem discute direito de criança e de adolescente e pra quem discute a especificidade da juventude no mundo atual. Tal que eu acho que são duas linhas diferentes, mas todas elas chegam de um jeito muito tímido na questão de saúde. E9

O PAS, implementado na época da gestão do prefeito Paulo Maluf, foi lembrado pelos entrevistados, uma vez que quem não aderiu à cooperativa teve que mudar de local de trabalho. Alguns trabalhadores transferidos não puderam realizar os projetos a que se propuseram no serviço.

Com a entrada do PAS quem não assinou saiu das unidades. Fiz uma peregrinação, fui para a AIDS, que não existia no Butantã, montamos a casa [...]. A AIDS tinha que definir o seu quadro, aí saio de novo e vou para a saúde do deficiente, que na época era um programa de ações educativas que aconteciam que ainda estavam na saúde, não tinham haver com o atendimento, mas que tinham haver com ações educativas, tem em vários espaços, não necessariamente só da saúde. Fiquei até a volta do SUS para a cidade [...]. E8

Foi um processo de transição para essas pessoas que não aceitaram o PAS, elas tinham que ver em que órgão da Secretaria iam ficar. Era um grupo da prefeitura que veio pra cá e pretendia trabalhar com adolescente. Na época, tinha algumas pessoas que trabalhavam no centro de juventude [CJ]. [...] E foi nessa época [que] eu discuti com o grupo sobre as oficinas que eu realizava com os adolescentes. [...] Mas aí eles tentaram de novo colocar cartaz para chamar os adolescentes. Poxa [...] que interessante, a experiência do outro não vale, pois eu já havia insistido nessa estratégia de divulgação, sem retorno [...]. Inclusive não houve interesse do grupo na discussão sobre a minha ida nas escolas para catalizar os adolescentes que participaram das oficinas, que foi eficiente. E10

[...] O PAS [...] era aquela coisa de cooperativa que eu não aderi, não concordava. Eu não aderi, então fiquei encostada um tempo. Mas aí eu cansei, pedi licença, porque eu trabalhava em outro lugar. [...] Acabou o PAS, aí eu voltei. [...] Os postos estavam voltando do PAS para a prefeitura. E um dos primeiros postos foi a Vila Romana, [...] eu fui para lá. E13

A Casa do Adolescente da região do Butantã, inaugurada em maio de 2006, na gestão do governador Geraldo Alckmin, também foi comentada. Embora alguns trabalhadores soubessem de sua inauguração, não sabiam em que local estava instalada. Também demonstraram certa insatisfação pela maneira como foi feita a inauguração: sem funcionários, sem infra-estrutura e sem divulgação para os serviços de saúde da região, que poderiam, segundo um dos entrevistados, desenvolver uma parceria.

Eu queria saber [...] se com a abertura da casa do adolescente [...] você já fez alguma entrevista com o pessoal da casa do adolescente. Como você achou o processo de montagem dessa casa do adolescente? Foi bastante positivo, né? Pegando profissionais aqui, acolá como se houvesse sobra deles [...]. E como esses profissionais se sentem sendo colocados num local assim para trabalhar sem infra-estrutura, uma coisa feita muito rápida? E foi feita assim: passa-se a luz e no outro dia tinha que estar todo mundo lá [...]. Como eles estão se virando agora para trabalhar? [...] É porque eu sei que a Casa do Adolescente é próxima da gente, [...] até para que a gente consiga encaminhar alguma coisa. Considerando que os espaços são próximos a gente poderia estar trabalhando em parceria com esse espaço. [...] A gente sabe que só foi inaugurada, mas [...] a gente não sabe como estão as coisas lá dentro. E1

Eles [os gestores] não divulgam [a Casa do Adolescente] porque na verdade é aquela história [...]. Eles inauguraram lá, só que não tem a infra-estrutura, né? E5

Porque tem uma Casa do Adolescente que [...] a prefeitura inaugurou, aqui no Butantã, mas a gente não sabe onde é. E foi inaugurado, mas não tem funcionários ainda. E13

6.4.4 Sente-se alienado e/ou adaptado às condições de trabalho oferecidas

As falas abaixo fazem notar que o atendimento da juventude é realizado de acordo com as necessidades do serviço e o tempo despendido individualmente pode ser considerado perda de tempo. Há depoimentos relatando que não foi feito o levantamento das necessidades da juventude, o que demonstra que o serviço está

realizando a prática sem saber se ela é realmente necessária ou se responde às necessidades dos moradores da área de abrangência.

Notou-se a falta de reflexão dos trabalhadores sobre o processo de trabalho, o que é preocupante, pois pode conduzir à alienação. Como os próprios entrevistados relataram, eles estão “tocando” a demanda e “apagando incêndio”.

Algumas falas mostram que as ações dos serviços voltadas para a saúde da juventude são intermitentes, pontuais e de natureza casuística. Lembra-se da prevenção bucal e de palestras nas escolas, provavelmente devido ao Projeto Escola Promotora de Saúde²⁰, quando os trabalhadores são cobrados pelo serviço para realizar alguma atividade com as escolas da região durante um período específico.

Também são realizadas atividades nas quais a juventude pode participar, mas que não são dirigidas somente para ela, como, por exemplo, o planejamento familiar, realizado no serviço e aberto para todos os usuários que se interessarem.

A seguir, estão compiladas as falas dos trabalhadores que se sentem alienados e/ou adaptados às condições de trabalho oferecidas, sem manifestar qualquer reflexão crítica sobre o trabalho. Há, no mínimo, quatro motivos para se pensar: *as ações dos serviços são voltadas para os problemas de saúde, além de serem intermitentes, pontuais e de natureza casuística; o atendimento dos adolescentes/jovens é realizado de acordo com as necessidades do serviço; a capacitação para trabalhar com jovens depende da iniciativa do profissional que pretende fazê-la e o “trunfo na manga” e o “acordo de cavalheiros” são instrumentos utilizados por trabalhadores do serviço público de saúde para o sucesso do serviço de referência e contra-referência.*

²⁰ O Projeto Escola Promotora de Saúde é responsável pelo desenvolvimento de ações de promoção de saúde e prevenção de doenças referentes à população de crianças e adolescentes matriculados nas Unidades Educacionais da Secretaria Municipal de Educação da Prefeitura Municipal de São Paulo.

**As ações dos serviços são voltadas para os problemas de
saúde, além de serem intermitentes, pontuais e de
natureza casuística**

[...] Hoje a gente faz um trabalho de [...] prevenção bucal [...] em três escolas da região, mas isso é feito em todos os postos. Antes de surgir esse trabalho na prefeitura, [...] a gente também fazia um trabalho de prevenção.

.....
Quando os enfermeiros são solicitados, a gente vai nas escolas próximas fazer um trabalho, de saúde mesmo. Agora é muito requisitado para [...] prevenção contra piolho [...]. Então, eles sempre vão fazer. Mas [...] não é uma coisa, por exemplo, ele vai uma vez por semana, uma vez a cada duas semanas. É quando ele é solicitado [...]. Então, [...] a gente tem o contato com as escolas, tem o contato com as creches. Eles ligam para cá, e aí a gente [...] vai lá e faz [a] palestra. Não é uma coisa que tenha calendário fixo. Por enquanto não é. E1

Já realizei [grupo de adolescente], não realizo atualmente. Atualmente eu só realizo na parte de planejamento familiar, mas assim, mesmo dentro do planejamento familiar, eu procuro [...] cercar o adolescente. Todo adolescente que vem passar no ambulatório no dia a dia comigo eu [...] jogo ele no planejamento familiar. Então assim, planejamento familiar eu não faço com o intuito só para aquela mulher que já têm muitos filhos e que quer operar não. Planejamento familiar eu faço também para o jovem. Eu tento colocar [...] uma mistura para orientar o jovem. Lá eu já tento dar orientação um pouco voltada para o adolescente. E2

[...] Essa instituição [que trabalha com jovens], antes de eu vim, já foi chamada a enfermeira para fazer grupo de sexualidade [...] nesse lugar e [...] tem escola também que já chamou. A gente fez esse ano naquela Escola Saudável [...], porque teve um evento esse ano, então a gente foi numa escola, [...] mas o tema era cuidados pessoais, [...] foi mais tipo palestra, mais pontual, mas atendeu todas as 1ª e 2ª séries. Tem uma entidade que atende criança e adolescente [...] que tá em abrigo, [...] eles tão pedindo [...] pra que a gente vá lá pra falar porque tem muita gente com piolho, então eles querem [...] que o enfermeiro vá lá conversar sobre cuidados pessoais [...] e hábitos deles que [os deles] são muito ruins. [...] Infelizmente é mais assim, com o pedido deles, com algum assunto meio pontual e [...] não tem grupo aqui [...].

.....
[...] Eu e a [...] [psicóloga], a gente fez um [...] trabalho numa escola, lá perto [de uma UBS da região do Butantã], de grupo de sexualidade para adolescente. [...] E [...] a gente observou que a melhor faixa etária que a gente atingiu foi de 5ª série, de dez, doze anos, porque os maiores já não tinham muito interesse e tal. Esses não, esses aderiram super bem e aí a gente falou de vários assuntos [...]. Foi muito bom porque [...] eles participavam. E4

[...] Aqui na Unidade [...] já teve grupo de adolescentes, a gente já trabalhou com eles. Eu sei que a terapeuta ocupacional [...] montou um grupo aqui, um grupo de teatro que teve uma participação boa também. Teve um projeto, ganhou até verba [...], mas aí teve algumas implicações [...]. Eu não sei te detalhar o que foi, eu sei que o grupo acabou morrendo também, acabou parando. Atualmente aqui na Unidade não tá havendo. De vez em quando alguém começa, faz alguma coisa, mas não é rotina

[...]. Esse nosso tá acontecendo, a gente tá conseguindo levar porque a gente tá indo e a população que a gente quer atingir tá lá [...]. Se for esperar que eles venham, com certeza também eles não vêm. E6

Tinha muito [...] adolescente grávida. Então o que a gente fez? A gente deu duas aulas [...] em escolas. [...]. Primeiro nós montamos, há um ano [...] atrás [...] nós fizemos um serviço pra [...] formarem uns grupos. Aí nós vimos que as adolescentes ficavam com vergonha e não vinham para esses grupos. [...]. Aí a gente abriu até um grupo misto. Aí era pior ainda porque elas tinham dúvidas e [...] ficavam mais sem graça ainda de perguntar próximo do menino. Isso porque menino dessa idade é terrível, fica gozando e tal, então não deu certo. Aí nós [...] demos uma aula para as meninas da 8ª série, [...] só meninas, foi uma condição que elas pediram para ser mais à vontade. [...] Nessa aula a gente explicou, eu tinha vídeos [...] porque há uma parceria dos laboratórios, deles quererem ajudar. Até porque eles querem colocar no mercado as pílulas anticoncepcionais [...]. Então eles ajudam com vídeo, eles deram uma porção de amostras grátis com uns ursinhos que era de um tipo de anticoncepcional oral, para incentivar. E a gente levou um material que a própria prefeitura dá também, de camisinha, de [...] modelo físico para saber como é o parto [...] nos bonecos [...], mas [...] eu acho que o retorno foi pouco. Até porque foi uma coisa isolada, a gente tentou seis meses aqui e não deu certo e a gente foi dar uma aula lá [na escola], mas não há um trabalho permanente. (E7)

[...] já [se] fez algum planejamento para se implantar alguma coisa para adolescente. Que aqui tem muito adolescente. Tem mais do que, nem sei. Periferia tem bastante adolescente, na periferia tem bastante adolescente [...]. Hoje [...] tem mais adolescentes gestantes do que tinha [...] um [...] tempo atrás. Está aumentando. Na periferia você tem mais ainda e aqui você tem bastante [...]. Não sei precisar em números, mas tem bastante. [...] A gente tem algumas coisas pontuais, [...] algumas coisas eventuais que a gente faz. Então, por exemplo, teve uma semana de eventos, que era Escola Promotora de Saúde, que tem todo ano. E aí assim, teve um médico que foi conversar com [as] adolescentes sobre dieta e nutrição, foi muito legal [...]. E falar sobre [...] colesterol, como evitar a *diabetes*, como acontece a hipertensão. Aí foi uma médica [...] conversar com eles alguma coisa de saúde reprodutiva. E a enfermeira foi conversar sobre gestação na adolescência. [...] Fizeram algumas palestras. Foi uma coisa interessante e pontual. Mas que teve efeito que até [...] um mês depois tinha uma mãe falando: “Ah, foi uma enfermeira na escola falar, que legal que as meninas aprenderam. Ah, foi um dentista lá ensinar a escovar os dentes, começaram a usar o fio dental que não usavam”. Foi uma coisa interessante, mas pontual. [...] A enfermeira da tarde [...] atende algumas coisas [...], faz teste de gravidez. [...] Então é assim, elas acabam atendendo bastante adolescentes [...]. Ela faz grupo, a maioria é adolescente, [...] aí ela orienta, faz pré-natal.

.....
Então, é mais pontual [...], quando eles solicitam ou [quando] tem algum curso. Mas a gente [...] já está se articulando para se aproximar mais, para fazer uma coisa mais sistemática. Existe vontade de ambas as partes, entendeu? É que a gente percebe [...] que todos acabam sendo esmagados pelas urgências. E13

O atendimento dos adolescentes/jovens é realizado de acordo com as necessidades do serviço

O entrevistado 1 relatou que até os 15 anos quem faz o atendimento é o pediatra e a partir dessa idade, o clínico. E complementou:

Mas [...] é uma divisão que, por exemplo, como a gente só tem clínico na manhã, se aparece alguém com dezesseis anos aqui e é agora o período no meio horário, ele acaba passando, a gente faz acolhimento e acaba passando com o pediatra, né? Não é uma coisa tão estanque, depende da necessidade.

.....
Agora a gente tá tentando fazer [o grupo de adolescentes/jovens grávidas] de novo no serviço, porque a gente sente que é necessidade. O enfermeiro da tarde [...] perde acho que oitenta por cento do tempo dele fazendo planejamento [...] [e] recebendo as primeiras consultas de pré-natal [...], [...] dentre elas a de adolescentes [...]. E orientando [...], [faz] teste de gravidez e orienta. Mesmo quando dá negativo perde todo o tempo orientando. E como aqui não tem espaço, cada um que entra tem que ser orientado individual. Então você perde muito mais tempo que se você tivesse um grupo [...]. E1

A gente fez um acordo com a [...] chefe daqui [...] que nos momentos que [os auxiliares de enfermagem] não estiverem em atividade específica [...], porque como a gente também tá com uma equipe muito reduzida [...] não dá pra fazer [...] vários atendimentos, ter um espaço independente, [...] a gente tem atividades, [...] grupo de jovens, [...] atendimentos individuais com a psicóloga, com a psicologia. A gente tem grupos tanto de jovens quanto de família [...] e aí os auxiliares tão juntos nessas atividades, nos atendimentos individuais não, mas nos grupos sim. E3

Na verdade, a unidade acaba atendendo mais adultos mesmo [...]. Adultos que tenham doenças crônicas, isso é a nossa realidade. É hipertenso, diabético, tal. Agora o jovem, [...] acho que é bem menos, eu não sei exatamente a porcentagem [...] de jovens que procuram, mas não é a maioria. A gente já tem um diagnóstico, [...] eu só não tenho a porcentagem, mas a maioria são mulheres, e mulheres adultas com doença crônica. E os jovens procuram [...] pouco, [...] [procuram] [...] ginecologista [...]. Quando a gente faz o banco de dados para dentista, [o jovem] não aparece muito também não. [...] A nossa demanda de gestante, 38% está na faixa etária de quatorze até dezoito anos e pouco. Então [...] a gente tem um trabalho de estar captando gestante. [...] a jovem chega, ela se queixa de atraso menstrual, então é feito imediatamente o exame [...] com aquele Pregnosticon. E daí ela [...] tem prioridade no atendimento [...]. [...] Se der positivo, a gente já solicita os exames dela e ela já sai com uma consulta agendada. Então a gente pega desde o comecinho [...]. E5

[...] A gente tava pensando o que ia fazer para o adolescente. [...] A gente começou a conversar dentro da equipe e saiu isso. [...] Vamos trabalhar o futuro com essa moçada [...]. Nós vamos trabalhar na escola, 8ª série, vamos tentar [...]. Porque tá todo mundo aí, não sabe se faz um técnico, se vai fazer um básico, se vai parar de estudar, o quê que vai fazer. [...] A gente falou: “vamos tentar então ver a perspectiva de futuro dessa meninada”. Aí a agente comunitária falou: “Ah, eu trabalho com isso, eu

gosto”. Então ela levou a proposta pra escola e a coordenadora achou ótimo.

.....
 [...] [os jovens não participaram] da elaboração [do grupo] não. Eles receberam pronto. A gente tá explorando isso agora, entendeu? A gente, num primeiro momento, entrou mesmo [...] sem pedir a opinião pra eles. Eles só solicitaram que achariam melhor que fosse na escola porque eles já estavam lá, o espaço é melhor, o horário deles também [...], mas a gente não pediu sugestão pra fazer esse grupo não. E6

.....
 [...] Infelizmente não [foi feito o levantamento das necessidades de saúde dos adolescentes da região]. Nem deu tempo [...], porque aqui [o grupo] ficou pouco tempo [seis meses], não teve como a gente amadurecer esse tipo de trabalho para poder fazer.

.....
 [...] Na hora que você fala para o adolescente ir para algum lugar, é difícil ele ir, você entendeu? O legal é você pegar, pescar e trazê-lo aqui. E dar continuidade [...]. E2

Poucos foram os trabalhadores que tiveram algum tipo de capacitação ou atualização para trabalhar com a juventude. Apesar dos entrevistados salientarem a importância da atualização profissional, percebeu-se nas falas que o serviço pouco oferece para os trabalhadores se atualizarem ou se capacitarem e, quando oferece, muitas vezes, não é suficiente.

Quando perguntado se a prefeitura havia promovido alguma capacitação para os trabalhadores sobre a juventude, os entrevistados relataram que existem alguns cursos promovidos pelo serviço, não necessariamente específicos sobre os jovens, e outros que dependem da iniciativa do profissional em fazê-los.

A capacitação para trabalhar com jovens depende da iniciativa do profissional que pretende fazê-la

Especificamente para jovens? Não, não. Mas formação por fora sim. [...] Com os jovens, eu lembro de ter feito na prefeitura o curso que chamava dinâmica de grupo para adaptar adolescentes. Lá [...] na época que eu estava lá na zona norte, na maternidade Cachoeirinha.

.....
 Especificamente na região do Butantã, a [...] [coordenação] fez junto comigo [...], aqui na prefeitura um curso para saúde mental para adolescente [...]. Então [...] o que a gente tá tentando, [...] pode ser que a gente consiga fazer uma capacitação ampla [...]. E3

Embora [...] [tenha] alguns cursos [...] de algumas parcerias, [...] existem algumas coisas de interesse pessoal. [...] Eu de verdade [...] não tenho muita, eu estudo sozinha à noite porque há uma necessidade de

atualização. Eu não tenho formação específica, em toda a minha trajetória eu sempre trabalhei com adultos. Mesmo no trabalho de álcool e drogas nós estávamos tentando. E14

Alguns discursos mostram que o serviço de referência e contra-referência apresenta dificuldades. O sucesso do encaminhamento do caso depende do relacionamento do profissional que está encaminhando com outros trabalhadores.

O “trunfo na manga” e o “acordo de cavalheiros” são instrumentos utilizados por trabalhadores do serviço público de saúde para o sucesso do serviço de referência e contra-referência

Se há [algum caso que não possa ser resolvido na UBS] a gente encaminha para o CS Escola Butantã, a gente consegue encaminhar. [...] Agora a gente está encaminhando para o CS II Butantã. Mas [...] a construção dessas referências foi uma coisa muito demorada [...]. Não foi uma coisa que veio pronta, o Distrito foi construindo essa referência ao longo desses quatro anos. Quando eu cheguei, a municipalização tinha [...] acontecido há pouco mais de um ano. E os parceiros ainda estavam muito confusos e essa referência foi sendo construída. Agora, com essa mudança de governo, as pessoas foram amadurecendo um pouco mais e está um pouquinho melhor para se encaminhar. Por exemplo, em Odonto [...] eu acho difícil uma referência de ortodontia. [...] Eu não posso deixar uma pessoa esperando um ou dois anos um tratamento de canal [...]. Então a gente acaba usando as outras coisas que tem [...] na região, [...] acaba encaminhando para a Associação Paulista dos Cirurgiões Dentistas, [...] para [a] Santa Casa. Se precisa um tratamento de canal, um ou outro tratamento de ortodontia a gente consegue. Mas, [...] não é uma coisa que tem um fluxo que ande muito bem. A gente consegue encaminhar, a gente deixa isso aí guardado, tem aquele trunfo na manga para quando você vê que tem um caso muito especial mesmo, que não dá para esperar, não dá para deixar passar e a gente encaminha.

.....
[O fluxo de referência e contra-referência] acaba sendo dividido por áreas, né. Tais e tais postos vão encaminhar para aquele serviço de ponta, tais e tais para outro serviço. [...] Funciona assim, é pactuado. [...] Eu acho que o que foi determinando isso foi, além da disponibilidade de ter profissional ali, [...] a proximidade geográfica, né? Então isso acabou sendo [...] determinante em alguns casos. E aí você tá dentro dessa realidade, você foi fazendo os ajustes até a gente chegar no que é hoje. E1

A gente tem horário de triagem [...], eles ligam pra gente, geralmente são casos que passaram por uma avaliação no serviço de saúde mental. Se é uma unidade que não tem equipe de saúde mental, ela remete para alguma unidade que tenha, ou às vezes eles discutem o caso por telefone mesmo e a gente marca uma triagem e eles vêm até [...] [aqui]. Então [...] a gente fez um acordo, meio que de cavalheiro [...]. E3

6.5 Como deveria ser a resposta do setor saúde frente aos seus problemas

A maior parte dos entrevistados acredita que é possível reverter a situação dos problemas levantados e sugere soluções, como podemos observar a seguir nas falas reunidas em: *se eu fosse prefeito (a) eu faria para a juventude...; há reconhecimento dos trabalhadores quanto à necessidade de haver alguma prática específica para a juventude; espaço físico inadequado x realização da prática fora da UBS; a participação popular, do governo e dos funcionários do serviço contribuem para o sucesso da prática de saúde da juventude e os problemas sociais, a violência e as doenças diminuiriam se o jovem fosse melhor preparado.*

Se fossem o (a) prefeito (a) de São Paulo, os entrevistados melhorariam a aparência física dos jovens, proporcionariam o primeiro emprego e priorizariam o seu atendimento nos serviços de saúde. Há a idéia de um projeto intersecretarial, com uma equipe multiprofissional que circularia nas escolas da região realizando grupos educativos e também a de dar continuidade num projeto existente na região. Nos depoimentos, nota-se a preocupação de inserir o jovem na sociedade, proporcionar lazer e capacitar os trabalhadores para trabalhar com os jovens. Algumas falas também mostram a preocupação com a gravidez e de se trabalhar a sexualidade com a juventude.

Se eu fosse prefeito (a) eu faria para a juventude...

[...] Primeiro de tudo, [...] eu daria a condição de você profissionalizar esse adolescente [...]. Dar uma boa educação desde o ginásio e segundo grau, aí depois vem a questão da profissionalização, você dá uma profissão ao adolescente, para todos. Agora, é claro, os adolescentes carentes têm menos acesso a isso [...], têm menos recursos, então [...] junto com a profissionalização, estaria cuidando da saúde do adolescente, do desenvolvimento dele [...], tanto físico como mental, tudo em termos de saúde. Tanto a parte dos dentes [...], porque você vê adolescente aí sem dente porque ele não tem condições, ele não tem acesso a um tratamento ortodôntico, que é caro [...]. Ele pode ir na USP, é muito difícil ele conseguir um tratamento ortodôntico [...]. Então, às vezes, ele fica um adolescente tímido, fica um adolescente totalmente [...] deslocado do

grupo [...] porque ele tem vergonha de sorrir e o adolescente tem que sorrir, né? Então a parte física e mental, por exemplo física [...] é tudo [...], ginecologia, a parte de clínica [...], a parte de dentista, então precisa [...] dar o suporte mental para o adolescente também, eu acho que [...] em alguns casos precisa e depois a questão do emprego. [...] Como prefeita [eu] entraria [...] em parceria com as empresas [...] de grande e médio porte [...]. De repente, não sei de que maneira, descontando alguns impostos, IPTU alguma coisa, desde que esta empresa [...] contrate aquele adolescente que já está profissionalizado em alguma coisa, um curso técnico [...] e dê o primeiro emprego para [...] [ele]. Mas isso realmente, não só no papel, é na prática mesmo [...]. E2

[...] Eu acho que eles são muito voltados pra turma [...], pra idade deles [...], então talvez aquela história [...] de ter alguém da idade deles falando pra eles, de repente atraísse mais [...]. De repente até fazer multiplicador mais da idade deles, talvez fosse uma coisa interessante. E4

Deveria criar um programa específico para [o] adolescente, para [a] mãe.

.....
É por conta [...] desses problemas que a gente tem na unidade, de não dar conta da demanda, [...] [que] a gente acaba nem pensando, nem priorizando o jovem, [...] mas eu acho que poderia ser um trabalho intersecretarial [...] [com a] educação, [...] poderia estar indo à escola [...]. Acho que falta esse trabalho, poderia ser um trabalho legal da escola, ter um departamento na escola, [...] alguma matéria que trabalhasse [...] a sexualidade, [...] educação e prevenção [...] [de] DST, HIV e Aids, prevenção de drogas, de tudo, mas parece que [...] cada um fica trabalhando muito isoladamente, né? E a gente acaba se juntando [...] só em campanha, sai a campanha do saúde escola, a gente vai, faz palestra. Tem dengue? Ah, vamos trabalhar dengue. E5

Eu acho que tinha que priorizar [os jovens]. [...] você tem que fazer o seu tempo, não tem jeito. Se não você não consegue. É que esse ano, acho que pra ajudar [a começar o trabalho com os jovens], veio um projeto aí, [...] que você tinha que desenvolver uma atividade na escola, acho que julho ou agosto, entendeu? E6

Foi uma aula só, porque a gente tentou por aqui por seis meses, [...] tentamos várias aulas. Não deu certo [...], aí nós achamos que o ideal seria ir lá na sala de aula, mas um dos problemas que eu quero até colocar [...] [é que] a gente não tem uma equipe, na verdade deveria [...] ser separado uma equipe a nível de prefeitura e essa equipe, ela teria que rastrear, não [...] um Posto de Saúde só, mas seria uma estrutura montada e eu acho que essa equipe tinha que rastrear todas as escolas do bairro, com um médico ginecologista, com uma auxiliar de enfermagem, talvez com um agente comunitário nas unidades onde tem PSF, porque eles têm mais proximidade com a população[...]. [...] Eu acho que deveria [...] ter uma equipe e todos poderiam rodar e essas equipes teriam que rodizar regularmente, pelo menos uma vez por mês, dando aulas [...] nas escolas. [...] Eu acho que [...] tem que mudar. A gente tem que começar tudo pelas crianças se quiser mudar alguma coisa. (E7)

Acho que o jovem é [...] a única pessoa que dá para a gente trabalhar ainda alguma coisa diferente do diabético [e do] hipertenso. Mas que você tem que gerar um outro clima, sabe? [...] O jovem é bem preconceituoso com essas coisas, sabe? Não pode ter xixi de velho, não pode ter criança barulhenta, espaço em que você pode tocar em poucas coisas, não pode mexer. Você tem uma instituição bastante careta nesse sentido. Então eu

acho que a unidade tem que ter música [...], [o jovem] pode vir aqui, ficar [...] escutando música. Depende da recepção jovem, [...] eles dão uma cara diferente [...] para o atendimento. Isso é uma coisa muito interessante, porque a grande maioria dos usuários são pessoas extremamente delicadas, educadas. Que é uma visão que às vezes, o adulto e o velho às vezes não têm, acham que o jovem é arrogante, agressivo, tem *piercing*, tem tatuagem. Eles são [...] mais criativos. E8

Pra saúde, [...] ter equipe[s] de trabalho regionais dialogando e construindo um modelo de intervenção pra adolescente em cima de regiões [...]. Treinando gente pra atender adolescente. Mas só que [...] essa estrutura de trabalho, nesse local, ela vai ter o tempo dela. Então, não é que a cada gestão a gente limpa as cartas do baralho do jeito que a gente quer. E9

Eu penso muito alto. Então, atualmente eu trabalho com grupo de familiares no serviço e com professores nas escolas. [...] Então eu venho trabalhando muito a conscientização dos pais e/ou familiares para eles dedicarem mais tempo e mais atenção às crianças e aos adolescentes. Sentar com eles, tentar recuperar o que você aprendeu, o que você fez, o que você pode ensinar. Nada substitui isso, entendeu? O adolescente quer que desligue a televisão, sente, convida para uma leitura, para assistir e discutir um filme. Os adultos querem que os adolescentes amadureçam por si próprios e isso não existe. Eles dependem ainda do modelo dos pais e/ou da família. Precisa passar a mensagem que você gosta dele, que ele é importante na sua vida, pois isso é que edifica e dá auto-estima para o adolescente, né. Mas é lógico que eu estaria incentivando mais espaços, mais recursos dos centros culturais, mais professores para darem curso de teatro e curso de judô. Poria muitos centros esportivos [...] para ajudar, que nem o CEU. Mas também capacitar, conversar, incentivar uma formação das pessoas com responsabilidade e [...] valorização da vida, né. [...] para que se passe esses valores para os adolescentes. [...] Não acredito que está muito nas mãos dos adolescentes, está mais nas mãos do adulto mesmo, do responsável. E10

[...] Eu faria [...] locais onde eles pudessem ter mais ações de lazer como também oportunidade deles fazerem cursos, de vários tipos de [...] capacitação [...] [para] inserir esses jovens. [...] Ao mesmo tempo eles estão [...] traçando um futuro melhor, porque eles [terão] oportunidade [...]. Aumentar[ia] o nível de escolas técnicas, em nível de segundo grau, [...] [para que] todo mundo que quisesse já pudesse fazer. E11

Olha, eu acho que a escola é um ambiente muito favorável e que é pouco utilizado. Primeiro porque a educação não tá legal pelo que a gente houve falar, não sei se é porque os professores estão sobrecarregados ou se eles recebem mal. A gente vê uma relação professor-aluno péssima, professor-pais-aluno péssima [...]. A escola não é um ambiente agradável, é um ambiente de zona. Eu acho que seria um ambiente onde a criança, o adolescente poderia [...] se envolver com alguma coisa, ter alguma perspectiva, um sonho, alguma coisa pra fazer da vida e eu acho que ali isso não acontece [...]. [...] O adolescente precisa enxergar o serviço de saúde como um parceiro na vida dele [...]. Não só exame médico, pediátrico, medir e pesar, [...] aplicar injeção, mas como [...] mudou, você virou um adolescente, o posto de saúde pode ser um aliado na sua vida. Quer dizer, eu tô com uma dúvida sobre o que eu posso fazer com o meu namorado, [...] passo lá, marco uma consulta [...]. Não sei como isso poderia ser feito com a prefeitura, de repente, uma maior divulgação sobre esse tema [...] nos serviços de saúde. [...] A gente tem a prioridade

de criança, mulher, pressão alta, *diabetes*, tuberculose, hanseníase mas, [...] acaba acontecendo muita coisa [...] com o adolescente: gravidez, doenças [...] sexualmente transmissíveis, a questão da violência, da droga, eu acho que isso tem que ser [...] no mínimo [...] falado. Não sei se criar um programa exatamente assim [...], mas têm que ser lembrado aos profissionais, todos os profissionais [...], porteiro, auxiliares que ficam aqui no acolhimento, enxergar quem é essa pessoa jovem que está chegando [...]. E12

Não sei, a gente está numa fase [...] mais generalista, né. Eu acho que vai ser uma coisa diferente [...]. Não é generalista assim, “passa o pano” [...]. Você tem que ter conhecimento mais elaborado, a tecnologia avançou, o conhecimento se refinou. [...] mas eu acho que [...] teria que dar mais atenção para algumas coisas que são específicas, que eu considero importante, interferir nessa questão da gravidez na adolescência [...]. E13

Eu gosto muito de um projeto do pessoal [...] daqui da região [...], que se transformou realmente. Eu soube [...] da transformação dos jovens no projeto [...]. Começou com um projeto junto na escola, não dava no posto de saúde e eles começaram a trabalhar lá. E aí eles tiveram uma referência de alguns jovens para discutir saúde dentro da escola [...]. [...] O projeto foi a partir desse trabalho numa escola, que é uma coisa que eu tenho muita vontade de tentar fazer aqui [...]. Mas a gente também não tem pernas para dar conta disso, porque eles começaram fazendo uma equipe de multiplicadores na escola, nessas questões de saúde. [...] E aí esse grupinho fazia uma atividade semanal com as classes e foram criando os outros grupos até que toda semana tinha uma discussão, um momento de discussão com essa equipe de adolescentes. [...] Então, o projeto é muito interessante, mas ele teria que ser muito abraçado. Então, a gente [poderia] aproveitar essa situação do Distrito Escola e trabalhar com [os] estagiários, fazer uma equipe para acabar indo em todas as escolas. Precisa ter disposição. E14

Praticamente a metade dos serviços entrevistados não oferece atividades específicas para a juventude, em alguns existe algo pontual e intermitente. Apesar de encontrarem dificuldades em realizar a prática, alguns trabalhadores reconhecem que há necessidade de haver uma prática específica para a juventude no serviço que atuam.

Há reconhecimento dos trabalhadores quanto à necessidade de haver alguma prática específica para a juventude

Não, [prática] específica [para a juventude] não [...]. Deveria ter, mas a gente não tem espaço físico para isso [...]. E1

[...] Deveria criar um programa específico para [o] adolescente, para [a] mãe. E5

Eu acho que tinha que priorizar [os jovens]. [...] Você tem que fazer o seu tempo, não tem jeito. Se não você não consegue. E6

[...] Eu percebi que [n]a área de adolescência, [...] tem muita gente pensando nisso, [estão] acontecendo coisas, a gente precisa [...] dialogar mais [...]. [...] A gente precisa pensar melhor no que é que o adolescente faz quando ele vem até o serviço? Por que é que ele procura? Pra [a] partir daí ver qual que é a questão fundamental e dessa questão fundamental, quais são as formas da gente se aproximar dela? E9

Pretendo [...] estreitar o contato [...] com a educação[...]. [...] Eu fui, entrei em contato para fazer palestras, teve muita [...] receptividade por parte da diretora, [...] das professoras, das orientadoras. E11

[...] conversando com os agentes de saúde da minha equipe eu vi que era uma demanda essa questão da sexualidade, da gravidez na adolescência principalmente [...]. A gente tem bastante adolescentes grávidas ou que [...] já tem iniciação sexual. Então eu [...] identifiquei com as agentes que seria uma demanda [...] aqui na unidade, por isso que eu escolhi exatamente trabalhar com adolescência.

.....
Mas eu acho que [o grupo] é uma necessidade. Se eu continuasse aqui, eu acho que eu gostaria de continuar com isso [...]. Porque eu acho que tem essa coisa da gravidez que é importante e algumas meninas vêm até nós [...], [até] mesmo os rapazes [...], mas a maioria acaba não vindo, vem já no Pré-Natal [...]. E eu gostaria que fosse um grupo misto porque eu acho [...] que os meninos também têm que pensar nisso [...]. E12

Os trabalhadores relataram que há obstáculos para realizar práticas com a juventude no serviço. Entre eles estão a inadequação do espaço físico e a dificuldade de acesso ao serviço. Além disso, alguns trabalhadores relataram que têm dificuldade para realizar a prática fora do local físico do serviço devido à locomoção dos usuários. Se preocupam também com a questão legal, caso aconteça um acidente de trabalho e eles não estejam no seu local de lotação. Referem ainda ter medo da população na rua.

Espaço físico inadequado X realização da prática fora da UBS

[Precisamos mudar desta casa porque] o acesso é ruim. A inclinação da rua é péssima, né. Você tem um paciente idoso praticando atividade, você tem um cadeirante [...], é muito difícil que ele chegue aqui. [...] Mas quando você procura uma casa, ela não pode ser alugada porque ela tem uma rampa de mais de cinco graus. Bom, quem diz isso não vem aqui para ver quanto é a inclinação dessa avenida para chegar aqui, né?

.....
A gente gostaria de ter feito um grupo de [...] gravidez na adolescência,

mas é muito difícil você fazer um grupo dentro das salas daqui, as salas são muito pequenas, pouco ventiladas, pé direito baixo. À tarde, que é quando a gente tem um número maior de gestantes frequentando o posto, em época de calor, a gente tem freqüentes desmaios lá embaixo, porque a população passa mal. Porque [...] não é um lugar arejado o suficiente. Precisaria ter um espaço maior [...]. É ainda a falta de espaço [...] o grande limitante [para realizar algo para a juventude], é a estrutura física. Se a gente tivesse uma salinha um pouco maior, a gente conseguiria estar fazendo isso. [...] E um outro fator limitante, nós não temos assistente social, não temos psicóloga. Seria muito interessante para trabalhar com esse público [de adolescentes/jovens], porque a gente faria um trabalho multidisciplinar com elas [...]. Seria bastante interessante tê-los. Mas até para ter uma psicóloga, e até para ter uma assistente social teria que ter uma sala para elas, e aí no momento eu não tenho.

.....
 Agora a gente tá tentando fazer [o grupo de adolescentes/jovens grávidas] de novo no serviço, porque a gente sente que é necessidade. O enfermeiro da tarde, ele perde acho que oitenta por cento do tempo dele fazendo planejamento [...] [e] recebendo as primeiras consultas de pré-natal [...], dentre elas a de adolescentes [...]. E como aqui não tem espaço, cada um que entra tem que ser orientado individual. Então você perde muito mais tempo que se você tivesse um grupo [...]. [Mas] [...] tudo tem que ser próximo da área de abrangência. Eu não posso querer que o pessoal [...] [daqui] vá para Pinheiros aqui do Butantã. Eles têm que ficar perto de casa [...]. E1

Eu acho que [lidar com os jovens] é trabalho mesmo de olhar profissional [...]. Eu não [...] acho que nenhum programa se faz porque tem o programa na Secretaria falando que precisa fazer, ou que tem uma lei. Eu acho que na unidade [...] tem pouquíssimos profissionais que trabalham essa questão do adolescente separado dos outros [...]. Bom, dentro do grupo de gestantes tem adolescentes? Adulto jovem [...], acima de dezesseis anos, porque até quinze vai para a maternidade. Tem, mas ele está junto pela categoria gestante, [...] não porque ele é adolescente [...]. No planejamento familiar aparece adulto jovem? Aparece, mas ele está pelo mesmo motivo que tantas outras mulheres estão. [...] Isso tem questões tão diferentes: a forma de abordar, a linguagem, na novidade, na criatividade de você manter aquilo. [...] Eu acho que talvez ainda o adolescente queira um apoio só para ele, [...] ou seja, um espaço. Ainda acho que o espaço da unidade básica é um espaço muito careta, sabe? [...] A unidade, ela vem com muito ranço, porque ela trabalha com muitas questões [...]. E acho difícil trabalhar todas as questões ao mesmo tempo.

.....
 Na verdade acho que [...] o jovem quer um espaço que ele [...] seja visto de fora daqui [...]. Eu [...] não acho que tudo tem que acontecer na unidade. Eu acho chato inclusive, entendeu? [...]. Se faz um lugar astronômico da sala de reunião, [...] onde tudo tem que acontecer aqui dentro, sabe? Isso é uma forma bem careta dos profissionais pensarem, o jeito que trabalham, tem que acontecer aqui dentro [...]. E aí tem que ser naquele horário, por isso que não é todo mundo que fica [...]. Tem que ser naquele horário, tem que ser naquele lugar, tem que ser daquele jeito [...]. Tudo [...] acontece na unidade, Tai Chi não é para acontecer na unidade, sabe? Tem que começar, [...] depois tem que fazer na rua. [...] Mas os profissionais têm muita resistência com isso. Eles têm medo, porque tem que ir em outro espaço [...]. Do ponto de vista trabalhista, você trabalha aqui. Se você tem que sair e pegar seu carro para ir em outro espaço [...] eu também não acho que é certo, sua gasolina [...] você tem que colocar

[...]. Acho que espaço para jovem tem que ser uma resposta mais imediatista. O cara chega aqui, você tem que fazer, tem que ter um jeito de colocar ele em alguma coisa. [...] Os jovens tem uma coisa que é muito imediatista. Não importa para o que seja. [...] Então eu acho que ele vem com uma expectativa de coisas que a gente não pode responder. E8

[...] O posto de saúde não é lugar de adolescente [...]. Acho que tem que fortalecer os centros educativos, esportivos, os outros centros culturais, bibliotecas. [...] Quando eu falo que lugar de adolescente realmente não é no posto, é porque eu fazia oficinas com eles. [...] Então, um dia era sobre cidadania, eleição, outro dia era sobre sexualidade, outro sobre riscos à saúde [...]. Tinha um jogo sobre os riscos à saúde, como o sedentarismo, colesterol, tabagismo, hipertensão, obesidade. Então, eles se sentem bem [...], eles participavam. [...] Por um lado é bom [fazer as oficinas com os jovens na estrutura física do serviço], mas por outro lado é inadequado. Porque [...] aqui faz atendimento, tão atendendo lá em cima e eles ficam fazendo barulho, gritando, como se eles tivessem na rua e aqui não é a rua. Aqui é um ambiente que tem médico atendendo, que tem que ter silêncio e tal. E para eles entenderem isso, então você tem um desgaste muito grande. As oficinas de promoção à saúde têm que ser realizadas no próprio espaço natural da criança, como a escola, por exemplo. E10

Então, [...] está faltando [...] orientar [...] [os jovens] porque não é só os filhos que nascem dessas mães, precisa ver se [ela] está doente e tal. Então, isso tem que ver nas escolas. [...] Nem sempre eles vêm para o posto, o posto tem que ir para as escolas. Então, a gente tem que talvez abordar esses jovens no meio deles. E11

[...] Acho que o grande problema de trabalhar com os adolescentes no posto de saúde, é trazer os adolescentes ao posto de saúde. Tem uma demanda grande de crianças e tem uma demanda grande de adultos. Descobrir onde estão os adolescentes é difícil. E14

Alguns entrevistados acreditam que com a participação popular, do governo e dos serviços de saúde a implementação de práticas de saúde voltadas para a juventude pode ser efetivada com sucesso.

A participação popular, do governo e dos funcionários do serviço contribuem para o sucesso da prática de saúde da juventude

Só que assim, todos os profissionais têm que estar trabalhando [...], encaminhando. Porque não adianta só eu encaminhar [...], porque tem clínico, tem pediatra, tem psicóloga, tem dentista que podem estar encaminhando [...], mas essa é que é a questão. Isso é que é o serviço público [...]. Os profissionais têm que estar entrosados. E2

[...] A batalha [...] [para um serviço específico para o] adolescente foi [...] em princípio assim, tinha a idéia da gente mas sempre teve um pedido da população pra que ele tivesse. [...] Fora que, epidemiologicamente justifica também a região porque o final da Raposo é a área mais carente e

tem uma alta incidência de jovens. [...] Na verdade [...] começou com uma batalha há muito tempo atrás a partir do Conselho Gestor daqui da UBS [...]. [Teve] [...] o orçamento participativo, foi batalhado, votado, entrou no orçamento participativo do município, foi aprovado [...]. [...] Com o dinheiro que saiu, era a reforma aqui [...] [da UBS] pra fazer o [...] [serviço]: [...] refeitório para os funcionários [...], os dois banheiros e aí ia fazer uma ampliação da unidade num terreno que tem aqui atrás [...], com salas e da unidade ia fazer o refeitório e os banheiros [...]. Então a gente aqui dentro é como se fosse uma equipe à parte pra jovem, dentro da UBS. Se bem que hoje os nossos auxiliares de enfermagem, eles colaboram muito na rotina da UBS. E3

Eu acho que esses jovens têm a esperança de um mundo melhor. E [...] cada um [de nós] pode fazer sua partinha. E quem está lá em cima pode fazer sua partona. [...] Porque a gente conta com nosso recurso pessoal. Cada um conta sua parte mas [...] tem que mudar a mentalidade [...] dos políticos em geral para dar muito mais incentivo para as pessoas. Porque eu acho que todas as pessoas deviam ter acesso à alimentação, à saúde, à moradia, a emprego, à educação, ao lazer, à cultura [...]. Então, todas as pessoas deveriam ter esportes, todos esses esportes fazem parte da saúde em geral [...]. Então, todas essas pessoas em geral são importantes, principalmente os jovens e [os] adolescentes. E11

Eu acho que [o grupo] não deu certo [...] principalmente [devido a] essa questão da coisa estar bem solidificada na unidade, quer dizer, todo mundo sabe que tem, todo mundo encaminha [...] e, talvez o momento de informar o adolescente também não foi adequado. De dizer: “Você quer participar de um grupo? Vão ser quatro encontros, é nesse horário, você pode participar?” [...] Então [...] muitas chegaram no grupo sem saber exatamente qual seria o trabalho. [...] O que deu certo talvez é que eu tinha já algum vínculo com algumas meninas, principalmente as que eram da minha área, elas que voltavam mais. Tinha meninas que eu conhecia desde o começo, já tinham uma certa confiança em mim, né?. Outra coisa que deu certo, apesar de ter dado errado, é que era um grupo só de meninas. Então, apesar de ser um grupo misto só vieram meninas, então elas se sentiram bem à vontade [...]. Mas a minha intenção na verdade, era fazer um grupo misto. E12

Outro acredita que o adolescente é o nosso futuro e que ele tem que ser preparado para a vida, ter menos tempo ocioso para que a violência, as doenças e os problemas sociais diminuam.

Os problemas sociais, a violência e as doenças diminuiriam se o jovem fosse melhor preparado

Então, o adolescente [...] é o nosso futuro de amanhã. Então, eu acho que a gente [...] podendo prepará-los melhor, orientar, ocupar o tempo deles com coisas produtivas, a gente ia ter menos violência, menos doenças, menos problemas sociais no futuro. [...] Eles são o nosso futuro. E a gente tem que colocar antes de tudo uma barreira de paz agora [...]. E como a gente consegue isso? Se eles têm lazer, se têm educação, se têm possibilidade de estudar, terem vagas nas escolas. Ter também

orientações gerais [...] de higiene, [de] cuidados pessoais, de orientações que já deviam estar no currículo das escolas [...]. Eles têm interesse. E11

6.6 O que os serviços de saúde estão oferecendo para a juventude

Conforme as falas abaixo, os serviços de saúde estão oferecendo grupos educativos, oficinas, confraternizações e conversas com a juventude. Alguns serviços se preocuparam com as necessidades referidas pelos jovens, outros elaboraram a atividade de acordo com o que é possível realizar no momento.

[O que se discutia no grupo de adolescentes] era um tema que eles quisessem falar, eles ficavam à vontade. Era um bate papo, a gente falava sobre tudo. Era um bate papo, eles começavam a colocar, muitos eram muito tímidos então às vezes eu tinha que [...] colocar algumas coisas, mas tinham outros que já não eram tímidos [...]. E2

[Se] atendia [o jovem aqui] mais como PA [...]. Aí o J... fez uma avaliação [...] do que era feito para o adolescente e viu que na previsão de diagnósticos pra menino só quase aparecia verminose e hemograma, e pra menina só quase aparecia tratamento de corrimento [...]. Então, os meninos eram um grande “vermenoma” e as meninas o “corrimento”. [...] Estava muito pobre a abordagem. Aí, ele concluiu que é interessante estruturar um trabalho, [...] compôs uma equipe multiprofissional, começou a discutir o que poderia ser feito na abordagem dos adolescentes. E aí, alguns profissionais foram destacados para fazer atendimento de adolescente. Naquela época, no início do programa, pra passar em assistência individual antes tinha que participar de um grupo educativo. Coisa que hoje a gente não faz mais. Funcionou assim durante um período, daí atualmente a gente tem atendimento de enfermagem, de auxiliar e técnico. Tem consulta de enfermagem pra atender adolescente de 12 a 18 anos e consulta médica [...], [além] de grupo educativo [...]. E tem as estagiárias que vem pra cá que estão trabalhando [...] um período [...] Então quando vem adolescente pra cá, as questões que a gente tem de trabalho são idênticas [...] [às de outros serviços]. Como acolher? Como trabalhar com eles sendo que já tem crônico, gestante no mesmo espaço, criança, tal. Como encontrar espaço de agenda pra poder atender adolescente, que tipo de abordagem fazer, como que a gente combina um grupo educativo com adolescente? São as mesmas questões. E9

[Os temas para as oficinas com os jovens] foram escolhidos [...] por mim mesma, entendeu? Nesse sentido eu falei o que seria interessante estar conversando [...]. Então já estava pronto mesmo.

.....
 [...] Na minha concepção [...] essa questão da saúde, de você resgatar e potencializar os recursos saudáveis da vida que estão [...] latentes. E você vê [...] que [...] [o jovem] pode pensar por ele mesmo, sendo sujeito [...] do processo [...] que ele pode estar fazendo. [...] Dinamizar a vida dele, porque tem tanta coisa que está acontecendo ou procurar outras atividades, enfrentar [...] desafios, alguma coisa que gosta, um trabalho. Ou um trabalho voluntário [...] onde ele pode ir, um centro esportivo, vai fazer uma ginástica, fazer uma caminhada. Então, em relação ao processo que ele está passando aqui também. [...] Poder participar um pouco mais

como sujeito. [...] Então, no fundo tem esse trabalho de você apostar [...] na pessoa, na cidadania. E esse é um trabalho [...] que a gente faz. Que é um trabalho [...] de resgate da cidadania da pessoa. E10

Eu faço grupo de crianças e adolescentes, é quinzenalmente. É onde eu trato [...] [de] assuntos pertinentes à família com relação à alimentação e [à] qualidade de vida em geral. Então, atividades físicas [...], atividades de lazer que envolve a família toda. Eu faço uma reeducação alimentar, inclusive as mães desses adolescentes, [dessas] crianças, elas participam do grupo porque o retorno é bem melhor do que você tratar só a criança, e deixar os pais na sala de espera ou [os] responsáveis. A maior parte dessas [...] crianças e adolescentes são encaminhadas pelos médicos, criança [que] está com obesidade [ou a que] está com baixo peso. E11

Então, eu tinha a intenção de fazer o grupo [...] [para] que eles discutissem tanto a questão da sexualidade como a questão do uso do serviço [...]. Assim, o uso do serviço pelo adolescente, não só no que se refere à sexualidade, mas aos outros cuidados também, né? E eu fiz dois tipos de grupos diferentes, um grupo para os mais novos, aquele adolescente que seria assim, com pouca experiência de vida [...], [de] sexualidade, de autonomia mesmo e um para os mais velhos [...]. O grupo era para o posto todo [...], mas eu conversei principalmente com as minhas agentes. E daí [...] a gente fez assim, [...] eu lançava algum assunto, então no primeiro dia era pra discutir mais a questão [...] deles com [...] o que eles achavam [o] que era adolescente. No segundo, era eles com os pais, eu tinha pensado assim, eles primeiro, eles e a família e a comunidade com o serviço. E12

[...] Tem algumas [...] organizações que tentam atrair esses jovens, e têm atividades [...] super interessantes. Tem confraternizações de jovens em alguns lugares. Inclusive, eu tenho visto uma coisa interessante, a [...] supervisora [...] que cuida da saúde da mulher, ela veio conversar com a gente, e falou: “Vamos onde os jovens estão”. [...] [Numa] associação [próxima do serviço] [...] tem uma porção de atividades também para os jovens. E elas estão querendo fazer lá uma coisa de planejamento familiar para jovens, porque tem muita gestante adolescente. A gente está tentando estabelecer uma ponte aí, a enfermeira da tarde está cuidando disso. E13

Até para ter uma qualidade maior [...] nós retomamos algumas discussões no grupo, nós optamos por fazer um grupo que nós chamamos de “conversas com adolescentes”. [...] é um grupo aberto, já que a gente não consegue ter um plantão de adolescente. A gente conseguir fazer isso foi muito legal, como resultado para os adolescentes [...] [porque] algumas questões extremamente graves a gente só fica sabendo se a gente estiver esse momento de escutar sem muito horário marcado. [...] A proposta da gente é que ele tenha algum poder de decisão nesse grupo. [A nossa finalidade] é [...] que eles possam trazer o que eles quiserem como questão, como problema, o que é difícil [porque] eles não estão acostumados a se colocar.

.....
A gente está fazendo atendimento por faixa etária. E eu particularmente monto os grupos por tema, por exemplo, [de acordo com o] tipo de queixa [que] as pessoas estão me trazendo [...]. Então, eu acabei criando o grupo de jovens numa faixa intermediária.

.....
E eu acredito que a maior parte dos problemas que as crianças têm é a questão na família, na estrutura da casa [...]. Então, se a gente consegue

auxiliar um pouquinho os adultos a se organizarem né, 80% dos problemas das crianças desaparecem [...]. Distúrbios de comportamento, as queixas que as mães trazem de aprendizagem e de comportamento. Então, eu estou fazendo esse trabalho. E14

6.7 Quando a juventude procura o serviço de saúde

Conforme as falas compiladas nesse tema, o uso da UBS pela juventude se restringe às demandas pontuais – a camisinha, o anticoncepcional, o atestado de saúde, o teste de gravidez. A violência e os problemas de saúde foram pouco lembrados. Vale lembrar que esse item diz respeito à procura da juventude pelo serviço de saúde sob o ponto de vista dos entrevistados. Sendo assim, essa afirmação é relativa pois não se verificou nessa pesquisa, sob a forma de pesquisa de campo, o tipo de procura realizada pela juventude nos serviços de saúde.

Segundo os entrevistados, a juventude procura o serviço de saúde quando precisa de preservativo, anticoncepcional, atestado de saúde ou quando está doente, ou com atraso menstrual. Um entrevistado relata que a juventude procura o serviço para acessar os médicos especialistas como o oftalmologista e o otorrinolaringologista. Uma fala evidencia que mesmo para essas procuras citadas acima, o jovem tem que disputar a vaga com os usuários portadores de doenças crônicas.

Os subtemas elencados nesse tema foram os que diziam respeito à procura da juventude pelo serviço de saúde. São eles: *procuram o serviço de saúde quando estão doentes ou quando precisam de camisinha, anticoncepcional, atestado de saúde ou quando estão com atraso menstrual; procuram ações voltadas para os problemas “normais” da juventude e o adolescente participa da “corrida” com os crônicos para ser atendido no serviço de saúde.*

Procuram o serviço de saúde quando estão doentes ou quando precisam de camisinha, anticoncepcional, atestado de saúde ou quando estão com atraso menstrual

Porque às vezes é difícil o adolescente procurar a unidade porque ele procura resolver isso geralmente com os amigos, porque a família também não [...] tem abertura. Então geralmente ele procura resolver com o amigo, ou o amigo traz ele para o posto, ou quando ele tem algum problema [de saúde], aí ele vai, toma muita coragem e vai para o posto sozinho procurar o serviço. E2

[...] Essas meninas que [...] ficam grávidas que vão [...] [na UBS] [...], ou aqueles que vêm pegar camisinha [...], ou vem ao ginecologista por gravidez, ou por outros assuntos, ou na pediatria. Agora [...] é difícil eles virem [...], são muito poucos no geral [...] que vêm [na UBS]. [...] Às vezes eles vêm assim, por exemplo, por questões bem práticas. Ah eu vou fazer treinamento no São Paulo pra [...] ser jogador, então eu preciso de um atestado, [...] ou pra escola, pra natação, esse tipo de coisa que às vezes não dá pra gente ajudar porque ele não é paciente daqui ainda ou é e nunca veio, entendeu? E só isso, não quer mais nada. Aí também é meio complicado às vezes, porque o médico também não tem evolução nenhuma pra poder fazer [o atestado] [...]. Agora tem aqueles que já passam desde neném e querem continuar com o mesmo médico, entendeu? Com 19 anos [...], não querem mudar para o clínico, [...] têm alguns casos assim, eles gostam, querem continuar. Eu até estranhei quando eu cheguei porque eu achava que pediatria só atende até 12 anos e aí parece que tem uma lei nova que pode ser até 19 [...]. E aqui já era assim, então o pessoal vinha mesmo, e continua vindo. Tem gente que já teve neném e [...] passa na mesma pediatria que passava, entendeu? Tem um certo vínculo com o pediatria [...], isso tem. E4

Agora o jovem, [...] eu não sei exatamente a porcentagem [...] de jovens que procuram, mas não é a maioria. A gente já tem um diagnóstico, [...] eu só não tenho a porcentagem, mas a maioria são mulheres, e mulheres adultas com doença crônica. E os jovens procuram [...] pouco, [...] [procuram] [...] ginecologista [...]. Quando a gente faz o banco de dados para dentista, [o jovem] não aparece muito também não. [...] A nossa demanda de gestante, 38% está na faixa etária de 14 até 18 anos e pouco.

.....
Não, [o jovem] não chega [na UBS]. Acho que [...] não tem um atendimento assim, a maioria não é adolescente. Adolescente vai chegar onde? Vai chegar quando está com atraso menstrual aí e alguns Clínico Geral, né? Mas, é [...] baixo o índice de atendimento para adolescente. [O adolescente procura a UBS caso tenha] algum agravo na saúde, a não ser que ele venha procurar para uma prevenção, é muito difícil. Mas pode aparecer, por exemplo, na hora que ela está com algum atraso menstrual, está com alguma dúvida, ela vem, conversa com a enfermeira tal, então é o momento de se estar conversando, estar tirando algumas dúvidas, né? Mas é só assim que eles vão chegar, quando estão com algum tipo de doença, gravidez, alguma coisa muito urgente ou então não vêm, tudo bem, a jovem é saudável mesmo. E5

Os adolescentes vêm aqui para pedir anticoncepcional ou pílula do dia seguinte, mas eu acho que antes do anticoncepcional e [da] pílula do dia seguinte, eles têm que ter toda uma informação importante sobre como

poder evitar entendeu? Porque não é só pílula, eles deveriam saber usar mais preservativo. Hoje em dia a gente vive no tempo da Aids e de outras doenças sexualmente transmissíveis. E7

Acho que elas [as adolescentes] procuram uma coisa específica. Acho que tem uma coisa de adolescente que procura e quer atendimento individualizado, depois ele gosta muito quando ele pode reconhecer que pode ter troca, né? Mas ele tem uma inconstância [...] [em] lidar com compromissos [...], é bem mais difícil [e] [...] além disso, você tem a questão da melhora [...]. O pouco melhor que você se sente, você cai fora. [Eu] [...] não tenho [demanda de jovem]. Acho que [ele] vem mais na farmácia à procura de camisinha, não quer conversar muito sobre isso. Camisinha e anticoncepcional. E8.

[...] Aqueles [jovens] que vêm, já são aqueles que estão mais sozinhos, quinze, dezesseis anos, já estão fazendo algum “bico”, algum trabalho. E que já estão com as questões existenciais mesmo deles [...]. Já estão com o pé no adulto mesmo. [...] O que está acontecendo é isso, a questão da violência, como o assalto, a violência doméstica, na escola. A questão da sexualidade [...], elas vêm [...] fazer exame de gravidez. E10

Vem, [o jovem] vem. Mas eles vêm [...] em caso de emergência, para passar em consulta [...], para passar no médico quando fica doente [...]. Quando está sentindo alguma coisa. Vem pegar camisinha [...]. E13

Nessa fala nota-se certo preconceito com o tipo de queixa que o jovem traz para o serviço de saúde. O entrevistado acredita que normalmente os jovens deveriam procurar médicos especialistas das diversas áreas.

Procuram ações voltadas para os problemas “normais” da juventude

“Tem uns jovens que fazem a procura normal para oftalmo, para otorrino ou para dermatologista [...]” E1

Outro entrevistado comenta sobre a grande demanda de usuários portadores de doenças crônicas que usam o serviço. Com isso, quando o jovem chega ao serviço, se ele não se enquadrar em alguma prioridade do serviço como, por exemplo, a gestação, a hipertensão ou a *diabetes*, ele tem dificuldade no acesso.

O adolescente participa da “corrida” com os crônicos para ser atendido no serviço de saúde

Porque [...] para entrar na unidade [...], o adolescente chega, mas aí, já estão os crônicos aqui, entendeu? É meio que uma corrida [...], quem chegou primeiro. [...] Se ela chegar, por exemplo, grávida, ela vai ter uma prioridade aqui, porque tem o agendamento. E o agendamento é

organizado para estar passando as grávidas mesmo, dando prioridade no atendimento. Mas, no dia-a-dia, pode ser uma faixa que não consegue chegar. E5

DISCUSSÃO

7 DISCUSSÃO

As práticas de saúde voltadas para o jovem na Supervisão Técnica de Saúde Butantã mostraram-se escassas e fragilizadas, crivadas pela omissão de diretrizes governamentais tal qual atestam os trabalhos de Ávila (1999), Minayo et al. (1999), Ruzany (2000) e Carvalho (2006) que tomam como objeto as políticas públicas de saúde para a juventude.

De maneira geral, os resultados deste estudo mostram que as práticas de saúde voltadas para a juventude nas unidades de atenção à saúde que fazem parte da Supervisão Técnica de Saúde Butantã não estão consolidadas, refletindo a descontinuidade das políticas públicas nessa área. Subordinadas às mudanças de gestão de governo e das coordenações e supervisões, o desenvolvimento das políticas públicas da juventude é continuamente obstaculizado, conforme lamentam os entrevistados que “denunciaram” o casuísmo e mesmo a omissão de diretrizes governamentais contínuas e sólidas.

Durante o período de realização desta pesquisa houve troca, em São Paulo, do governador do Estado e do prefeito do município - final de 2006 e início de 2007. A Área Técnica de Saúde da Criança e do Adolescente da Secretaria da Saúde do Município de São Paulo também sofreu mudanças, sendo reestruturada através do programa PRO-ADOLESC que segundo a Supervisão Técnica de Saúde Butantã, será implementado em breve.

Nessa pesquisa foi possível compreender as concepções dos trabalhadores entrevistados sobre a juventude. Pode-se notar que prevalece uma concepção

ampliada da juventude, considerada, para além da percepção do desenvolvimento biológico, um fenômeno histórico e social.

Os trabalhadores definiram o jovem da periferia como um ser social que está à mercê de um conjunto de problemas relacionados à pobreza e ao desamparo, como a violência, por exemplo. Notam também o aumento da gravidez entre as jovens. Associam também os problemas dos jovens à estrutura familiar prejudicada, “desestruturada”, com certa desvalorização da vida pelo adulto, que acaba não passando os seus valores e a sua cultura para os mais jovens. Parece, no entanto, não haver uma reflexão sobre as mudanças que estão ocorrendo com o modelo tradicional de família, ficando a leitura da realidade restrita ao lamento em torno dessas mudanças.

Dessa forma, os entrevistados percebem essa “desestruturação” como uma mudança nos padrões contemporâneos de família, que difere do modelo da família nuclear burguesa “composta por pai, mãe e algumas crianças vivendo numa casa” (Szymanski, 1997: 23), que é, de certa forma, um modelo normativo.

A existência dos modelos normativos não mereceria maior consideração se estes não fossem tomados como padrões a partir dos quais são medidos os desvios. Mais ainda, não teriam importância se, como modelos ideais, não fossem veiculados a toda a hora pelos meios de comunicação, como o certo, o bonito, o desejável (Mello, 1997: 56-57).

À medida que as interpretações das inter-relações passam a ser feitas no contexto da estrutura proposta pelo modelo da família nuclear burguesa, quando a família se afasta da estrutura do modelo, ela é chamada de “desestruturada” ou “incompleta”. “O foco [fica] na família e não na qualidade das relações” (Szymanski, 1997: 24).

Há de se discutir que nos últimos dez anos, a família vem sofrendo alterações em “sua estrutura, seu sistema de relações, papéis e formas de reprodução social”,

inclusive na “nova divisão de trabalho, não só entre homens e mulheres, mas entre adultos e jovens – o que altera as relações de poder intrafamiliares” (Carvalho, 1997: 13-14).

Sarti (1997) reitera que nas últimas décadas houve uma extraordinária rapidez da mudança nas relações internas das famílias. Portanto o perfil da família hoje difere do modelo da família dessas últimas décadas. Assim, “não há dúvidas sobre o fato de que boa parte das famílias está mudando” e “tudo indica que as mudanças na organização da família estão se dando, fundamentalmente, a partir das mudanças na condição feminina” (Bilac, 1997: 35-36).

Em pesquisa realizada com jovens entre 15 e 24 anos, a família é citada “como uma instância fundamental para a vida da grande maioria: como estrutura central para poder viver a vida enquanto jovem, como referência afetiva, como referência ética e comportamental e para o próprio processo de amadurecimento”. Além disso, os jovens apontaram a família como o fator mais importante para o seu amadurecimento, o que mostra que “a vivência juvenil se desenvolve sobre a estrutura familiar” e o jovem conta com essa “estrutura (material e afetiva)” (Abramo, 2005: 60-67).

Conforme Sposito (2005: 110), quando querem discutir assuntos considerados importantes, “os jovens buscam claramente o mundo adulto familiar como universo de referência”.

Além da escola e de outros espaços socializadores,

a família aparece como importante, particularmente para os mais pobres, pois seus laços asseguram trocas afetivas e simbólicas, alguma estabilidade e mecanismos de sobrevivência mais estáveis em um quadro de ausência da ação pública e de retraimento de direitos (Sposito, 2005: 124).

O poder que a mídia exerce sobre a estrutura familiar e o atrelamento do lazer ao consumo foram lembrados nas entrevistas. De fato, os estudos revelam que muitos jovens, principalmente os mais pobres, têm como única fonte de lazer os programas de televisão (Mello, 1997; Fischer, 2005) e nela a mídia incorpora ideais de uma sociedade que muitas vezes, são ideais dos escritores, de um partido político, entre outros.

Campos e Souza (2003) têm acompanhado as

mudanças nas relações estabelecidas entre adultos e crianças, bem como o surgimento de uma nova produção da subjetividade em função da organização do cotidiano pela mídia e o modo como a experiência das crianças, dos jovens e dos adultos vem se transformando na sociedade de consumo.

O que nos faz refletir sobre a

necessidade de ampliar nossa compreensão sobre as formas concretas com que somos diariamente informados, os modos como nossas emoções são mobilizadas, as estratégias de construção de sentidos na TV, sobre a sociedade mais ampla, a vida social e política deste país, comportamentos e valores, sentimentos e prazeres. O ato de olhar criteriosamente a TV remete a um trabalho possível (e necessário) em relação a ultrapassar as chamadas evidências, a ir além do que nos é dado ver de imediato (Fischer, 2002).

A escassez de espaços públicos para o lazer também foi levantada durante as entrevistas. É importante lembrar que ao jovem também é atribuído o direito à cultura e ao lazer, mas nem todos podem usufruir desse direito, pois “num quadro de profundas restrições orçamentárias tanto das famílias como do Estado, a cultura e o lazer são frequentemente vistos como algo supérfluo ou mesmo privilégio de poucos” (Brenner; Dayrell; Carrano, 2005: 210).

Para os jovens, “a diversão, principalmente a realizada com amigos, é atividade central do tempo livre, mas muitos sofrem as limitações de acesso e possibilidades de escolhas para gozar uma amplitude e qualidade maior neste campo, por falta de dinheiro, de equipamentos, por controle dos pais” (Abramo, 2005: 67).

Brenner, Dayrell e Carrano (2005: 210) afirmam que “é preciso favorecer o acesso a espaços, equipamentos, instituições e serviços de cultura e lazer que alarguem as possibilidades culturais de escolha no tempo livre para todos os jovens brasileiros”.

A preocupação dos jovens com a violência pode ser confirmada com a pesquisa do Projeto Juventude. Essa pesquisa revela que entre as mudanças priorizadas pelos jovens a que mais se destaca é “acabar com a violência (40%)”, seguida de “acabar com a miséria, pobreza e fome (30%)” e “mudar as condições de trabalho ou emprego (30%)” (Singer, 2005: 30). Ainda mais para os que residem nos bairros pobres ou de periferia, como foi mencionado pelos trabalhadores, que são “submetidos a poderes locais que se impõem e se reproduzem pelo uso direto da violência” (Fernandes, 2004: 262).

Os resultados deste estudo revelam ainda que, entre os trabalhadores de saúde, pode-se observar também uma compreensão mais restrita da juventude.

A gravidez e a sexualidade na juventude foram vistas sob um prisma moralista. A segunda gravidez foi “criminalizada” quando tratada como gravidez “reincidente”. Parece que, mesmo com o avanço do ECA, “reconhecendo que as crianças e os adolescentes possuem interesses próprios, muitas vezes conflitantes com os interesses de seus familiares ou responsáveis legais”, o Código de Menores, que fazia “a divisão entre situação regular e irregular”, ainda está arraigado, mesmo que inconscientemente, em algumas pessoas. (Pirotta; Pirotta, 2005: 85)

A sexualidade do jovem foi vista como precoce. Talvez porque

[...] a criação de leis específicas de proteção às crianças e aos adolescentes desde sua gênese tem ocorrido sob o crivo da noção de inocência infantil e da busca da preservação de tal inocência pelo tempo mais longo possível. Observe-se que a idéia de inocência está intimamente ligada à moral sexual. (Pirotta; Pirotta, 2005: 82)

E apesar dos avanços sociais e científicos do século XX, o olhar sobre a infância e a adolescência, no que diz respeito à sua sexualidade ainda é de repressão. Pode-se observar no próprio ECA, pois conforme Pirotta e Pirotta (2005: 88) o estatuto “adota, nessa área, uma postura próxima ao senso comum, que entende correto reprimir a sexualidade adolescente sob a égide da moral sexual herdada do século XIX vitoriano.”

Durante as entrevistas, se notou que algumas falas associavam a juventude à gravidez ou à sexualidade. Além disso, alguns entrevistados relataram que os jovens iniciam sua vida sexual e engravidam precocemente.

“A idéia de que os adolescentes estão numa fase de transição, que têm responsabilidades parciais pelos seus atos e que os adultos são seus tutores, traduz-se em adultos tutores inclusive da sexualidade desses adolescentes” (Pirotta; Pirotta, 2005: 88).

Há de se lembrar que “a vivência da experiência juvenil [...] [adquiriu] sentido em si mesma e não mais somente como preparação para a vida adulta” (Abramo, 2005: 43). Assim, é necessário saber de quem estamos falando, sem esquecer que cada jovem pode fazer opções que, dependendo de sua cultura, dos seus valores, da sua inserção social e econômica, podem ou não ser precoces.

A obrigatoriedade das escolhas nessa fase, no entanto, não é, necessariamente, acompanhada pelo amadurecimento psicossocial dos jovens, que na maior parte dos casos não dispõem de informações e experiência suficientes para fazer opções de vida que irão repercutir em seu futuro. O amadurecimento psicossocial é diferenciado de acordo com o estrato social em que estão inseridos. Nas camadas de renda mais baixas, podem ser “precocemente” impostas tarefas e responsabilidades para as quais não estão, necessariamente, preparados para assumir. Isso, por sua vez, pode antecipar características próprias da vida adulta, tais como a inserção no mercado de trabalho, o provimento parcial ou total do seu sustento e a constituição de família. Por outro lado, certos indivíduos de segmentos sociais de renda mais elevada podem atingir a idade adulta sem terem assumido papéis a ela associados: inserção no mercado de trabalho, autonomia financeira e constituição de família. Em muitos

casos, prolongam a sua permanência na escola e na casa dos pais. (Camarano et al., 2004: 06-07).

De fato, ainda hoje, persiste a idéia de que o adulto é o tutor de todos os atos dos adolescentes, inclusive dos atos pelos quais podem e devem ser responsáveis, como por exemplo, sua sexualidade.

O Programa de Atenção à Saúde do Adolescente – PRO-ADOLESC – reitera que além dos problemas físicos para a jovem e para o bebê, a gravidez na adolescência pode trazer conseqüências psicossociais como a

evasão escolar, pois muitas adolescentes não completam o ensino médio, ocorrendo a exclusão dessa população do ensino superior. Isso acaba por provocar um ingresso precoce no mercado de trabalho, diminuindo as chances de crescimento profissional, de ocupar posições de maior prestígio e remuneração, de acesso às atividades culturais e científicas que demandam educação formal (Secretaria Municipal da Saúde, 2006).

A percepção dos trabalhadores com relação ao processo saúde-doença também foi analisada e se mostrou abrangente. Embora não apontem uma definição organizada do processo saúde-doença, os problemas sociais e as formas de trabalhar e de viver das pessoas foram considerados, ainda que sem uma hierarquia estabelecida.

Os trabalhadores de saúde entrevistados têm poucos espaços e disponibilidade para refletir sobre o processo de trabalho. Almeida (2000) revela em sua dissertação que a capacitação promovida aos funcionários da prefeitura pelo projeto Larga Escala proporcionou uma capacitação de ordem muito mais técnica do que política. Aguiar (2001), quando analisa as transformações no trabalho e na vida dos atendentes de enfermagem que se qualificaram como auxiliares, também mostra a predominância de uma formação técnica em detrimento da política.

O que esses trabalhos demonstram é uma tendência na área da saúde, particularmente, na enfermagem, para capacitar tecnicamente para o trabalho, em

detrimento de uma capacitação que proporcione também formação política. A ausência do componente político pode conduzir a alienação no trabalho.

A alienação dos profissionais capacitados, verificada por Almeida (2000) e Aguiar (2001), também é ressaltada por Bujdoso et al. (2007), que, nos resultados de suas dissertações, verificaram que os agentes do processo de trabalho não se apropriam do objeto. Atentam para a superação dessa alienação através da formação e aperfeiçoamento dos sujeitos para que dominem objeto, finalidade e instrumentos do processo de trabalho.

Os trabalhadores lembram que a educação encontra-se na base dos problemas dos jovens.

De fato, na década de 90 houve uma desqualificação da escola pública, o que é ratificado por Frigotto (2004) e Sposito (2005).

Sposito (2005: 96-113) reitera que na década de 90 foi constatado

um movimento de reordenação do sistema educativo, observado nas duas gestões de Fernando Henrique Cardoso, atingindo os mecanismos de financiamento do ensino público, provocando alterações curriculares e medidas de correção de fluxo, visando atenuar as reprovações e evasões, em um quadro inalterado de recursos destinados à educação.

A autora afirma que há uma crise da escola e os jovens enfrentam dificuldades “para assimilar os conteúdos escolares em condições de extrema precariedade da rede de ensino, sobretudo a pública”.

Porém, a afirmação de que a qualidade de ensino tem diminuído não pode ser generalizada, pois em contrapartida, a pesquisa realizada pelo Projeto Juventude revela que, “se as relações entre a escola e os jovens não podem ser consideradas excelentes, também não são de todo insatisfatórias para a maioria” (Sposito, 2005: 112).

Mas para Pochmann (2004: 225), “o Brasil encontra-se ainda defasado, com sistema educacional inadequado para a maioria dos jovens, não permitindo que todos completem o ensino médio”.

É importante salientar que a escola não tem a “capacidade de gerar nem garantir emprego” (Frigotto, 2004: 211), além disso, é necessário reconhecer que há limites no impacto que a instituição escolar tem sobre a vida dos jovens, “sobretudo nos benefícios de uma provável inserção no mundo do trabalho” (Sposito, 2005: 123). Atualmente, “o trabalho deixa de ser um mecanismo central de inserção e inclusão social do indivíduo” (Cohn, 2004: 177).

Vale lembrar que, além da escola, a contribuição dos pais é de fundamental importância para a educação de seus filhos. Os trabalhadores também se manifestaram quanto a esse assunto e chamaram a atenção para o fato dos pais tentarem ignorar o que se passa com os filhos e alertaram que é importante ficarem atentos e, acima de tudo, iniciarem a educação de seus filhos.

Outro assunto discutido nessa pesquisa é como o setor saúde percebe os seus problemas. De maneira geral se nota que os trabalhadores do setor saúde se sentem inadequados, ou inseguros e/ou despreparados para trabalhar, ou sem respaldo, ou ainda, sentem-se alienados e/ou adaptados às condições de trabalho oferecidas.

Os trabalhadores relataram que se sentem sem rumo e que realizam as práticas como é possível fazer, de acordo com a estrutura física do seu local de trabalho e do número de trabalhadores que atuam no serviço. Alguns demonstraram descrédito e outros pareciam estar acomodados ou acostumados com a atual situação da estruturação do serviço.

Além da estruturação da área física e do número de trabalhadores do serviço, alguns entrevistados acreditam que com o apoio e o respaldo do serviço onde atuam, juntamente com a parceria do trabalho intersecretarial pode ser possível realizar um trabalho assíduo e contínuo com a juventude.

A escola foi um dos locais citados pelos trabalhadores para se realizar um trabalho em parceria. Soares, Ávila e Salvetti (2000) falam da importância do trabalho intersetorial com a escola e da necessidade de ampliação dos espaços de lazer para o jovem.

As práticas específicas para a juventude são desenvolvidas ou por iniciativa do trabalhador, por ter alguma afinidade com essa população; ou devido a programas pontuais como o Programa Escola Promotora de Saúde²¹, quando o profissional de saúde é cobrado para ir até a escola para realizar alguma atividade educativa com os alunos; ou ainda de acordo com a necessidade do serviço. Apesar da boa vontade de alguns trabalhadores, a prática é realizada sem o conhecimento das necessidades de saúde da juventude que dela participa.

Os trabalhadores que realizam atividades com jovens atuam entre 1 ano e meio a 25 anos, o que não demonstra uma tendência da realização da prática com relação ao tempo de trabalho de quem a realiza. Embora todos tenham referido ter participado de alguma capacitação sobre a juventude, relatam, muitas vezes, se sentir despreparados para realizar alguma atividade.

²¹ O programa é resultado de uma parceria com a Secretaria Municipal de Saúde e universidades da cidade de São Paulo (Unisa, Uninove, FMU, Unifesp, São Judas, São Marcos, São Camilo, Fisp, São Marcos, Unib e Anhembi Morumbi). Tem como objetivo educar para uma vida mais saudável, fazendo da escola um centro promotor de saúde. A 1ª Semana de Promoção de Saúde nas Escolas foi promovida pela Secretaria Municipal de Educação de 09 a 13 de maio de 2005.

Há trabalhadores que acreditam que a prática pode ser realizada no próprio serviço, mas colocam como obstáculo a falta de espaço físico. Em contrapartida, outros vêem como ideal realizar a prática fora do local de trabalho porque percebem que o serviço de saúde não é um lugar adequado para a juventude. Também relataram a falta de espaço físico, porém encontram dificuldades para conseguir a liberação da chefia para sair do serviço devido à cobrança de produtividade, que é realizada através do número de atendimentos que o trabalhador realiza. Além disso, alguns trabalhadores têm receio de sair do seu local de trabalho para realizar essas atividades e sofrer um acidente de trabalho, deixando transparecer que desconhecem as leis trabalhistas²².

Em sua dissertação, Pereira (2005) fez um estudo dos relatos de experiência produzidos por enfermeiros brasileiros no período de 1988 a 2003 e relacionou 46 trabalhos de educação em saúde. Desses, quatorze tinham como sujeito exclusivamente o adolescente e dois o tinham como um dos sujeitos do trabalho, totalizando dezesseis (34,78%). Todas essas experiências educativas foram realizadas fora da estrutura física do serviço de saúde.

Nos serviços onde não há prática específica para a juventude, os trabalhadores reconhecem que há necessidade de haver essa prática, porém isso não é discutido no serviço. Afirmam que não há apoio do serviço para a implementação da prática e acreditam que isso pode ser superado com a participação da população, do governo e dos trabalhadores do serviço.

²² Conforme a lei 8213 de 24/07/1991, que dispõe sobre os planos de benefícios da previdência social, define o acidente de trabalho no artigo 19 e deixa claro no artigo 21, inciso IV, itens a e b que equiparam-se também ao acidente de trabalho:

“o acidente sofrido pelo segurado ainda que fora do local e horário de trabalho:

a) na execução de ordem ou na realização de serviço sob a autoridade da empresa;

b) na prestação espontânea de qualquer serviço à empresa para lhe evitar prejuízo ou proporcionar proveito.”

Alguns trabalhadores que participaram de capacitação para trabalhar com a juventude acreditam que ela não foi o suficiente para o seu aprimoramento para desenvolver práticas específicas para esse segmento. Provavelmente porque, conforme Peduzzi et al. (2006), as condições de trabalho podem ser consideradas primordiais com relação à capacitação do trabalhador para o desempenho profissional.

Com isso, o que preocupa é o fato dos trabalhadores terem sido enfáticos no que se refere às condições de trabalho da região, que foram consideradas inadequadas, o que pode se refletir num baixo desempenho profissional.

Os trabalhadores também reclamaram da falta de respaldo do serviço de saúde, mas eles não são os únicos. Em sua dissertação, Trapé (2005) constatou que alguns agentes comunitários de saúde do Programa Saúde da Família da região Oeste do município de São Paulo sentiam falta de apoio para o trabalho.

Também dizem que o contrato de trabalho e principalmente a carga horária não são cumpridos por alguns trabalhadores, o que dificulta o desenvolvimento das práticas no serviço e ao invés de ser visto como transformação das condições de saúde, o trabalho parece mais ser um “cabide de emprego”.

Existem, convivendo no mesmo local de trabalho, trabalhadores com diferentes vínculos trabalhistas, ganhando salários diferentes para realizar as mesmas tarefas, o que pode acarretar problemas. Para Baraldi (2005), a implementação de políticas neoliberais tem induzido e fortalecido a flexibilização das relações de trabalho, inclusive no setor saúde, o que torna o trabalhador desprovido de proteção social.

A implementação de atividades voltadas para os jovens concorre com a demanda - usuários portadores de doenças crônicas degenerativas e transmissíveis, além de crianças e gestantes - dos programas municipais de saúde estabelecidos, que devem ser cumpridos e que ocupam toda a carga horária de trabalho.

Os trabalhadores também resgataram o fato do Plano de Atendimento à Saúde (PAS) ter causado um desmantelamento da saúde quando da sua implementação, que ocorreu no primeiro semestre de 1996. O PAS tinha como finalidade a mudança do modelo de gestão para maior eficiência do atendimento de saúde, o que envolveu o destino profissional de doze mil trabalhadores da saúde que atuavam no município de São Paulo e não aderiram ao PAS. Esses trabalhadores que não pactuavam com o novo modelo de gestão foram transferidos, muitos para outras Secretarias que não a da Saúde, ocupando até mesmo outras funções. Com isso, houve um retardo na organização política do setor saúde no município de São Paulo, aumentando a desarticulação entre os governos (Matsumoto, 1999).

Essa desarticulação parece vigorar ainda hoje, pois como se pode constatar, os programas de saúde federal e estadual, específicos para a juventude, não foram implementados. Para o PROSAD ser implementado em nível distrital, é necessário que os coordenadores de programa avaliem as necessidades de sua realidade (Ministério da Saúde, 1993).

O programa de saúde atual do município de São Paulo voltado para o adolescente, o PRO-ADOLESC, objetiva promover a atenção integral à saúde de adolescentes de 10 a 19 anos, excluindo assim a faixa etária de 20 a 24 anos. O que contradiz a portaria municipal 527, de 20/08/04, que determina, além de outras

coisas, que deve ser garantido aos adolescentes e jovens (10 a 24 anos) o direito à atenção integral à sua saúde.

Uma das necessidades levantadas pelo próprio programa para sua implementação é a estrutura física. No PRO-ADOLESC (Secretaria Municipal da Saúde, 2006) diz que será necessário:

- ✓ “Otimizar e aproveitar a estrutura física existente em cada unidade, criando ou adaptando ambientes onde os adolescentes sintam-se mais à vontade.”
- ✓ “Garantir espaço físico, na Unidade ou em instituição parceira próxima da UBS, para a realização de grupos com adolescentes.”

Outra necessidade levantada pelo PRO-ADOLESC foi a de captação dos adolescentes através de divulgação interna na unidade, visitas domiciliares, divulgação na comunidade e parcerias institucionais. Alguns exemplos dados, como utilizar cartazes na unidade de saúde divulgando os serviços e salientar a importância dos adolescentes participarem das atividades educativas e das consultas individuais, demonstram como os profissionais que atuam na “linha de frente” são ignorados pelos níveis superiores de governo.

Os profissionais entrevistados vêem na estrutura física das unidades de saúde uma das maiores dificuldades para se realizar atividades com jovens no serviço, o que no mínimo questiona a proposição do PRO-ADOLESC de aproveitar essa estrutura “criando ou adaptando ambientes onde os adolescentes sintam-se mais à vontade”. Eles também falam, por experiência própria, que não adianta colar cartazes para atrair os adolescentes - é necessário inovar, ser criativo - e muito menos realizar

busca ativa extra-muros de adolescentes se eles encontram-se sufocados pela demanda dos programas em funcionamento.

Na verdade, as poucas práticas de saúde realizadas para a juventude nas unidades da Supervisão Técnica de Saúde Butantã dizem respeito às diretrizes governamentais que direcionam o atendimento da juventude a, basicamente, gravidez, DST/Aids, drogas e violência.

Em sua dissertação, Navarro (2001) conclui que o adolescente está excluído das políticas públicas de saúde e afirma que é necessário que o tema passe a fazer parte das agendas governamentais e que se identifiquem caminhos para eliminar essa brecha, considerando os problemas específicos dessa faixa etária.

Alguns entrevistados percebem certo descaso do serviço público para com a saúde do adolescente. Se preocupam com as mudanças de governo, pois a cada gestão as prioridades mudam e o que era prioridade para o antigo governo, não é mais para aquele que o sucede.

Essa condição de descaso é ratificada por outros estudos. Em sua tese, Soares (1997) relata que são poucos os programas de prevenção de drogas e faz notar a descontinuidade e o casuísmo dos projetos de prevenção. Esses poucos programas de prevenção têm suas limitações e não conseguem atingir ou atingem pouco o usuário de drogas lícitas e/ou ilícitas. Um dos motivos do insucesso é a ênfase exclusiva do lado negativo do uso da droga, ocultando as sensações e prazeres por ela produzidos.

Carvalho (2006, 171) ressalta que “a quantidade de programas muitas vezes não é tão significativa, quanto ao número de jovens contemplados pelos programas”, o que retifica “a alusão de que as políticas públicas de juventude vêm crescendo nos últimos anos no Brasil.”

Não basta colocar a temática da juventude na pauta das agendas governamentais e na representação dos gastos públicos se isto não subentende uma política pública de juventude que se efetiva no plano da práxis, pois “frente a projetos bem elaborados no ‘papel’, nos deparamos com a pouca efetividade desta ‘política’”. (Carvalho, 2006: 171)

Pirotta et al. (2006)²³ acrescenta que há muito que avançar com relação às políticas públicas, ressaltando os direitos sexuais e reprodutivos.

²³ Em prelo. Pirotta KCM et al. Educação sexual na escola e direitos sexuais e reprodutivos. Boletim do Instituto de Saúde (São Paulo) dez. 2006.

CONCLUSÕES

8 CONCLUSÕES

Este estudo partiu do pressuposto que as práticas de saúde específicas para a juventude na Supervisão Técnica de Saúde do Butantã estão distantes daquilo que é preconizado pelo SUS e pelo ECA e que os programas de saúde para a juventude, embora propostos nas esferas federal, estadual e municipal, encontram barreiras na sua implementação em âmbito distrital e local, o que de fato foi comprovado.

Dessa forma, mostrou-se metodologicamente adequado para responder aos objetivos a que se propôs, na medida em que permitiu apreender do material empírico as categorias que responderam aos objetivos específicos traçados pela pesquisa.

Assim, foi possível identificar as práticas de saúde específicas para a juventude com os trabalhadores da rede básica de serviços de saúde da Supervisão Técnica de Saúde Butantã – São Paulo. Dos quatorze serviços que participaram da pesquisa, apenas sete promoviam alguma prática de saúde específica para a juventude, o que é de se estranhar pelo fato do local de estudo pesquisado ser um distrito escola. Em geral, essas práticas são pontuais e de natureza casuística. Os trabalhadores que a realizam, o fazem por iniciativa própria, por ter alguma afinidade com essa população; ou devido a programas pontuais, como o Projeto Escola Promotora de Saúde; ou ainda de acordo com a necessidade do serviço. Apesar da boa vontade de alguns trabalhadores, tais atividades são realizadas sem o levantamento prévio das necessidades de saúde da juventude a quem se destina. Os serviços que não desenvolvem práticas reconhecem que há necessidade de realizá-las e acreditam que seja possível concretizá-las através de parcerias inter-secretariais, com o apoio da população, dos trabalhadores e dos gestores do serviço.

Analisando a tendência dessas práticas frente às políticas públicas brasileiras voltadas para a juventude, em especial aos programas de saúde (federal, estadual e municipal) da juventude, obteve-se como resultado a ausência de um sistema de referência uniforme entre os serviços de saúde da rede básica. O programa municipal – PRO-ADOLESC –, recentemente formulado no município de São Paulo, está em fase de implementação, o que traz a expectativa de um avanço do trabalho dos serviços de saúde com a juventude. Em contrapartida, a alocação das questões da saúde do jovem na Área Técnica de Saúde da Criança e do Adolescente – proposta pela atual administração municipal – pode significar um retrocesso em relação à definição mais ampliada alcançada na administração municipal anterior, que desenvolveu uma área técnica específica para a juventude.

Os trabalhadores demonstram basear-se em conceitos ampliados do processo saúde-doença – aproximando-se daquele adotado pela saúde coletiva, que considera estar na raiz dos problemas dos jovens as formas de trabalhar e de viver dos indivíduos/famílias e grupos sociais - mesmo que de forma desorganizada ou não hierarquizada. Porém, a penetração do conceito da determinação social do processo saúde-doença – caro à saúde coletiva – parece não repercutir em práticas coerentes nos serviços de saúde que adotam práticas da saúde pública tradicional. Talvez isso ocorra devido à falta de espaço para discussão ou de tempo para ser criativo, desenhando programas a partir de necessidades identificadas em cada território, como os próprios trabalhadores reconheceram.

Em geral, conceituam a juventude não como puberdade ou como um modelo cristalizado de adolescente, mas sim tomando em consideração as diferentes inserções de classe, caracterizando o jovem de periferia como à deriva, sem o

monitoramento das agências de socialização, sem perspectiva de futuro. Além disso, ao discutir os problemas sociais da juventude, fazem um apanhado no qual consideram as inserções de classes e o contexto histórico, retomando o conceito de processo saúde-doença próprio da saúde coletiva. Chamam a atenção para a oportunidade de inserção no mundo do trabalho, que é diferenciada, a depender da classe social que o jovem pertença, da sua família e de outras agências socializadoras, como a escola e a mídia, para o seu desenvolvimento social, além da necessidade de espaços públicos que promovam cultura e lazer.

A partir deste estudo se coloca um desafio a ser tomado pelos distritos de saúde do município de São Paulo, em especial pela Supervisão Técnica de Saúde Butantã; o de reconhecer as necessidades de saúde da juventude residente em sua área de abrangência, tomando-as sob a visão da saúde coletiva, ou seja, respeitando a concepção da determinação social do processo saúde-doença, para que definitivamente se possa implementar um programa de saúde. Assim como coloca Cohn (2004: 177)

é necessário que se busque reconhecer as juventudes presentes e vivenciadas em nossa realidade, e ao fazê-lo confirmar a legitimidade de suas demandas e necessidades, vale dizer, sua legitimidade enquanto sujeitos sociais que vivem experiências ainda não institucionalizadas pelo Estado.

Além disso, é imprescindível o apoio dos gestores dos vários níveis de governo e principalmente das chefias imediatas dos trabalhadores que realizam as práticas de saúde.

Este trabalho aponta para uma expectativa de implementação de um programa de saúde específico para a juventude em âmbito distrital e local, que dê respaldo aos trabalhadores e promova a ampliação da oferta de práticas específicas assíduas e contínuas, considerando o jovem como sujeito da ação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abad M. Crítica política das políticas de juventude. In: Freitas MV de, Papa F de C, organizadoras. Políticas públicas: juventude em pauta. São Paulo: Cortez; 2003. p. 13-32.

Abduch C, Monteleone MLA. Programa de atenção integral à saúde do adolescente: a estrutura grupal como instrumento de prevenção. São Paulo; 2004. [citado 2007 fev. 3]. Disponível em: <http://www.pcs.org.br/livros/politicaspUBLICAS/mesa7.pdf>

Abduch C. Grupos operativos com adolescentes. In: Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde; 1999. p. 289-300.

Abramo HW, Freitas MV, Sposito MP, organizadoras. Juventude em debate. São Paulo: Cortez; 2000.

Abramo HW. Condição juvenil no Brasil contemporâneo. In: Abramo HW, Branco PPM, organizadores. Retratos da juventude brasileira: análises de uma pesquisa nacional. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2005. p. 37-72.

ADOLEC – Saúde na Adolescência [base de dados na Internet]. São Paulo: Bireme; [s.d.]. [citado 2006 out. 21]. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&base=ADOLEC&lang=p>

Agnelo DGM. Juventude e religiosidade. In: Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde; 1999. p. 57-62.

Aguiar ZN. A qualificação dos atendentes de enfermagem: transformações no trabalho e na vida [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2001.

Almeida A H. A incorporação dos princípios e das diretrizes do Sistema Único de Saúde aos cursos de formação do auxiliar de enfermagem: o Projeto Larga Escala no período de 1989 a 1992 [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2000.

Alvarez AMS. A resiliência e a história de vida de jovens moradores de rua: a família, os amigos, o sentido da vida. In: Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde; 1999. p. 109-116.

Alves AJ. Meninos de rua e meninos da rua: estrutura e dinâmica familiar. In: Cervini R, Fausto A, organizadores. O trabalho e a rua: crianças e adolescentes no Brasil urbano dos anos 80. São Paulo: Cortez; 1992. p. 117-127.

Ariès P. História social da criança e da família. 2ª ed. Rio de Janeiro: Zahar; 1981.

Ávila GIG. Políticas públicas e programas de saúde para o adolescente latino-americano: a enfermagem nos casos de Brasil e Colômbia [tese]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery; 1999.

Ayres JRCM, França-Júnior I. Saúde do adolescente. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, organizadores. Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec; 1996. p. 66-85.

Baeninger R. Demografia da população jovem. In: Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde; 1999. p. 19-29.

Baptista MV, Valença MM, Pezoti RH. Criança e adolescente: Conselho Municipal. São Paulo: Instituto Pólis; 2002. (Série Cadernos do observatório dos direitos do cidadão, 7).

Baraldi S. Supervisão, flexibilização e desregulamentação no mercado de trabalho: antigos modos, novas incertezas nos vínculos de trabalho da enfermagem [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.

Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1977.

Berquó E. Prefácio. In: Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde; 1999. p. 15-18.

Bezerra Júnior B. Solidariedade contra violência. In: Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde; 1999. p. 136-146.

Bezerra VC, Linhares ACB. A família, o adolescente e o uso de drogas. In: Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde; 1999. p. 184-196.

Bilac ED. Família: algumas inquietações. In: Carvalho, MCB, organizadora. A família contemporânea em debate. São Paulo: Cortez; 1997. p. 29-38.

Borges ALV. Adolescência e vida sexual: análise do início da vida sexual de adolescentes residentes na zona leste do município de São Paulo [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2004.

Branco PPM. Juventude e trabalho: desafios e perspectivas para as políticas públicas. In: Abramo HW, Branco PPM, organizadores. Retratos da juventude brasileira: análise de uma pesquisa nacional. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2005. p. 129-148.

Brasil. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado; 1988.

Brasil. Lei n. 8213 de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Disponível em: www.guiatrabalhista.com.br/legislacao/lei8213.htm

Brenner AK, Dayrell J, Carrano P. Culturas do lazer e do tempo livre dos jovens brasileiros. In: Abramo HW, Branco PPM, organizadores. Retratos da juventude brasileira: análise de uma pesquisa nacional. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2005. p. 175-214.

Bujdoso YLV, Trapé CA, Pereira EG, Soares CB. A academia e a divisão social do trabalho na enfermagem no setor público: aprofundamento ou superação? Rev Ciência e Saúde Coletiva [periódico na Internet. 2007 [citado 2007 fev. 03]; (16): [cerca de 5 p]. Disponível em: http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=442

Calipo SM. Saúde, estado e ética – NOB/96 e lei das organizações sociais: a privatização da instituição pública na saúde? [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2002.

Camarano AA, Mello JL, Pasinato MT, Kanso S. Caminhos para a vida adulta: as múltiplas trajetórias dos jovens brasileiros. In: Texto para discussão n° 1038. Rio de Janeiro; 2004. [citado 2007 fev. 14]. Disponível em: <http://cnpq.mp.rs.gov.br/areas/infancia/arquivos/caminhos.pdf>

Campbell G. Acne: o problema de pele mais comum na juventude. In: Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde; 1999. p. 258-267.

Campos CMS. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil (os moradores) e do Estado (os trabalhadores de saúde) [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2004.

Campos M, Sousa V. O voluntariado como forma de protagonismo juvenil. In: Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde; 1999. p. 80-85.

Cannon LRC, Bottini BA. Saúde e juventude: o cenário das políticas públicas no Brasil. In: Comissão Nacional de População e Desenvolvimento. Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas. Brasília: CNPD; 1998. 1 v. p. 397-419.

Capozzolo AA, Pedro EEKOP, Santos GER, Tubone MM, Figueira Júnior N, organizadores. 1º Caderno de apoio ao acolhimento: orientações, rotinas e fluxos sob a ótica do risco/vulnerabilidade. In: Marques AP, Silveira P, Guise R, Cappellini S. Área temática saúde do adolescente. São Paulo: SP; 2004.

Caridade A. O adolescente e a sexualidade. In: Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde; 1999. p. 206-212.

Carvalho GCA de. Juventude e políticas públicas: mero destaque na agenda pública ou garantia de direitos? Rev Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC ago/dez. 2006; 2, 2 (4): 163-75.

Carvalho MCB. A priorização da família na agenda política social. In: Carvalho, MCB, organizadora. A família contemporânea em debate. São Paulo: Cortez; 1997. p. 11-21.

Chaves Júnior EO. Políticas de juventude: revolução histórica e definição. In: Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde; 1999. p. 41-48.

Chizzotti A. Pesquisa em ciências humanas e sociais. 5ª ed. São Paulo: Cortez; 2001. 16 v. (Série 1 – Escola).

Cohn A. O modelo de proteção social no Brasil: qual o espaço da juventude? In: Vannuchi P, Novaes R, organizadores. Juventude e sociedade: trabalho, educação, cultura e participação. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2004. p. 160-179.

Coordenadorias regionais de saúde e supervisões técnicas de saúde. Disponível em: http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/organizacao/0009/SupervisaoTecnica_CoordRegional_0610.pdf

Costa ACG. O adolescente como protagonista. In: Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde; 1999. p. 75-79.

Costa JF. Perspectivas da juventude na sociedade de mercado. In: Vannuchi P, Novaes R, organizadores. Juventude e sociedade: trabalho, educação, cultura e participação. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2004. p. 75-88.

Cunha LMVR, Pinto MPP. O programa de atenção à saúde do adolescente: a experiência interdisciplinar de atenção básica desenvolvida pela Universidade de Uberaba. 2005. [citado 2006 nov. 18]. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php>

Cury MCFS. Apresentação. In: Françoso LA, Mauro AMMF. Manual de atenção à saúde do adolescente. São Paulo: Uni Repro; 2006. p. 14.

Demartini ZBF. A questão da análise no processo de pesquisa. In: Lang ABSG, organizadora. Desafios da pesquisa em ciências sociais. São Paulo: CERU; 2001. p. 49-72. (Textos, Série 2, n.8).

Diaz J, Diaz M. Contracepção na adolescência. In: Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde; 1999. p. 249-257.

Eisenstein E, Souza RP, organizadores. Situações de risco à saúde de crianças e adolescentes. Petrópolis: Vozes; 1993.

Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Brasil. [citado 2007 fev. 03]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L8069.htm>

Faria SC. Jovens e adolescentes na agenda 21. In: Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde; 1999. p. 49-56.

Fernandes RC. Segurança para viver: propostas para uma política de redução da violência entre adolescentes e jovens. In: Vannuchi P, Novaes R, organizadores. Juventude e sociedade: trabalho, educação, cultura e participação. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2004. p. 260-274.

Fernando Sabino. Certeza. [poesia na Internet]. [citado 2007 abr. 30]. Disponível em: <http://www.aindamelhor.com/poesias17.htm>

Ferrari RAP, Thomson Z, Melchior R. Atenção à saúde dos adolescentes: percepção dos médicos e enfermeiros das equipes da saúde da família. Cad Saúde Pública 2006; 22(11): 2491-95.

Fischer RMB. Mídia e juventude: experiências do público e do privado na cultura. Educação e pesquisa [periódico na Internet]. 2005 [citado 2007 fev. 03]; 25 (65): [cerca de 16 p]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-32622005000100004&lng=pt&nrm=iso

Fischer RMB. O dispositivo pedagógico da mídia: modos de educar na (e pela) TV. Educação e pesquisa [periódico na Internet]. 2002 [citado 2007 fev. 03]; 28 (1): [cerca de 13 p]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-97022002000100011&lng=pt&nrm=iso

Foracchi MM. A juventude na sociedade moderna. São Paulo: Pioneira; 1972.

Fortes PAC, Sacardo DP. Ética na assistência à saúde do adolescente e do jovem. In: Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde; 1999. p. 147-161.

Frigotto G. Juventude, trabalho e educação no Brasil: perplexidades, desafios e perspectivas. In: Vannuchi P, Novaes R, organizadores. Juventude e sociedade: trabalho, educação, cultura e participação. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2004. p. 180-216.

Fundação SEADE (Sistema Estadual de Análise de Dados). Grupos de Vulnerabilidade Juvenil: Distritos do Município de São Paulo, 2000 [texto na Internet]. São Paulo; 2000. [citado 2005 out. 3]. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/ivj/index.php?tip=pri>

Fundação SEADE. Índice de Vulnerabilidade Juvenil [texto na Internet]. São Paulo. [citado 2005 out. 3]. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/ivj/>

Fundação SEADE. Taxa de fecundidade, por idade, do Município de São Paulo. [texto na Internet]. São Paulo. [citado 2005 out. 3]. Disponível em: http://www.seade.gov.br/produtos/msp/dem/fec_004.htm

Goldfarb LCS. Estudos em adolescentes e jovens. In: Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde; 1999. p. 162-172.

Grosso LA. Juventude: ensaios sobre sociologia e história das juventudes modernas. Rio de Janeiro: Difel; 2000.

Guimarães NA. Trabalho: uma categoria-chave no imaginário juvenil? In: Abramo HW, Branco PPM, organizadores. Retratos da juventude brasileira: análise de uma pesquisa nacional. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2005. p. 149-174.

Gunther IA. Adolescência e projeto de vida. In: Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde; 1999. p. 86-92.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2000 [homepage na Internet] [citado 2005 out. 03]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/>

Krischke PJ. Questões sobre juventude, cultura política e participação democrática. In: Abramo HW, Branco PPM, organizadores. Retratos da juventude brasileira: análise de uma pesquisa nacional. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2005. p. 323-350.

Lapassade G. A entrada na vida. Lisboa: Edições 70, 1975.

Lassance A. Brasil: jovens de norte a sul. In: Abramo HW, Branco PPM, organizadores. Retratos da juventude brasileira: análise de uma pesquisa nacional. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2005. p. 73-86.

Lefèvre F. Direito à educação e direito à saúde no Estatuto da Criança e do Adolescente: da letra morta à letra viva. Rev Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano (São Paulo) 1992; 2 (1): 47-57.

Luz MTM, Silva RC. Vulnerabilidade e adolescências. In: Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde; 1999. p. 93-96.

Marques LF, Doneda D, Serafin D. O uso indevido de drogas e a aids. In: Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde; 1999. p. 173-183.

Matsumoto NF. A operacionalização do PAS de uma unidade básica de saúde do município de São Paulo, analisada sob o ponto de vista das necessidades de saúde [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1999.

Medrado B, Lyra J. A adolescência “desprevenida” e a paternidade na adolescência: uma abordagem geracional e de gênero. In: Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde; 1999. p. 230-248.

Mello SL. Família: perspectiva teórica e observação factual. In: Carvalho, MCB, organizadora. A família contemporânea em debate. São Paulo: Cortez; 1997. p. 51-60.

Minayo MCS, Fraga PCP, Assis SG de, Souza ER de, Deslandes SF, Njaine K, et al. Políticas sociais para jovens no Rio de Janeiro: cadastro e análise de casos. 20 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.

Minayo MCS, organizadora. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 13 ed. Rio de Janeiro: Vozes; 1999.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. 4 ed. São Paulo, Hucitec-Abrasco; 1992.

Ministério da Justiça. IV Conferência Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente: pacto pela paz [homepage na Internet]. Brasília [atualizado em nov. 2002; citado 2005 jul. 30]. Disponível em: <http://www.mj.gov.br/sedh/ct/conanda/pacto2.htm>

Ministério da Saúde. A regionalização e a atenção básica: desafios da NOAS-SUS 01/2001 e os instrumentos que oferece para reorganizar o sistema de saúde. Rev Saúde em Família 2002; 11-16.

Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Brasil; 1996.

Ministério da Saúde. Estatuto da criança e do adolescente. Brasília: Brasil; 1991.

Ministério da Saúde. Manual para a Organização da Atenção Básica. Brasília: Brasil; 1999.

Ministério da Saúde. Marco legal. Saúde, um direito de adolescentes. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília : DF; 2005.

Ministério da Saúde. Normas de Atenção à Saúde Integral de Adolescente. Brasília; 1993. 1 v.

Ministério da Saúde. Normas de Atenção à Saúde Integral de Adolescente. Brasília; 1993. 2 v.

Ministério da Saúde. Normas de Atenção à Saúde Integral de Adolescente. Brasília; 1993. 3 v.

Ministério da Saúde. Programa de Atenção Básica - PAB. [homepage na Internet]. Brasília; 1998 [citado 2005 jul. 30]. Disponível em: http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/prog_pab_geral/GM_P3925_98prog_pab.doc

Misoczky MC. A agenda para reformas do banco mundial e a política de saúde: algumas notas para reflexão. Rev Saúde em debate 1995; 47: 4-7.

Montanari PM. Jovens e deficiência: comportamento e corpos desviantes. In: Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde; 1999. p. 97-108.

Muuss R. Teorias da adolescência. 5 ed. Belo Horizonte: Interlivros; 1976.

Navarro AL. O direito à saúde do adolescente: uma avaliação das políticas públicas [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2001.

Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB SUS/96). [citado 2006 out. 26]. Disponível em: http://www.conasems.org.br/Doc_diversos/complementar/NOB96.pdf

Oliveira Júnior M de. Tribuna livre: E agora José?. Conferência Nacional de Saúde. [texto na Internet]. [citado 2006 out. 26]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns>

OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde). Saúde integral do adolescente e do jovem [homepage na Internet]. [citado 2006 nov. 30]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/familia/temas.cfm?id=72&area=Conceito>

Peduzzi M, Anselmi ML, França Júnior I, Santos CB. Qualidade no desempenho de técnicas dos trabalhadores de enfermagem de nível médio. Rev Saúde Pública (São Paulo) 2006; 40 (5): 843-50.

Pereira EG. A participação da enfermagem no trabalho educativo em saúde coletiva: um estudo dos relatos de experiência produzidos por enfermeiros brasileiros no período 1988-2003 [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.

Pirotta WRB, Pirotta KCM. O adolescente e o direito à saúde após a constituição de 1988. In: Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde; 1999: 30-40.

Pirotta WRB, Pirotta KCM. Relações de gênero e poder: os adolescentes e os direitos sexuais e reprodutivos no Estatuto da Criança e do Adolescente. In: Jovens, trajetórias, masculinidades e direitos. São Paulo: Edusp; 2005. p. 75-90.

Pochmann M. Juventude em busca de novos caminhos no Brasil. In: Vannuchi P, Novaes R, organizadores. Juventude e sociedade: trabalho, educação, cultura e participação. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2004. p. 217-241.

Ribeiro RJ. Política e juventude: o que fica da energia. In: Vannuchi P, Novaes R, organizadores. Juventude e sociedade: trabalho, educação, cultura e participação. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2004. p. 19-33.

Ruzany, MH. Mapa da situação de saúde do adolescente no Município do Rio de Janeiro [tese na Internet]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2000 [citado 2007 fev. 03]. Disponível em:

http://portalteses.cict.fiocruz.br/transf.php?script=thes_cover&id=000104&lng=pt&nr=iso

Saggese E, Leite LC. Saúde mental na adolescência: um olhar sobre a reabilitação psicossocial. In: Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde; 1999. p. 197-205.

Santos Júnior JD. Fatores etiológicos relacionados à gravidez na adolescência: vulnerabilidade à maternidade. In: Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde; 1999. p. 223-229.

Santos VL, Santos CE. Adolescentes, jovens e aids no Brasil. In: Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde; 1999. p. 213-222.

Sarti C. O jovem na família: o outro necessário. In: Vannuchi P, Novaes R, organizadores. Juventude e sociedade: trabalho, educação, cultura e participação. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2004. p. 115-129.

Sarti CA. Família e individualidade: um problema moderno. In: Carvalho, MCB, organizadora. A família contemporânea em debate. São Paulo: Cortez; 1997. p. 39-49.

Secretaria Municipal da Saúde. Programa de Atenção à Saúde do Adolescente (PRO-ADOLESC). São Paulo; 2006.

Seixas AH. Abuso sexual na adolescência. In: Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde; 1999. p. 117-135.

Serra ASL, Cannon LRC. Pelo andar se faz um caminho! Uma proposta metodológica de educação em saúde para adolescentes. In: Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde; 1999. p. 276-288.

Sichieri R, Veiga GV. Obesidade na adolescência. In: Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde; 1999. p. 268-275.

Singer P. A juventude como coorte: uma geração em tempos de crise social. In: Abramo HW, Branco PPM, organizadores. Retratos da juventude brasileira: análise de uma pesquisa nacional. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2005. p. 27-36.

Siqueira AAF de, organizador. Estatuto da criança e do adolescente: planilha para operacionalização. São Paulo: Iglu; 1992.

Soares CB, Ávila LK de, Salvetti M de G. Necessidades (de saúde) de adolescentes do D. A. Raposo Tavares, SP, referidas à família, escola e bairro. Rev Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano (São Paulo) 2000; 10 (2): 19-34.

Soares CB, Salvetti MG, Ávila LK. Opinião de escolares e educadores sobre saúde: o ponto de vista da escola pública de uma região periférica do Município de São Paulo. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(4): 1153-61.

Soares CB. Adolescentes, drogas e AIDS: avaliando a prevenção e levantando necessidades [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1997.

Sposito MP. Algumas reflexões e muitas indagações sobre as relações entre juventude e escola no Brasil. In: Abramo HW, Branco PPM, organizadores. *Retratos da juventude brasileira: análise de uma pesquisa nacional*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2005. p. 87-127.

Sposito MP. Trajetórias na constituição de políticas públicas de juventude no Brasil. In: Freitas MV de, Papa F de C, organizadoras. *Políticas públicas: juventude em pauta*. São Paulo: Cortez; 2003. p. 57-75.

Szymanski H. Teorias e “teorias” de famílias. In: Carvalho, MCB, organizadora. *A família contemporânea em debate*. São Paulo: Cortez; 1997. p. 23-27.

Tanaka OY, Melo C. Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer. São Paulo: Edusp; 2001.

Trapé CA. A prática educativa dos agentes comunitários do PSF à luz da categoria Práxis [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.

Valadão MM. A saúde nas políticas públicas: juventude em pauta! In: Freitas MV de, Papa F de C, organizadoras. *Políticas públicas: juventude em pauta*. São Paulo: Cortez; 2003. p. 203-218.

Vivarta V. Mídia: quando a informação é o melhor remédio. In: Brasil. Ministério da Saúde. *Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento*. Brasília: Ministério da Saúde; 1999. p. 63-74.

Yunes J. Apresentação. In: Brasil. Ministério da Saúde. *Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento*. Brasília: Ministério da Saúde; 1999. p. 13.

ANEXOS

ANEXO I

Roteiro de entrevista

1 Identificação

- a) Qual a sua formação profissional?
- b) Qual é a sua função ou cargo na prefeitura? Qual é o seu vínculo empregatício (prefeitura, CLT, misto ou outros)?
- c) Fale-me da sua trajetória profissional.
- d) Fale-me do seu trabalho. Há quanto tempo trabalha na instituição?
- e) Há quanto tempo trabalha com a população jovem?
- f) Há quanto tempo existem práticas direcionadas para a juventude nesta instituição?

2 Âmbito Regional (Coordenadoria Regional de Saúde Centro-Oeste)

- a) Fale-me sobre o que é viver o período da juventude no Brasil hoje.
- b) Se você fosse o prefeito José Serra, o que faria pela saúde da juventude?
- c) Existem práticas de saúde específicas para a juventude na região da Supervisão Técnica de Saúde Butantã? Se sim, quais? Se não, por quê? Quais são os objetivos e as finalidades das práticas de saúde voltadas para a juventude nessa supervisão?

- d) Qual é a política de formação de recursos humanos nessa área? A Supervisão Técnica de Saúde Butantã tem alguma particularidade? Os profissionais envolvidos com a saúde da juventude são capacitados? De que forma?
- e) Quais são as estratégias utilizadas para a saúde da juventude na Supervisão Técnica de Saúde Butantã? Há alguma orientação no sentido de promover articulação intersetorial? Há alguma orientação no sentido de promover a participação da juventude na elaboração das ações?
- f) Quais são as políticas públicas de saúde voltadas para a juventude? O que é possível fazer para a implementação dessas políticas de saúde na Supervisão Técnica de Saúde Butantã?

3 Âmbito Local (Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde e CAPS)

- a) Em qual modelo de saúde o serviço atua (PSF, PACS, Tradicional, Misto)?
- g) Fale-me sobre o que é viver o período da juventude no Brasil hoje.
- h) Se você fosse o prefeito José Serra, o que faria pela saúde da juventude?
- i) Quais são as necessidades de saúde dos adolescentes/jovens da área de abrangência desta unidade? Qual foi o mecanismo utilizado para conhecer essas necessidades?
- j) Quais são as práticas de saúde voltadas para a juventude que você desenvolve? Os adolescentes/jovens participaram na elaboração das ações?
- b) Quais profissionais participam dessas práticas?

- a) Você participou de capacitação para trabalhar com adolescentes/jovens? Qual (is)? Todos os participantes das práticas de saúde voltadas para o adolescente/jovem foram capacitados?
- b) Qual é o número de adolescentes/jovens que estão incluídos nessa prática? Existe algum critério para o adolescente/jovem ser beneficiado com a prática de saúde?
- c) Qual é a finalidade dessa prática? Este serviço promove atendimento individual ao adolescente/jovem? Quem faz? Existe articulação com escolas ou outras instituições?
- d) Qual é a concepção de adolescente/jovem tomada pelas práticas que o serviço desenvolve?
- e) Qual é a concepção de saúde-doença tomada pelas práticas que o serviço desenvolve?
- f) Quais são as políticas públicas de saúde voltadas para o adolescente/jovem?
- g) Você tem conhecimento do ECA ou do PROSAD?
- h) Quais são os problemas encontrados na prática das políticas de saúde?
- i) O que é possível fazer para a implementação das políticas de saúde nesta instituição?

Roteiro de entrevista para os serviços que não realizam práticas de saúde específicas para a juventude

- a) Essa unidade de saúde é mista, básica ou outros?
- b) Qual a sua formação profissional?
- c) Fale-me da sua trajetória profissional.

- d) Fale-me do seu trabalho. Há quanto tempo trabalha na instituição?
- e) Existem práticas direcionadas para a juventude nesta instituição?
- f) Por qual motivo não são realizadas práticas específicas para a juventude?
Quais são as dificuldades e/ou limitações?
- g) Os jovens procuram o serviço de saúde nessa Unidade?
- h) Essa Unidade interage com outro serviço que sirva como referência para encaminhar os jovens que procuram o serviço? Caso não tenha, o que é feito para atender esses jovens?
- i) Você tem conhecimento das políticas públicas da juventude?
- j) O que você acha que seria necessário para essa Unidade oferecer alguma prática de saúde específica para o jovem?



ANEXO II

Prefeitura do Município de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde
Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde –
CODEPPS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

São Paulo, 19 de dezembro de 2005.

PARECER N° 0201/2005 – CEPSMS

Prezado (a) Senhor (a),

Pelo presente, informo que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo analisou, e **APROVOU**, de acordo com a Resolução CNS 196/96, o protocolo de pesquisa "**Adolescência e Juventude no SUS: As práticas de atenção à Saúde no Butantã**" CAAE 0124/2005, de autoria do(a) pesquisador(a) **ANDRÉA GASPAROTO LIMA**

Como procedimento adotado por este Comitê de Ética em Pesquisa, solicitamos a inclusão, no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do seguinte: qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos dessa pesquisa, favor entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo – Rua General Jardim, 36 – 2º andar – Telefone: 3218-4043 – e-mail: smscep@prefeitura.sp.gov.br.

Lembramos que este parecer não basta para que seu estudo possa se realizar dentro da unidade, é necessária também a permissão administrativa da autoridade sanitária.

Salientamos os seguintes aspectos a serem considerados pelo pesquisador:

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma ou sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - item IV.1f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento livre e esclarecido, na íntegra, por ele assinado (item IV.2.d)
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.

Atenciosamente,

IARA COELHO ZITO GUERRIERO

Coordenadora do
Comitê de Ética em Pesquisa da
Secretaria Municipal da Saúde – CEPSMS

Ilmo(a). Sr(a).

ANDREA GASPAROTO LIMA

NESTA

ANEXO III

Carta de solicitação de autorização da Coordenadoria Regional de Saúde Centro Oeste

São Paulo, 16 de novembro de 2005.

Ilma. Sr^a. Dr^a. Edith Lauridsen Ribeiro
Diretora da Coordenadoria Regional de Saúde Centro Oeste

Prezada Senhora,

Vimos solicitar vossa autorização para a coleta de dados para a pesquisa intitulada “**Adolescência e Juventude no SUS: as práticas de atenção à saúde no Butantã**”, que tem por objetivo geral analisar as práticas de saúde voltadas para o adolescente/jovem no Distrito de Saúde do Butantã tomando por referência as políticas públicas brasileiras nessa área. A pesquisa será realizada com profissionais envolvidos na prestação de serviços de saúde específicos para o adolescente/jovem, dos Centros de Saúde do Caxingui, II Butantã, Dr. Samuel Barnsley Pessoa, CS Vila Sônia, II Morumbi, II Rio Pequeno, das Unidades Básicas de Saúde Jd. Jaqueline, Dr. José Marcílio Malta Cardoso, Jd. D’Abril, Eng^o Guilherme Henrique Pinto Coelho, Jd. Paulo VI, Jd. São Jorge, Vila Borges e Unidade de Saúde da Família Jd. Boa Vista, onde ocorra alguma prática de saúde específica para o adolescente/jovem e pelos responsáveis pela área temática da juventude, tanto na Coordenadoria de Saúde do Butantã como do Município de São Paulo.

Nos comprometemos ao uso das informações obtidas somente para fins de pesquisa e à devolução dos resultados em reunião geral, com convite para todos os trabalhadores das referidas unidades e outros interessados da coordenadoria. Informamos que o projeto está sendo encaminhado ao Comitê de Ética da Prefeitura do Município de São Paulo para análise.

Contamos desde já com sua presença nessa reunião e aguardamos sua resposta acolhendo com satisfação sugestões que por ventura V. S^a. queira encaminhar.

Atenciosamente,

Andrea Gasparoto Lima
Mestranda em Enfermagem
Área de concentração Enfermagem
em Saúde Coletiva

Prof^a. Dr^a. Cássia Baldini Soares
Orientadora
Dept^o. de Enfermagem em Saúde
Coletiva

ANEXO IV

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, Andrea Gasparoto Lima, enfermeira e aluna do curso de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, estou realizando o estudo: “Juventude e Adolescência no SUS: as práticas de atenção à saúde no Butantã”, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Cássia Baldini Soares. Este estudo tem por objetivo, analisar as práticas de saúde específicas para o adolescente/jovem no Distrito Saúde Escola Butantã tomando por referência as políticas públicas brasileiras nessa área e tem por finalidade, promover uma crítica que coloque em alerta não só os profissionais da saúde como a população da região em foco, com conseqüente participação social em relação às políticas públicas e suas práticas, e favorecer a implementação de práticas de saúde específicas para os adolescentes/jovens que efetivem e aprimorem as políticas públicas de proteção social e de saúde.

Solicito por meio deste documento o seu consentimento para participar do estudo. Com a sua participação, será realizada uma entrevista individual de aproximadamente 40 minutos de duração que será gravada e, posteriormente, transcrita, mas o seu nome não será revelado sob nenhuma hipótese. Gostaria de esclarecer que sua participação é voluntária e que não será cobrado nada por ela, assim como não haverá remuneração financeira caso você participe. Esclareço ainda que você poderá me pedir mais informações a respeito do estudo a qualquer momento e que tem todo o direito de se recusar a participar da pesquisa inclusive podendo abandoná-la quando desejar, sem que isso lhe traga prejuízos de qualquer espécie. As informações serão objeto restrito deste estudo e não causarão quaisquer prejuízos em relação ao seu trabalho. Os dados compilados serão analisados e objeto de divulgação em eventos de caráter científico e em publicações da área da saúde. Comprometo-me, ainda, a apresentá-los junto aos profissionais da Coordenadoria de Saúde do Butantã, assim que a análise estiver concluída.

Em caso de dúvida, o (a) senhor (a) poderá entrar em contato comigo pelo telefone (11) 3129-5088 ou (11) 9361-2953 ou por e-mail: andrea.gasparoto@ig.com.br*.

São Paulo, ____ de _____ de 2006.

Assinatura do (a) entrevistado (a)

Assinatura da entrevistadora

* Caso tenha alguma dúvida, ou queira algum tipo de esclarecimento ou reclamação sobre os procedimentos éticos deste estudo, por favor, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, na Rua General Jardim, 36, no 2º andar, ou pelo telefone: 3218-4043, ou pelo e-mail: smscep@prefeitura.sp.gov.br.

ANEXO V

Carta de isenção de ônus referente à pesquisa para a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

À Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo

A/C: Comitê de Ética em Pesquisa

Comunicamos para os devidos fins que o projeto de pesquisa “Adolescência e Juventude no SUS: as práticas de atenção à saúde no Butantã”, realizado por Andrea Gasparoto Lima, sob orientação da Prof^a. Dr^a. Cássia Baldini Soares, não acarretará quaisquer ônus para a Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo ou a quaisquer Departamentos ou Coordenadorias a ela subordinados.

Atenciosamente,

Andrea Gasparoto Lima
Mestranda em Enfermagem
Área de concentração Enfermagem

Prof^a. Dr^a. Cássia Baldini Soares
Orientadora
Dept^o. de Enfermagem em Saúde Coletiva em Saúde Coletiva