

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

DILMA CUPTI DE MEDEIROS

Protagonismo Juvenil nas ações da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: relato de projetos que incorporaram a participação de adolescentes multiplicadores entre 1992 e 2008

Rio de Janeiro
2010

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

DILMA CUPTI DE MEDEIROS

Protagonismo Juvenil nas ações da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: relato de projetos que incorporaram a participação de adolescentes multiplicadores entre 1992 e 2008

Dissertação apresentada à Universidade Estácio de Sá como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Saúde da Família.
Orientadora Prof^a Dr^a Adriana Cavalcanti de Aguiar.

Rio de Janeiro
2010

DILMA CUPTI DE MEDEIROS

Protagonismo Juvenil nas ações da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: relato de projetos que incorporaram a participação de adolescentes multiplicadores entre 1992 e 2008

Dissertação apresentada à Universidade Estácio de Sá como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Adriana Cavalcanti de Aguiar
Universidade Estácio de Sá

Profª Drª Marilene Cabral do Nascimento
Universidade Estácio de Sá

Profª Drª Ivani Bursztyn
Universidade Federal do Rio de Janeiro

“Quero trazer a memória àquilo que me dá esperança” (Lamentações 3:21)

Minha gratidão aos adolescentes e jovens da Maré e da Rocinha
que marcaram minha trajetória pessoal e profissional.
Em especial aos que participaram como adolescentes multiplicadores no
Adolescentro Maré, no Adolescentro Paulo Freire e no RAP da Saúde por me
permitirem ter esperança.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Prof^a Dr^a Adriana Cavalcanti de Aguiar, que como uma parteira fez nascer esta dissertação.

À Adriana, obrigada pela amizade e o respeito com que me considerou neste difícil processo de (des)construção.

Às Prof^a Dr^a Marilene Cabral do Nascimento e a Prof^a Dr^a Ivani Bursztyn pelas contribuições que me propiciaram uma mudança radical na proposta do projeto de pesquisa.

À João Raposo de Medeiros, meu pai, trazendo à memória o seu prazer pelo conhecimento, e seu estímulo e esforço para que seus oito filhos estudassem.

A minha mãe, Célia Cupti de Medeiros por seu apoio incondicional.

Aos meus quatro irmãos, Ronaldo, Ricardo, Robson e Rogério (*In memória*) e minhas três irmãs Dilza, Dione e Denise por todo apoio e carinho que deram durante toda minha vida sem os quais não seria possível concluir este curso.

À Ana Cecília e João Igor, meus filhos amados.
A todos os membros da minha família (Cupti e Medeiros).

À Viviane e Mônica por me fazerem compreender o verdadeiro sentido da palavra amizade.

À todos que contribuíram generosamente para a pesquisa: A equipe de profissionais do Adolescentro Paulo Freire (Ana Beloni, Cida, Dárbio, Elaine, Luciana, Luciano, Mônica, Tatiana e Vicente). A equipe da Gerência de Saúde do Adolescente da SMSDC/Rio (Riva, Fátima, Vânia, Regina, Rosa, Luciana Phebo, Sônia Melges e Viviane).

À Equipe da Assessoria de Promoção da Saúde da SMSDC/Rio.

À Norinha, Vitória, Vicente, Tatiana, Viviane, Mônica e Aline que me acolheram no meu desespero e lendo o texto me ajudaram a descobrir sentido para as minhas idéias.

Às preciosas informações de Paulo, Viviane, Riva, Luíza, Paula Gaudenzi, Fernando Lannes, Ivani, Cynthia, Feizi, Jal, Elisete e Tatiana.

À Nani pelo especial carinho de amiga mesmo sendo chefe.

Aos professores do mestrado, pela paciência e impaciência, que muito contribuíram para o meu crescimento.

À Aline Luna, secretária do curso pela boa vontade de sempre.

Aos colegas de turma do mestrado, principalmente aos companheiros de estudo:
Ana Teresa, Andrea, Claudio, Margareth, Mônica, Marcio, Ricardo, Sabrina e
Regina.

Às “miguinhas” de infância, juventude e maturidade Lídia e Floriana.
Aos amigos e amigas que são “mais chegados que irmãos”, Edson, Leo Vieira,
Liginha, Soninha e Virgínia.

Ao exemplo deixado por minha querida tia, Dalva Medeiros, que partindo no decorrer
dessa minha trajetória me deixou como inspiração sua história de dedicação como
professora e como aluna.

“Saúde é quando ter esperança é permitido”

RESUMO

Esse estudo fez um levantamento histórico da implantação do Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD) no município do Rio de Janeiro do ano de 1992 ao ano de 2008. Objetivou compreender o caminho percorrido pela gestão na incorporação da participação dos adolescentes nas ações de promoção da saúde. A pesquisa utilizou a abordagem da metodologia qualitativa. Foram feitas entrevistas com quatro informantes-chave e analisados os documentos arquivados na Secretaria de Saúde, que em seu conteúdo esclareciam o contexto da emergência de propostas e projetos da Gerência de Saúde do Adolescente que tiveram como foco a participação juvenil. Transitando entre os dilemas conceituais de adolescências, vulnerabilidades, promoção da saúde e assistência à saúde foram identificados e descritos os seguintes projetos: Adolescento Maré, Adolescento Paulo Freire e a Rede de Adolescentes Promotores da Saúde (RAP da Saúde). Foram identificadas as principais tecnologias desenvolvidas na operacionalização dos projetos, seus limites e suas potencialidades. Como desafios estão postas as seguintes questões: a destinação de recursos com a formulação de uma política para juventude que inclua faixa etária até 24 anos e o futuro do Programa frente a implantação do modelo do Programa de Saúde da Família.

Palavras-chaves: Saúde do adolescente. Adolescências. Juventudes e Protagonismo Juvenil.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ABMP	Associação Brasileira de Magistrados e Promotores
AIA	Atendimento Integral de Adolescentes
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AMB	Associação Médica Brasileira
A.P	Área Programática
APS	Assessoria de Promoção da Saúde
CAP 2.1	Coordenação de Área Programática da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
CCRD	Centro de Cidadania Rinaldo de Lamare
CEASM	Centro de Estudos e Ações Solidárias da Maré
CEDAPS	Centro de Promoção da Saúde
CMS	Centro Municipal de Saúde
CNS	Conferência Nacional da Saúde
DST	Doença sexualmente transmissível
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
GPA	Gerência do Programa de Saúde do Adolescente
HIV	Síndrome da Imunodeficiência adquirida
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IPP	Instituto Pereira Passos
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização não governamental
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
OSCIP	Organização da sociedade civil
OS	Organizações Sociais
PAC	Programa de Aceleração do Crescimento
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PROSAD	Programa de Saúde do Adolescente
PS	Posto de saúde
PSF	Programa de Saúde da Família

RAP da Saúde	Rede de adolescentes promotores da saúde (Projeto da APS do Rio)
SINASC	Sistema de informação de nascidos vivos
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SMSDC	Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil
SMS/RJ	Secretaria Municipal de saúde do Rio de Janeiro
SUS	Sistema Único de Saúde
TIG	Teste Instantâneo de Gravidez

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	ADOLESCÊNCIAS E JUVENTUDES	20
2.1	ABORDAGEM TEMPORAL	20
2.2	ABORDAGEM SOCIAL	22
2.3	ABORDAGEM LEGAL	23
2.4	ABORDAGENS DO SETOR SAÚDE	26
2.5	ADOLESCÊNCIAS E VULNERABILIDADES	28
2.6	PROTAGONISMO JUVENIL	32
3	A EMERGÊNCIA DO CONCEITO DE PROTAGONISMO JUVENIL NA ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE	37
3.1	O CAMINHO DAS POLÍTICAS NA CONCEPÇÃO DE ADOLESCENTES COMO SUJEITO DE DIREITOS	40
4	JUSTIFICATIVA	47
5	PERCURSO METODOLÓGICO	48
5.1	DESENHO DE ESTUDO	50
5.2	COLETA DE DADOS	51
5.3	ÁREA DE ESTUDOS E SUJEITOS DA PESQUISA	53
5.4	ANÁLISE DOS DADOS	55
5.4.1	Análise dos documentos	55
5.4.2	Análise das entrevistas	59
6	A POLÍTICA DE SAÚDE DO ADOLESCENTE NO RIO DE JANEIRO	63
6.1	CONTEXTO DA CRIAÇÃO DO PROSAD	64
6.2	CONTEXTO DA CRIAÇÃO DA GERÊNCIA DE SAÚDE DO ADOLESCENTE	67
6.3	OS PRIMEIROS DESAFIOS DA GERÊNCIA	69
6.3.1	O Programa Ideal	69
6.3.2	O Programa Real	70
6.3.3	A formação dos Recursos Humanos	72
6.3.4	Desafios na tensão entre promoção da saúde e assistência à saúde	73
6.3.5	Desafios na compreensão das adolescências e juventudes	75
6.3.6	Desafios na relação com outros programas	77
7	ENFRENTANDO OS DESAFIOS: A RIQUEZA DE POSSIBILIDADES	79
7.1	A PARTICIPAÇÃO JUVENIL NA ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE NO RIO DE JANEIRO	81
7.1.1	Primeiro Treinamento de Profissionais para Formação de Adolescentes Multiplicadores	82
7.1.2	O Curso de Capacitação para adolescentes Multiplicadores no Posto de Saúde José Breves dos Santos	83

7.1.3	O Adolescentro Maré	84
7.1.3.1	<i>O Adolescentro Maré na ótica da participação observante</i>	89
7.1.4	O Adolescentro Paulo Freire	93
7.1.4.1	<i>O Adolescentro Paulo Freire na ótica da participação observante</i>	94
8	O PROGRAMA E OS PRINCIPAIS PROJETOS: A EVIDÊNCIA DOCUMENTAL	102
9	NOVAS CONFIGURAÇÕES NA SMS/RJ TRAÇAM NOVOS DESAFIOS	109
9.1	A REDE DE ADOLESCENTES PROMOTORES DA SAÚDE - RAP DA SAÚDE	110
9.2	DESAFIOS DO PROSAD NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	117
9.3	DESAFIOS NO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA-“NINGUÉM AQUI É SANTO”	120
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	123
	REFERÊNCIAS	126
	ANEXOS	132
	APÊNDICES	146

1 INTRODUÇÃO

Historicamente, a população jovem tem tido pouca visibilidade nas unidades tradicionais de saúde pública. O atendimento de suas necessidades não costuma ser contemplado na clínica pediátrica, nem tampouco na clínica médica. Embora a Sociedade Brasileira de Pediatria preconize que a faixa etária de atendimento dos pediatras deva se estender desde a concepção até os 20 anos incompletos, e a Associação Médica Brasileira (AMB) - referende esta posição. No cotidiano, verifica-se uma dificuldade e mesmo resistência por parte dos pediatras em atender uma faixa etária acima dos 12 anos.

A visibilidade nas estatísticas e nas páginas dos jornais não se reflete nos serviços de saúde. É sintomática a não valorização dos jovens, por exemplo, pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que prioriza em sua organização a Estratégia da Saúde da Família (ESF) e na sua operacionalização omite a atenção à população adolescente (BRASIL, 2006). Como se vê, ainda existe uma ambigüidade na formulação de políticas para atenção à saúde de adolescentes e jovens.

Em nota sobre a publicação do livro *Juventudes e Políticas Sociais no Brasil* o diretor do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) Abraão Castro, afirma que os comportamentos de risco a que se submetem os jovens levam a uma situação de risco social apontando os seguintes problemas: drogas, violência, más companhias, iniciação sexual precoce, prática sexual desprotegida, evasão escolar e inatividade (CASTRO; AQUINO; ANDRADE, 2009). Em toda a literatura pesquisada, as questões que envolvem a juventude abordam os mesmos temas e existe um consenso sobre as respostas que a sociedade em geral e a saúde em particular podem dar para os problemas que envolvem a juventude. Dentre essas respostas

destaca-se a proposta de se trabalhar com a participação juvenil, objeto da presente pesquisa.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) desde 1989 já apontava para a participação juvenil como importante estratégia de ação de saúde. Como resultado dos grupos de discussões técnicas sobre a saúde do jovem se definiu que a OMS deveria investir em pesquisa sobre o tema, 'incentivar os governos a terem uma política de saúde explícita e promover a participação juvenil' (SERRANO, 1995, p. 288).

Para o Ministério da Saúde, estratégias que valorizem a participação juvenil poderão contribuir para um maior engajamento dos jovens, darem mais clareza às instituições sobre as necessidades deste grupo, e indicar novos caminhos para as ações de saúde com adolescentes e para a reorientação dos serviços (BRASIL, 2005, p. 22).

A Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro tem desenvolvido estratégias que operacionalizam a participação dos adolescentes na Atenção à Saúde deste segmento da população. As principais iniciativas nesse sentido, que são objeto da presente pesquisa, foram: o curso de capacitação para adolescentes multiplicadores no Posto de Saúde José Breve dos Santos, no bairro Cidade Alta; o Adolescentro Maré; o Adolescentro Paulo Freire e a Rede de Adolescentes Promotores da Saúde - RAP DA SAÚDE.

O primeiro projeto apresentado pela autora para a banca de qualificação em maio de 2009, pretendia fazer a análise de apenas um dos projetos desenvolvidos pela Assessoria de Promoção da Saúde da SMS/RJ o RAP da Saúde. A escolha do projeto se devia à interface do mesmo com o PSF. O trabalho foi aprovado pela banca examinadora com a sugestão de que os objetivos fossem redimensionados

contemplando todas as iniciativas da Secretaria na Atenção à Saúde do Adolescente, pois seria importante para o contexto atual da Saúde Coletiva.

Optou-se pela pesquisa acadêmica que segundo Minayo (2005), se diferencia da avaliação porque busca conclusões e não decisões, sendo um empreendimento de responsabilidade dos pesquisadores, visando gerar conhecimento que poderá interessar a qualquer leitor e não apenas um grupo específico de pessoas.

O objeto do presente estudo são as propostas e projetos que desenvolviam ações de protagonismo juvenil, implantadas pela Gerência do Programa de Saúde do Adolescente e pela Assessoria de Promoção da Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ), segundo a percepção das lideranças envolvidas no programa de saúde no período de dezembro de 1992 a dezembro de 2008.

Este estudo pretende fornecer subsídios aos profissionais de saúde, gestores e tomadores de decisão. Poderá contribuir para a reorientação das ações e a formulação de políticas públicas orientadas para os jovens, com foco no protagonismo juvenil, entendido como uma forma de participação em que o jovem “adquire e amplia seu repertório interativo, aumentando assim sua capacidade de interferir de forma ativa e construtiva em seu contexto escolar e sócio-comunitário” (COSTA, 1999, p. 75).

A Questão norteadora do estudo foi: como se deu a incorporação do protagonismo juvenil nas ações da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro?

Objetivo geral: Analisar as ações da Secretaria Municipal de Saúdes (SMS/RJ), orientadas para o público adolescente, segundo a percepção dos gestores de seus principais projetos e programas.

Objetivos específicos:

- Descrever as principais ações implementadas pelo Programa de Saúde do Adolescente e pela Assessoria de Promoção da Saúde da SMS/RJ, no período de 1992 a 2008.

- Identificar as percepções dos gestores envolvidos nas propostas da SMS/Rio no que se refere à incorporação de adolescentes como protagonistas nas ações de promoção da saúde.

- Refletir sobre as possibilidades da incorporação do protagonismo juvenil para políticas públicas voltadas para a saúde do adolescente.

A pesquisa será apresentada em nove capítulos. O primeiro capítulo apresenta os objetivos da pesquisa e a questão norteadora. O segundo capítulo debruça-se sobre as diferentes abordagens da adolescência, suas implicações e os dois conceitos que atravessam essas abordagens: o conceito de vulnerabilidade e protagonismo juvenil. O terceiro capítulo descreve o caminho das políticas na concepção do adolescente como sujeito de direito a partir da evolução do conceito de saúde apresentando como a legislação e os principais documentos oficiais introduzem a questão da participação. O quarto capítulo apresenta a justificativa do estudo. O percurso metodológico apresentado no quinto capítulo justifica a escolha do método qualitativo, explicita a fonte da obtenção e a análise dos dados. O sexto capítulo apresenta uma descrição da trajetória implantação do Programa de Saúde do Adolescente no Rio de Janeiro (PROSAD), com a posterior institucionalização da

Gerência de Saúde do Adolescente (GPA) discutindo os desafios da operacionalização do Programa. O sétimo capítulo apresenta os principais projetos desenvolvidos pela GPA detalhando aqueles que incluem a participação juvenil.

Ainda num oitavo capítulo optou-se por resumir os resultados de pesquisas acadêmicas que versaram sobre o PROSAD e sobre os projetos desenvolvidos com a participação juvenil. O capítulo nove apresenta as mudanças do programa a partir da criação da Assessoria de Promoção da Saúde e como se configurou o novo projeto com adolescentes multiplicadores: a Rede de Adolescentes Promotores da Saúde (RAP da Saúde). Este capítulo também discute os limites e possibilidades do Programa no novo modelo de Atenção Primária baseado na Estratégia de Saúde da Família. Por último foram elaboradas considerações voltadas para as mudanças e o aperfeiçoamento das ações desenvolvidas pela SMS/RJ, além de proposições e recomendações que contribuam para a reformulação do PROSAD a partir da nova configuração da política de saúde no município do Rio de Janeiro.

2 ADOLESCÊNCIAS E JUVENTUDES

O adolescente, um sujeito em princípio saudável, faz emergir nas discussões do setor saúde as contradições históricas que constroem o trabalho em saúde baseado nas doenças e não na promoção da saúde.

Burrsztyn, Cromack e Tura (2009, p. 633) ao estudar as representações sociais dos adolescentes sobre a saúde observam:

Embora elementos como hospital, doença, ambulância, apareçam, em momento algum o risco, tão falado pelos profissionais de saúde foi explicitado. Contudo outros elementos com conotação positiva foram observados: paz, amor, saudável, carinho, alegria, vida, atividades físicas, lazer, alimentação, mostrando possíveis linhas de diálogo a serem exploradas entre o PROSAD e os adolescentes, talvez mudando um pouco o enfoque de risco e de vulnerabilidade que muitas vezes afeta os adolescentes, tendo em vista que não é dessa forma que percebem a saúde.

O adolescente apresenta problemas de natureza do viver, querem conhecer sua sexualidade, suas possibilidades, o desenvolvimento do seu crescer e se comparam com seus pares, neste sentido é preciso recuperar as diferentes abordagens sobre adolescência.

2.1 ABORDAGEM TEMPORAL

A adolescência deve ser tratada como categoria histórica, desenvolvida no ocidente e contextualizada social e economicamente (GROSSMAN, 1998).

A puberdade fenômeno biológico que aparece associado à adolescência não compreende o mesmo processo pelo qual passa a construção das categorias sociais adolescência e juventude.

Segundo Grossman (1998, p. 71):

No século XIX a adolescência é delimitada com precisão, diferenciando-se para meninos e meninas. Para as meninas a adolescência se iniciaria na primeira comunhão e se encerraria no casamento. Para os meninos se iniciaria da mesma forma, mas terminaria no bacharelado. Ao longo do século XIX a adolescência começa a ser pensada como uma fase crítica e com potenciais riscos para ele mesmo e para a sociedade, tornando-se tema de interesse de estudos de educadores e médicos.

No início do século XX as guerras marcaram a formação da juventude e da adolescência, que se instauram como categoria reconhecida por sua rebeldia aos valores estabelecidos, desejo de liberdade e uma nova maneira de pensar o mundo. Foram os jovens que levantaram as bandeiras dos movimentos políticos e sociais. Proliferaram os movimentos estudantis e a participação juvenil se dava nas lutas políticas.

De acordo com Ariès (2006) nos séculos XVI e XVII subsistia a ambiguidade entre a infância e a adolescência de um lado, e ao que se dava o nome juventude do outro. Não se possuía a idéia do que hoje chamamos adolescência, e essa idéia demoraria a se formar. Passamos de uma época sem adolescência a uma época em que a adolescência é a idade favorita. Quanto à juventude, o autor refere que somente no século XX a mesma, que até então era a adolescência, iria se tornar um tema literário, e uma preocupação dos moralistas e políticos, pois apareceu como depositária de valores novos, capazes de reavivar a sociedade.

Já no final do século XX e início do século XXI, as questões em torno da juventude se remetem a “apatia dos jovens” em questões tradicionais da política e o

interesse nas questões sociais difusas como, por exemplo, a questão ecológica (BOGOSSIAN, 2009).

2.2 ABORDAGEM SOCIAL

Ainda hoje, no imaginário social o adolescente é visto como questionador, rebelde, instável, na busca da identidade, em conflito com a família, com tendência a viver em “tribos” e outras características que, a um olhar menos atento, parecem naturais. A passagem do senso comum para um nível de maior aprofundamento teórico permite observar como o conceito foi construído historicamente e deve ser compreendido nessa perspectiva.

Das abordagens sociais relativas à adolescência, duas se destacam:

1) Adolescência como problema, os chamados “aborrecentes”, Como “problema”, os jovens são percebidos como predispostos à delinquência, com comportamento de risco, vulneráveis.

2) Adolescência como fase transitória para a vida adulta: precisam ser preparados, ajustados para assumir os compromissos de um adulto produtivo, ocupando os papéis e responsabilidades dos adultos, na reprodução das relações sociais (IPEA, 2008).

Para o primeiro grupo, a sociedade oferece um tipo de resposta, projetos e programas que procuram ocupar o tempo ocioso dos jovens que seriam “potenciais criminosos”. Buscam um jovem que está circunscrito a um território, às favelas, pertencente a uma determinada etnia, jovens pardos e negros. São propostas

carregadas de princípios conservadores, provindos das agências financiadoras, que não contemplam as adolescências e juventudes reais, mas àquelas que estão nas representações sociais construídas a partir de mitos e valores da elite brasileira e de organismos internacionais (IPEA; LANNES, 2009). Mesmo os projetos positivos, que se propõe a trabalhar com protagonismo juvenil, dos quais falaremos na pesquisa em curso, com impactos significativos nos participantes e suas famílias não se transformaram em política pública, conforme observado na descontinuidade dos mesmos.

2.3 ABORDAGEM LEGAL

O contingente da população considerado adolescente é objeto de políticas e ações institucionais. O Estatuto da Criança e do Adolescente reconhece crianças e adolescentes como sujeitos de direito, dedicando um capítulo ao direito à saúde. Existem, no entanto, desconpassos entre os diferentes componentes da legislação brasileira, os quais revelam embates ideológicos, avanços e retrocessos de uma sociedade adultocêntrica com valores tradicionais. Os exemplos a seguir são reveladores dessa realidade.

A Convenção Internacional dos Direitos da Criança (CDC), adotada pela assembléia Geral das Nações Unidas em 20 de novembro de 1989, não define adolescência: considera que criança é todo indivíduo menor de 18 anos (MOTA; ROCHA, 2008).

O direito à participação infantil está explícito nos arts. 12, 13, 14, 15 e 17 do CDC que tratam das liberdades de expressão, opinião, pensamento, de associação, de reunião e de ter acesso a informação de diversas fontes que sirvam para seu bem-estar moral, espiritual, social e saúde física e mental (PROMUNDO, 2008).

Já para a OMS, a adolescência se inicia aos 10 e termina aos 19 anos, o que subsidia a definição de políticas com base nesta faixa de idade (BRASIL, 2005a).

Para o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei nº 8.069/1990, a adolescência é circunscrita na faixa de 12 a 18 anos, porém quando se trata do exercício da sexualidade e reprodução, entre 12 e 14 anos, contrapõe-se ao Código Penal Brasileiro (Lei nº 2.848 de 7/12/1940) em vigor, que considera as relações sexuais com pessoa menor de 14 anos como violência presumida (MOTA; ROCHA, 2008).

O Código Civil Brasileiro (Lei 10.406 de 10/01/2002) define que a pessoa atinge a capacidade civil plena aos 18 anos, já no Código eleitoral (Lei 4.737 de 15/07/1965 atualizado em 2002), o jovem de 16 anos pode votar (*ib, ibid*).

Com uma legislação avançada, como o ECA, que trata crianças e adolescentes como sujeitos de direito, revogando o antigo Código de Menores, o Ministério da Saúde tem avançado na garantia de direitos. Lançou, em 2005, o “Marco Legal: saúde, um direito de adolescentes” que resguarda o direito dos adolescentes ao atendimento sem a presença dos responsáveis, assim expresso:

Dessa forma, qualquer exigência, como obrigatoriedade da presença de um responsável para acompanhamento no serviço de saúde, que possa afastar ou impedir o exercício pleno do adolescente de seu direito fundamental à saúde e à liberdade, constitui lesão ao direito maior de uma vida saudável (BRASIL, 2005a, p. 41).

O texto compila toda a legislação e aponta as diretrizes consideradas fundamentais para o profissional de saúde que atenda adolescentes e se encontre numa encruzilhada ética.

A Associação dos Magistrados e Promotores do Brasil (ABMP), preocupada com o cumprimento do ECA, promoveu durante os anos de 2007 e 2008 oficinas com os profissionais que lidam, no cotidiano, com o atendimento das crianças e adolescentes. Essas oficinas tinham como objetivo a construção de fluxos operacionais que permitissem ao judiciário definir formas de cobrança dos direitos garantidos legalmente às crianças e adolescentes. A autora do presente projeto, em companhia de outros representantes do setor saúde, participou de dois desses encontros para discutir o fluxo de atendimento a adolescentes grávidas. Na ocasião, o grupo representante do setor saúde privilegiava o ECA e as portarias do Ministério da Saúde, enquanto outros operadores do Sistema de Garantias ainda se reportavam ao Código Penal Brasileiro, estabelecendo-se, nitidamente, um impasse entre os dois grupos. Pelas duas leis, adolescentes com menos de 14 anos devem ser atendidos(as) com acompanhante, e qualquer relação sexual com meninas abaixo dessa idade é considerada estupro.

A legislação em vigor é suporte importante para o setor saúde no trato com os adolescentes, na definição de faixa etária atendida e nos modelos de intervenção propostos.

2.4 ABORDAGENS DO SETOR SAÚDE

Tradicionalmente, o setor saúde aborda o aspecto biológico em detrimento de outros aspectos, tratando a adolescência como uma fase universal e a-histórica do desenvolvimento humano. Na lógica da psicologia do desenvolvimento, a adolescência teria características biológicas, ligadas ao desenvolvimento puberal, e psicológicas, que normatizariam o comportamento adolescente. Da psicologia, surge o conceito “Síndrome Normal da Adolescência” (ABERASTURY; KNOBEL, 1981) que enquadraria os adolescentes, diferenciando-os entre normais e anormais, estabelecendo uma relação com um determinado comportamento esperado, tornando possível agir, medicalizar, se for o caso, ignorando os aspectos históricos e de contextos sociais que constroem as categorias adolescências e juventudes. Neste sentido a área da saúde tem uma certa unanimidade apontando um padrão de adolescente e um padrão de respostas na relação dos profissionais e dos serviços com os jovens.

Em relação ao saber da medicina sobre adolescência Ayres (1993, p. 140) esclarece que:

[...] a natureza aistórica conferida à adolescência é, em si própria, expressão de uma característica histórica da medicina. Portanto, a aistoricidade da adolescência não deve ser tomada como uma propriedade intrínseca sua, enquanto objeto, mas como decorrência da forma concreta como a medicina a toma como objeto, nisto não diferindo de outras dimensões da existência humana que esta toma para estudo e intervenção.

O modelo clínico de atenção à saúde do adolescente tem um importante papel na construção de uma política voltada para esse grupo, mas tem limitações. Mesmo quando não prioriza apenas os aspectos psicossomáticos e incorpora a dimensão social, essas características acabam se naturalizando, sendo “expressões

das condições objetivas de vida a que estariam submetidos seus portadores” (AYRES, 1993, p. 148).

A saúde do adolescente é uma área repleta de desafios, seja pelas amarras da visão histórica da medicina, quer seja pela rapidez das transformações sociais, quer pela necessidade do diálogo entre os diferentes saberes, quer seja pela imperiosa interlocução entre singularidade e universalidade.

Neste trabalho, adolescência e juventude serão tratadas como uma única categoria, reconhecendo as suas múltiplas faces e adotando o termo adolescências e juventudes para designar tanto uma faixa etária como um grupo social. Adolescências e Juventudes são definidas pelas áreas social, econômica, jurídica, psicológica e biológica de formas diferentes ao longo da história. Os descompassos nestas definições mostram o quanto a temática é complexa e os como são grandes os desafios do setor saúde quando se propõe a trabalhar com a população de adolescentes.

Do que foi exposto, conclui-se que são muitas as variáveis em torno do conceito de adolescência. A saúde do adolescente emerge do embate entre o modelo assistencial, baseado na apresentação de sintomas, e o modelo que contempla aspectos da Promoção da Saúde, ligado aos determinantes sociais da saúde. Os adolescentes, fisicamente saudáveis, apresentam questões que não fazem parte do repertório das queixas, sinais e sintomas que levam ao diagnóstico e a prescrição, mas, pelo contrário, trazem questões da vida: sexualidade, gravidez, e morte precoce por conta da violência. E os profissionais de saúde, confrontados com as diferentes interpretações conceituais e instrumentos legais, se encontram no cerne de um dilema ético que, na prática, oportuniza tanto práticas conservadoras como outras mais avançadas.

Com o aparecimento da AIDS nos anos 80, iniciou-se um debate em torno dos conceitos de risco e vulnerabilidade, conceitos que passaram a fazer parte do repertório do trabalho com adolescentes tanto da academia como dos profissionais da saúde, as implicações da aplicação destes conceitos no referencial da saúde do adolescente trataremos no próximo capítulo.

2.5 ADOLESCÊNCIAS E VULNERABILIDADES

Um conceito sempre presente, quando se trata de adolescentes e jovens, é o conceito de vulnerabilidade. Documento elaborado pelo Ministério da Saúde define vulnerabilidade como “a capacidade do indivíduo ou do grupo social de decidir sobre sua situação de risco, estando diretamente associadas a fatores individuais, familiares, culturais, sociais, políticos, econômicos e biológicos (BRASIL, 2005a). O conceito nasceu na área dos Direitos Humanos e se refere a grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente. Ampliou-se com a evolução da epidemia e das propostas de práticas de prevenção à AIDS.

Lopes (2004, p. 56) citando Mann e *col.* (1993) relaciona três planos de análise de vulnerabilidade à infecção por HIV: plano individual, o plano programático e o social.

No plano individual, a vulnerabilidade estaria relacionada em termos operacionais àqueles que necessitam de maior grau de proteção e assistência e que são incapazes de avaliar o nível de qualidade da assistência recebida; àqueles que se expõe mais ao risco; àqueles que estão desprotegidos.

No plano programático a vulnerabilidade se caracterizaria pelos investimentos em ações e programas de informação e educação em saúde, pela existência de serviços de saúde que fossem avaliados e que adotassem mecanismos de não discriminação seja por fatores relacionados à saúde, à raça, à sexualidade, ao gênero, à idade, à orientação sexual e a denominação religiosa.

No plano social a vulnerabilidade se caracterizaria pelo acesso à informação, aos serviços de saúde e outros equipamentos sociais bem como o direito à participação garantindo a liberdade de expressão de decisão e representação.

Pelo exposto, adolescentes e jovens seja por características individuais programáticas ou sociais se enquadram como um grupo de risco se tornando vulneráveis, necessitando de políticas apropriadas.

Algumas características apontadas na literatura tornam o jovem mais vulnerável em relação a outros ciclos de vida.

A vulnerabilidade inicia pela própria definição de adolescência. Quando uma política, um projeto, um programa para adolescentes é proposta, de que adolescências estão tratando? Do jovem estereotipado pelo discurso do senso comum e das ciências? Como captar o sentido mutável e construído historicamente de juventude nas propostas? Como conciliar a universalização e o respeito as suas singularidades?

Ayres (1996, p. 21) apresenta alguns outros aspectos que tornam os adolescentes particularmente um grupo vulnerável:

- onipotência, sensação de invulnerabilidade;
- dificuldades de informação adequada - dificuldades com a linguagem prevalente na mídia, descaso dos meios de comunicação, barreiras impostas por

preconceitos, barreiras socioeconômicas ao acesso, limites próprios à fase para a ancoragem simbólica das informações;

- necessidade de explorar, buscar o novo, experimentar riscos, transgredir;

- sistema educacional pobre e desestimulante para a individuação e capacitação do adolescente para uma sociabilidade rica;

- dificuldade de escolher, indefinição de identidades, conflito entre razão e sentimento;

- percepção da temporalidade: urgência, dificuldade de "administrar" esperas, adiar desejos, a virtualidade do futuro;

- carência e baixa qualidade de serviços de saúde;

- carência de profissionais, nas diversas áreas, que se proponham a ser efetivamente interlocutores;

- despreparo e falta de suporte institucional dos interlocutores socialmente privilegiados no lidar com adolescentes (educadores e profissionais da Saúde);

- gregarismo: suscetibilidade a pressões grupais, modas, necessidade de afirmação grupal;

- desagregação familiar (na acepção ampla do conceito): falta de referência, baixa estimulação intelectual e afetiva, favorecimento da baixa auto-estima, exposição à violência;

- barreiras sociais na adoção de medidas protetoras: dependência econômica, inexistência de produtos adequados, medo de expor-se;

- baixa "densidade" de cidadania: carência de mecanismos de solidariedade social, limitada capacidade de organização, representação e pressão políticas;
- drogas: segmento visado como consumidor e como mão-de-obra da indústria da droga, obstáculos morais, psíquicos e pulsões psicossociais;
- clandestinidade, insegurança e elaboração fantasiosa das primeiras atividades sexuais.

O conhecimento sobre as vulnerabilidades podem propor intervenções que coloquem os adolescentes tanto no papel de vítima como o papel de sujeitos. Nesse sentido (AYRES, 1998, p. 136) sinaliza que a vulnerabilidade não é estável: “as pessoas estão vulneráveis a alguma coisa” em um tempo e lugar determinados.

O debate sobre a gravidez na adolescência se tornou um tema público quando as taxas de fecundidade na adolescência aumentam em comparação com a faixa etária das mulheres acima de 24 anos a partir da década de 1980 (HEILBORN; AQUINO; BOZON; KNAUTH, 2009). Segundo a autora, estes dados foram utilizados equivocadamente para compor o cenário da gravidez na adolescência como uma “epidemia”, se tornando um tema propício para problematizar a questão da vulnerabilidade do adolescente.

Se considerarmos as adolescentes grávidas como vulneráveis temos que nos perguntar: vulnerável a que? Em minha experiência na direção do Adolescentro Paulo Freire (Unidade de saúde da SMS/RJ que será objeto do presente estudo), observei que para grande maioria das adolescentes que buscavam o serviço para fazer o Teste Instantâneo de Gravidez e o pré-natal, a gravidez se mostrava como

um momento de superação, de “empoderamento”¹. Momento em que muitas deixavam de fumar e de ingerir bebidas alcoólicas para proteger seus filhos. Cuidando da saúde do bebê também se cuidavam mais e eram cuidadas e reconhecidas pela família e pela comunidade.

Como uma saída possível para a redução das vulnerabilidades e ações de promoção da saúde do adolescente, surge um conceito, que tem sido utilizado nas estratégias de trabalho com adolescentes tanto nas áreas da saúde, quanto nas áreas da educação e da assistência social: o protagonismo juvenil.

2.6 PROTAGONISMO JUVENIL

Outro olhar sobre as características da juventude tais como saudáveis, criativos, alegres, questionadores, que são influenciados por seu grupo, apontam para uma abordagem que aposta nas potencialidades deste grupo.

A Organização Internacional *Save the Children*, sediada na Suécia, realizou em 2001 a pesquisa “Participação das crianças e adolescentes como protagonistas”. Esta pesquisa foi realizada em vários países da América Latina, que saídos de um período ditatorial, retornaram a democracia, reajustaram a legislação de acordo com

¹Embora passível de controvérsia o conceito de empoderamento vem influenciando ações de Promoção da Saúde. Segundo Carvalho (2007) diferentes enfoques de empoderamento podem se prestar a distintos fins, segundo as convicções, interesses e saberes de quem os propõe. Os principais são: o empoderamento psicológico e o empoderamento social/comunitário. O primeiro se refere a um processo que levaria os indivíduos a terem “um sentimento de maior controle sobre a própria vida... comportar-se de uma determinada maneira... e atuar de acordo com abstratos princípios de justiça e de equilíbrio” (RIGER, 1993, *apud* CARVALHO, 2007). O segundo, indo além, destaca o enfrentamento das raízes e causas da iniquidade social e requer a compreensão de que se as macroestruturas condicionam e determinam o cotidiano dos indivíduos, estes, através de suas ações, influenciam e significam o plano macro-social em um movimento circular e interdependente” (*Ibid*, 2007). Sendo assim, o empoderamento social “conduz à legitimação e dá voz a grupos marginalizados e, ao mesmo tempo, remove barreiras que limitam a produção de uma vida saudável para distintos grupos sociais” (*Ibid*, 2007).

a Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança. Foram ouvidos responsáveis, crianças e adolescentes de instituições que desenvolviam projetos de participação juvenil na Venezuela, Paraguai e Peru.

Para a instituição, a participação das crianças e adolescentes é o fundamento da cidadania que lhes assegurará o cumprimento dos demais direitos.

As considerações finais, publicadas em 2002, apontam que a participação deveria ser o ponto de partida para as orientações práticas do trabalho com crianças e adolescentes e que era necessário que as políticas públicas e sociais fizessem da participação juvenil uma exigência concreta tanto no planejamento, quanto na implantação e na sua avaliação (CUSSÁNOVICH; MÁRQUEZ, 2002).

O Brasil também passou pelo processo de redemocratização e reajustou sua legislação. Para o ECA a participação passa se constituir não somente um direito mas a garantia do interesse superior das crianças e adolescentes.

A partir da idéia do adolescente como ser social e histórico e da importância da participação, chega-se ao conceito de protagonismo juvenil.

O protagonismo juvenil é considerado uma modalidade de ação educativa que substitui a postura pedagógica, paternalista, assistencialista e manipuladora, freqüentemente presente nos processos educativos. Traz, no seu interior, a idéia de incentivar os jovens a se tornarem sujeitos de intervenções e de transformação da realidade. Em termos pessoais, o protagonismo investe no desenvolvimento do senso de identidade e auto-estima, possibilitando ao jovem elaborar um projeto de vida que o torne pleno. Ao mesmo tempo, reconhece suas potencialidades e limitações, vislumbrando possibilidade de desenvolver certas habilidades para intervir positivamente na realidade, permitindo ao jovem ter uma visão de futuro mais

positiva e promissora, facilitando seu desenvolvimento no âmbito social (GOMES DA COSTA, 1999).

A visão de jovem neste contexto deixa de ser, apenas, aquela de uma promessa de futuro, para ser um indivíduo que, em seu momento presente, é capaz de protagonizar ações de relevância social (SMS, 2003).

Para Milani (2004, p. 37):

O protagonismo reconhece no adolescente potencialidades e valores cujo aproveitamento resulta em seu desenvolvimento integral e em melhorias para a coletividade. Rejeita o uso de jovens como massa de manobra por facções políticas, como 'bucha de canhão' pelo narcotráfico, assim como sua manipulação ideológica e sua coisificação em alvo preferencial de consumo.

Aqueles que acreditam no protagonismo juvenil entendem que “é papel de adultos e instituições propiciar oportunidades, encorajamento e apoio para que adolescentes se mobilizem, definam suas próprias prioridades coletivas e atuem em prol da comunidade ou da causa que elegerem” (MILANI, 2004, p. 38).

Segundo Gomes da Costa (1999, p. 76) “quando o adolescente, individualmente ou em grupo, envolve-se na solução de problemas reais, atuando como fonte de iniciativa, liberdade e compromisso, temos então diante de nós, um quadro de participação genuína, o qual pode ser chamado de protagonismo juvenil”. Para o autor, protagonista significa lutador principal, personagem principal, ator principal.

Ao se pensar “protagonista” como ator principal, na linguagem teatral, é sobre ele que a trama é desenvolvida, as principais ações são realizadas por ele, para ele, ou sobre ele (MICHAELIS, 2008).

Para Boal (1996, p. 27) “o teatro nasce quando o ser humano descobre que pode ver-se no ato de ver-se em *situação*. Ao ver-se, percebe o que é, descobre o

que não é, e imagina o que pode vir a ser”. No teatro, aparecem outros personagens: antagonistas, coadjuvantes, público, palco. Para ele, teatro é conflito, contradição, confrontação, enfrentamento, medição de forças. Esses mesmos elementos encontram-se presentes na realidade social em que se vive.

O enfoque de protagonismo juvenil aproxima-se do enfoque de Paulo Freire, explicitado em seu livro *Educação como Prática da Liberdade* (FREIRE, 1987) e por isso merece ser mencionado. Segundo o autor, a educação deve visar à formação de indivíduos conscientes e sujeitos ativos da história. O ponto de partida está em assumir a liberdade e a crítica como o modo de ser do homem. Tal prática se apresenta na tomada de consciência que o homem realiza de sua situação social (FREIRE, 1987) e o leva a lutar por mudanças, a superar a situação em que vive.

A participação juvenil, que neste trabalho terá o mesmo sentido que protagonismo juvenil tem sido apontada pelos formuladores de políticas para juventude como importante estratégia de ação para os setores que tem como público alvo os adolescentes e jovens.

Segundo Sposito & Carrano (2003, p. 22) entre 1995 e 2002 foram identificados 30 programa/projetos do Governo Federal incidindo com maior ou menor focalização na faixa de 15 a 24 anos de idade. Entre 1999 e 2002 ocorre o que os autores chamam de “explosão da temática da juventude”, quando se criam 18 programas direcionados à juventude. Na análise dos autores, dois conceitos vigoraram na abordagem destes programas/projetos: o conceito de *protagonismo juvenil* e de *jovens em situação de risco social*.

No setor saúde, desde os primeiros documentos da Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e até a mais recente publicação de novembro de 2009, a participação juvenil tem sido apontada como um tema estruturante para a

Atenção Integral à Saúde do Adolescente (SERRANO, 1995). A participação está assinalada nas Diretrizes para a Saúde do Adolescente e do Jovem como estratégia eficaz de promoção da saúde, com benefícios individuais para o adolescente e para o coletivo, considerando seu poder de transformação social (BRASIL, 2009).

Lannes (2009) problematiza algumas das iniciativas voltadas para os jovens apontando que elas têm origem numa política internacional, ligada a questões econômicas que consideram a população pobre e em especial a juventude como um risco para a sociedade.

Segundo o autor, a visão equivocada de juventude pobre com potencialidade para criminalidade tem conseqüências nos resultados efetivos que essas iniciativas podem produzir para os jovens e para a sociedade, pois não resolvem a questão da pobreza e servem apenas como paliativos.

Para Lannes (2009, p. 105):

Uma leitura mais ideológica desses programas destinados a jovens “em situação de risco”, aponta para mecanismos de controle social, especialmente no que concerne à ocupação do tempo ocioso e a oferta de um benefício em dinheiro” [...]. Muitas vezes essa “ocupação de tempo” é realizada com atividades de excelência, bem fundamentadas pedagogicamente, porém ensimesmadas em uma perspectiva de eliminação dos obstáculos que poderiam conduzir jovens ao mundo da criminalidade.

3 A EMERGÊNCIA DO CONCEITO DE PROTAGONISMO JUVENIL NA ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE

O conceito de saúde vem sendo modificado ao longo dos anos. A concepção tradicional, que durante muitos anos vigorou – e ainda vigora – no Brasil e em outras partes do mundo, privilegia o modelo assistencial, em que a saúde é reconhecida como ausência de doença, o indivíduo é tratado fora do seu contexto social, e busca-se a etiologia das doenças. Feito o diagnóstico, e seguidas às prescrições do profissional da saúde, espera-se a “cura”. Neste caso, o setor saúde preocupa-se apenas com as doenças. Na relação médico-paciente, o profissional de saúde detém “o saber” legitimado, e a expectativa sobre o paciente é a de que “obedeça” ao que foi definido pelo profissional. Este modelo convencional e hegemônico de atenção à saúde, que desconhece os saberes trazidos e incorporados pelo paciente, saberes recebidos de sua cultura local, social, religiosa e da mídia globalizante vem sendo questionado, dando margem ao surgimento de novas concepções.

A realização da Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde em Alma-Ata representou um novo olhar para a saúde, ao propor o chamado conceito ampliado de saúde e defender a saúde como um direito humano fundamental e um dever do Estado, e definindo-a como bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente ausência de doenças (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE, 1978). O Conceito ampliado de saúde proposto em Alma Ata, partia da crítica de que o setor saúde estava estruturado em torno da doença e das ações voltadas para sua cura, o que condicionava suas ações e serviços a uma visão estreita do processo saúde-doença

e a uma prática cuja ênfase era assistência médica exercida principalmente em unidades hospitalares (RODRIGUES; SANTOS, 2008).

Uma grande contribuição para essa evolução foi dada pela chamada Reforma Sanitária, e a realização, em março de 1986, no Brasil, da 8ª Conferência Nacional da Saúde (CNS) – tendo como tema “Democracia é Saúde”, cujo histórico relatório delinea os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Neste documento, assinado por representantes de diversos setores da sociedade, a saúde aparece como um direito individual e coletivo e um dever do Estado (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986).

De “ausência de doenças” para “resultado de modos de organização da produção, do trabalho e da sociedade em determinado contexto histórico”, como está definido na Política Nacional de Promoção da Saúde, há um longo percurso que reflete as buscas dos cientistas em particular, e da sociedade em geral, no sentido de descobrir a relação entre saúde e qualidade de vida (BRASIL, 2006b).

Pensar em atenção à saúde do adolescente é pensar em acompanhar um sujeito biologicamente saudável, porém vulnerável a uma série de fatores que extrapolam o modelo biomédico e o tradicional modelo de atendimento que este subsidia. Pouco visíveis nos instrumentais clássicos da medicina que se calçam no eixo saúde-doença orgânica, os adolescentes pouco utilizam os serviços de saúde porque estes não identificam suas necessidades como pertinentes ao setor saúde (AYRES, 1993).

Elaborar políticas e implantar programas para este público demanda entender a evolução do conceito de saúde, questionar os modelos de atenção praticados, e aprender a construir e analisar projetos de saúde com e para adolescentes, ressaltando a importância da participação juvenil nesse processo.

Entendendo que o modelo clínico de atenção à saúde tem relevância no contexto social, porém limitação na perspectiva da saúde coletiva cabe observar que quando os serviços incorporam o referencial da promoção da saúde abrem um leque de oportunidades para atenção à saúde de adolescentes e jovens (BRANCO, 2002).

Sendo o Brasil um país repleto de desigualdades, incluindo entre elas as relações etárias, deve-se levar em conta que segundo Klein (2000, *apud* LEÃO, 2005, p. 11), “a relevância do setor saúde se afirma na medida em que o acesso à saúde tem sido associado à diminuição da vulnerabilidade e considerado como um indicador da equidade”.

Na análise de documento publicado pela Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem do Ministério da Saúde em novembro de 2009, denominado “As Diretrizes Nacionais para Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção da Saúde, Prevenção de Doenças e Agravos e na Assistência” (BRASIL, 2009), observa-se que o próprio título tenta incluir a complexidade do trabalho com adolescentes, salientando-se a importância da promoção da saúde. Os temas estruturantes apresentados para atenção integral à saúde do adolescente são: Participação Juvenil, Equidade de Gênero, Direitos Sexuais e Reprodutivos, Projeto de Vida, Cultura de Paz, Ética e Cidadania e Igualdade Racial e Étnica, temas esses, que extrapolam o modelo biomédico e corroboram o caráter multifacetado e o peso social imbricado nas questões que historicamente aparecem como problemas de saúde do adolescente tais como: sexualidade, gravidez, violência, uso e abuso de drogas, dentre outros. Em toda bibliografia pesquisada pela autora e durante sua trajetória de trabalho seja no atendimento direto, seja na elaboração de políticas, foram essas as principais questões que movimentaram as pesquisas acadêmicas e a mídia, com destaque

especial para gravidez na adolescência e para violência em todos os complexos aspectos que envolvem os temas.

No documento supracitado a participação juvenil aparece como uma importante estratégia de reconhecimento do direito de expressão dos adolescentes, do reconhecimento de suas capacidades e potencialidades como fatores que contribuem para melhorar a auto-estima, o desenvolvimento da cidadania, e a promoção da saúde local e da sociedade como um todo.

Sobre participação juvenil e a operacionalização do conceito de protagonismo juvenil nas propostas de atenção ao adolescente no município de Rio de Janeiro versa a presente pesquisa.

3.1 O CAMINHO DAS POLÍTICAS NA CONCEPÇÃO DE ADOLESCENTES COMO SUJEITO DE DIREITOS

A concepção da saúde como um direito tem suas raízes na luta dos movimentos sociais pela garantia dos direitos humanos. Por isso, os caminhos das políticas na concepção dos adolescentes como sujeitos de direito no campo da saúde estão no contexto internacional do movimento dos direitos humanos, no contexto nacional do processo de redemocratização do país e no movimento da chamada “Reforma Sanitária”.

Em 1946, a Organização Mundial de Saúde (OMS) deu um passo significativo, ao definir a saúde como “completo bem estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade” (BRASIL, 2000, p. 73).

Paralelamente, as questões do direito vinham sendo discutidas internacionalmente, até que, em 1948, foi enunciada a Declaração Universal dos Direitos Humanos (UNICEF). EM 1966, os Pactos Internacionais de Direitos Civis e Políticos e de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais reconheceram direitos humanos universais no plano individual, coletivo e social, dentre eles o direito à saúde e o direito da criança à especial proteção do Estado, da sociedade e da família, comprometendo-se os países signatários a garanti-los e implementá-los (BRASIL, 2005a). Esses tratados internacionais, anos mais tarde, no Brasil, influenciariam a Constituição Federal de 1988, considerada um marco jurídico da transição democrática e da institucionalização dos direitos humanos no Brasil.

Em 1978, a mesma OMS, em colaboração com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), convocou a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde, realizada em Alma-Ata, na Ucrânia, cuja tônica foi a Atenção Primária à Saúde, confirmando os seguintes princípios: saúde como direito humano fundamental; redução das desigualdades; a responsabilidade dos governos pela saúde dos cidadãos; e a participação da população como essencial nas decisões no campo da saúde (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1979).

Em nível nacional, no final da década de 70 e início da de 80, o regime militar começava a se desgastar. Vários setores da sociedade mostravam sua insatisfação: os trabalhadores voltavam a se organizar, os estudantes reabriam suas entidades, os moradores das favelas reorganizavam suas associações e federações, colocando como bandeira de luta a melhoria das condições de vida e de habitação (RODRIGUES; SANTOS, 2008).

No campo da saúde, tais movimentações, de ordem intelectual e política, convergiram na 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em Brasília, em março de 1986. Esta foi, sem dúvida, uma conferência histórica, constituindo-se em fórum de luta pela descentralização do sistema de saúde e pela implantação de políticas que defendessem a vida. Pela primeira vez, não ficou restrita ao setor da saúde; outros setores da sociedade enviaram representantes escolhidos em pré-conferências estaduais. Foi nesta Conferência que o direito à saúde foi afirmado como direito de todos e dever do Estado e a própria Conferência já foi operacionalizada intersetorialmente e marcando a importância do setor saúde na luta política dos direitos sociais.

Meses mais tarde, em novembro de 1986, reuniu-se a Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em Ottawa, Canadá, que resultou na elaboração de importante documento de referência para a Promoção da Saúde, a Carta de Ottawa. Neste documento foram definidas as cinco estratégias básicas da Promoção da Saúde, em sua concepção mais ampla: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes saudáveis, fortalecimento da população mediante processo educativo (empoderamento), desenvolvimento de habilidades pessoais, e reorientação dos serviços. Foram também destacados a importância da participação social, do estabelecimento de parcerias, e da intersetorialidade, além dos princípios que devem reger as ações de Promoção da Saúde (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1986).

No Brasil, como resultado de um contexto de profundas modificações políticas e sociais, da crise do governo militar e do processo de transição para um regime democrático, a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 promulgou a saúde com um direito de todos e um dever do Estado e a Lei nº 8080 de 1990 criou

o Sistema Único de Saúde (CORDEIRO, 2005). Esta lei indicou a organização de um novo modelo assistencial, com prestação de serviços em nível local de promoção, proteção e recuperação da saúde. Neste modelo, a saúde é entendida como um requisito para a cidadania e envolvem inter-relações entre o indivíduo, a coletividade e o meio ambiente.

Vários artigos da Constituição expressam os ideais da chamada Reforma Sanitária, traduzem importantes avanços sociais, e estabelecem os princípios do SUS como, por exemplo, o artigo 196:

Art. 196 CFRB/88 - A Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos, e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Ao analisar o processo de incorporação da saúde como um direito do cidadão e dever do Estado conforme preconizado em Alma-Ata, na Carta de Ottawa, expresso na Constituição de 1988 e corroborado nas políticas de saúde, Gaudenzi aponta para as contradições presentes entre responsabilização individual e a garantia do cuidado da saúde como responsabilidade do Estado.

Segundo Gaudenzi (2010, p. 23):

A saúde está deixando de ser objeto de um direito do indivíduo para se tornar um dever do mesmo, o direito individual de ser cuidado em caso de doença, está sendo cada vez mais questionado e o direito ao acesso aos determinantes e condicionantes de saúde, como exposto na Lei nº 8.080/90, cada vez mais negligenciado, enquanto o dever de se comportar de forma a evitá-la, cada vez mais incitado.

A autora ainda aponta que há uma tensão presente nos documentos oficiais entre direitos e deveres do Estado e do cidadão, como uma questão a ser compreendida nos limites da Bioética. Fazendo um paralelo entre a questão apontada pela autora, com o trabalho em curso, sinalizamos que quando se trata do público adolescente e de propostas da participação deles nos programas e serviços

corre-se o risco de não considerar a participação como um direito e sim como forma de responsabilização sobre os problemas e suas soluções.

Tratando especificamente da população jovem, em seu art. 227 a Constituição define:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 1988).

Em cumprimento à Constituição Federal, o Ministério da Saúde criou, em 1989, o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD). O objetivo geral do programa era a atenção integral aos adolescentes de 10 a 19 anos, fundamentado numa política de promoção da saúde, identificação de riscos, detecção precoce dos agravos com tratamento adequado e reabilitação respeitando-se as diretrizes do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2004).

Logo em seguida, em 1991, o Ministério da Saúde implantou, na Região Nordeste do Brasil, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), idealizado em princípio para regiões com baixas coberturas de assistência médica. No PACS, a equipe é formada por agentes de saúde escolhidos na comunidade e enfermeiros. Nesse programa foram consolidadas as bases para se organizar o Programa de Saúde da Família (PSF). Os resultados positivos ampliaram o Programa para todo o Brasil e inspiraram o Programa de Saúde da Família (FRAIZ, 2007).

Em 1993 foram publicadas pelo Ministério da saúde as Normas de Atenção Integral à Saúde do Adolescente que tinham como objetivo orientar as equipes de saúde na atenção aos jovens e estabelecer diretrizes e recomendações para a qualificação da atenção a esta população. As Normas foram divididas em três

volumes que abordavam os seguintes temas: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; distúrbios da puberdade; desenvolvimento psicológico; saúde mental; sexualidade; assistência ao pré-natal; ao parto e puerpério; planejamento familiar; doenças sexualmente transmissíveis e problemas ginecológicos.

O princípio básico para a atenção à saúde do adolescente se pautava numa abordagem multiprofissional, com um sistema hierarquizado que pudesse garantir a referência e contra-referência nos diferentes níveis de atenção.

Segundo Ruzany (2008, p. 23), “o programa brasileiro de saúde do adolescente foi concebido dentro de uma proposta de atuação integral juntamente com as reflexões que surgiram no programa da Mulher e da Criança, do Ministério da Saúde. Trata-se de um programa diferenciado, em que os profissionais ultrapassam o modelo tradicional. Esta proposta de atenção à saúde do adolescente mostrava-se inovadora, pois apontava o atendimento integral com uma metodologia de atuação interdisciplinar, ultrapassando as práticas tradicionais, e propunha mudanças significativas”.

A criação do PROSAD² traz para a política de saúde um público até então invisível e sinaliza a importância dos adolescentes. No entanto, a partir de 1999, o formato do Programa vem se modificando e sendo redirecionado para o modelo de atenção básica com fundamentos no Programa de Saúde da Família (LEÃO, 2005).

Em 1994, o Ministério da Saúde implantou em todo país o Programa Saúde da Família, posteriormente denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF) que apresenta profundas diferenças em relação ao atendimento tradicional da Atenção Básica: A ESF enfoca a família, buscando superar os limites da atenção individual;

² Em 1999 o PROSAD passou a denominar-se de Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem, ampliando de 19 para 24 anos a faixa etária a ser atendida.

trabalha com diagnóstico local e planejamento estratégico; tem, nos agentes comunitários atores fundamentais na identificação e resolução dos problemas de saúde; procura as famílias antes que elas acessem os serviços. A ESF reafirma os princípios organizadores do SUS e busca superar o modelo centrado na doença e na atenção individual. Combinando ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, desenvolvidas por equipes multiprofissionais, configuram a porta de entrada do sistema de saúde. Além disso, propõe uma maior racionalidade na utilização dos demais níveis de atenção e a inclusão de atividades de educação e promoção da saúde de caráter intersetorial (FRAIZ, 2007).

4 JUSTIFICATIVA

Ao fazer uma análise das políticas públicas para juventude no Brasil, Sposito & Carrano (2003) apontam o setor saúde como um dos primeiros a destinar ações específicas para este público com foco na prevenção das DST/AIDS, acidentes de trânsito, drogadição e gravidez precoce.

Embora exista algum material produzido acerca das ações voltadas para os adolescentes na Secretaria Municipal de Saúde (SMS/RJ) - relatórios e sistematizações sobre projetos desenvolvidos, não existem estudos que abordem as experiências do ponto de vista da participação juvenil. Para análise do tema proposto a autora do presente estudo utilizou o referencial conceitual da Promoção da Saúde, lembrando que a participação juvenil, como estratégia de promoção da saúde, é explicitada nos documentos oficiais, mas pouco analisado. Para a prática é necessário problematizar ações desenvolvidas para e com os jovens na descoberta de novas tecnologias utilizadas na operacionalização das propostas desenvolvidas pela SMS/RJ.

Projetos como o Adolescentro Maré, o Adolescentro Paulo Freire e o Rede de Adolescentes Promotores da Saúde (RAP da Saúde) são produtos de um percurso institucional de 16 anos de existência do PROSAD na SMS/RJ que necessitam ser registrados analisando seu significado na atenção à saúde do adolescente.

O direito a participação como elemento constitutivo do direito à saúde será considerado no estudo em curso nas vozes dos entrevistados e na análise dos documentos para contribuir para a efetiva política de saúde dos adolescentes e dos jovens do Rio de Janeiro.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

Segundo Bourdieu (2005, p. 41), “trabalhar num verdadeiro objeto construído, tudo se tornará difícil: o progresso “teórico” gera um acréscimo de dificuldades “metodológicas””. Além de longa foi complexa a escolha do objeto. O papel de pesquisadora que observa um “jogo que continua a jogar” (BOURDIEU, 2005, p. 52), me colocava em conflitos que foram superados com as idéias do mestre Paulo Freire que aponta a “curiosidade epistemológica” como parte do trabalho do educador (FREIRE, 1996), legitimando, portanto, a investigação a partir do olhar para o próprio cotidiano de trabalho.

O maior problema encontrado pela pesquisadora foi selecionar seu objeto de estudo, pois o cotidiano do trabalho com a saúde do adolescente, como pode ser observado nos capítulos anteriores, se dá numa complexidade de ações, que misturam razão, emoção e relações. Além disso, são muitos anos de trabalho com adolescentes tanto na área da educação quanto na área da saúde e diversas as experiências que marcaram tanto a vida profissional quanto a vida pessoal. Este processo interno de tentar delimitar no campo da pesquisa, o conteúdo racional em detrimento do envolvimento pessoal, está sendo elaborado pela autora com muita dificuldade.

Segundo Bourdieu (2005, p. 18), a pesquisa é uma “atividade racional”, mas tem o efeito de aumentar o “temor e a angústia”. Na tentativa de fazer uma atividade racional, pesquisar, mas emocionalmente temerosa e angustiada, descrevo os caminhos trilhados para atingir os novos objetivos propostos pela banca examinadora e acatados por mim.

O longo processo de preparação do novo objeto da investigação e a premência temporal nos obrigou a fazer apenas um recorte, o olhar dos gestores sobre as propostas da SMS/RJ para a saúde do adolescente. Com esta escolha, fica uma lacuna importante para ser preenchida que é a percepção do próprio adolescente sobre essas mesmas ações.

O objeto do presente estudo são as ações de protagonismo juvenil, implantadas pela Gerência do Programa de Saúde do Adolescente (GPA) e pela Assessoria de Promoção da Saúde (APS), da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ), no município do Rio de Janeiro, segundo a percepção das lideranças profissionais envolvidas, no período de dezembro de 1992 a dezembro de 2008.

Para chegar aos projetos que trabalhavam com o protagonismo juvenil foi necessário voltar ao contexto da implantação da Gerência de Saúde do Adolescente no sentido de compreender o processo em que emergiram os projetos que serão descritos no próximo capítulo.

O levantamento bibliográfico passou pelas questões da saúde e sua interface com as questões legais, econômicas, sociais, políticas e históricas. Foram incluídas as teses e dissertações sobre o PROSAD no Rio, sobre o Adolescento Maré e de outras áreas do saber que utilizaram profissionais e adolescentes da SMS como fonte de dados.

Os conceitos que nortearam a pesquisa foram obtidos das leituras dos documentos oficiais e dos “discursos” sobre eles. Segundo Merhy (2005) o espaço do trabalho faz o olhar para o cotidiano e o diálogo com ele, cria significados para as palavras. Nesse sentido, os conceitos de saúde, promoção da saúde, adolescência,

vulnerabilidade e protagonismo juvenil ganham vida e significados nos documentos e nas falas dos entrevistados que fizeram parte da pesquisa.

O Projeto de pesquisa foi entregue ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil (CEP SMS/RJ) em agosto de 2009, solicitando parecer seguindo os Termos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96, sendo aprovado em 07 de dezembro de 2009, de acordo com registro CAAE 0178.0.314.308-09 (ANEXO A).

5.1 DESENHO DE ESTUDO

O presente estudo foi desenvolvido mediante as premissas da pesquisa qualitativa. Trata-se de uma abordagem que lida com “um nível de realidade que não pode ser quantificado” preocupando-se, principalmente, “com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (MINAYO, 1994, p. 22).

As premissas da abordagem qualitativa podem ser favorecidas, no caso da presente pesquisa, pela experiência profissional da autora que atuou na formulação de políticas para saúde do adolescente, na gestão de uma unidade de saúde para adolescentes e na coordenação de projetos com propostas de trabalho com o foco no protagonismo juvenil.

Trata-se de um estudo exploratório utilizado para conhecer as percepções de profissionais de saúde em seu cotidiano, propiciando compreender os processos

sociais nos quais estão envolvidos. Seu objeto são as ações implantadas pela Gerência do Programa de Saúde do Adolescente e pela Assessoria de Promoção da Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ), no município do Rio de Janeiro, segundo a percepção das lideranças profissionais envolvidas no período de dezembro de 1992 a dezembro de 2008.

5.2 COLETA DE DADOS

a) Análise documental: Segundo Cellard (2004, p. 296) “a história social ampliou consideravelmente a noção de documento. De fato tudo que é vestígio do passado, tudo que serve de testemunho é considerado documento ou “fonte””. Dentre os inúmeros documentos arquivados na SMS/RJ e lidos pela pesquisadora foram escolhidos como fonte de dados àqueles que seriam mais pertinentes para atingir os objetivos da pesquisa. Fazem parte do acervo, folders, cartazes, ofícios, projetos, relatórios, teses, dissertações, e muitas publicações da OPAS e do Ministério da Saúde. Para a presente investigação foram selecionados os principais documentos que tinham como objeto o PROSAD no município e os projetos Adolescento Maré, Adolescento Paulo Freire e RAP da Saúde.

b) Entrevistas semi-estruturadas: São conversas com informantes que combinam perguntas fechadas e abertas, ensejando ao entrevistado respostas que não se prendem apenas àquelas formuladas pelo pesquisador (MINAYO, 2005). No trabalho em questão optou-se por trabalhar com as entrevistas semi-estruturadas e individuais com informantes chaves, gestores da SMS/RJ. Os roteiros das

entrevistas continham questões comuns e questões particulares a cada um dos entrevistados de acordo com a sua função, que permitiria esclarecer pontos importantes para o resgate das propostas do PROSAD no Rio. Foram incluídas perguntas relativas à participação dos sujeitos na implantação da Gerência da Saúde do Adolescente e no desenvolvimento de projetos que utilizaram o protagonismo juvenil como estratégia de promoção da saúde. Para cada participante foi entregue um documento com os objetivos da pesquisa e foi solicitado que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) para participação em estudo científico. Duas entrevistas foram realizadas na residência dos entrevistados e duas no local de trabalho. A primeira entrevista foi iniciada pela orientadora e concluída pela pesquisadora. Todas as entrevistas foram gravadas com o consentimento dos entrevistados e posteriormente transcritas.

c) Participação Observante: A Observação como metodologia de pesquisa é utilizada nas ciências sociais e “qualquer que seja a sua natureza constitui o núcleo de todo procedimento científico” (JACCOUD; MAYER, p. 254). Na pesquisa de cunho qualitativo a observação foi denominada em princípio, de “observação participante”, devido ao caráter de interferência na relação entre o observador e o seu campo de pesquisa. No caso da presente pesquisa, a pesquisadora não se enquadraria em nenhum dos modelos apontados pelos autores: modelo da passividade, da impregnação ou da interação. A autora, além de observadora é objeto da própria observação, pois seu campo de pesquisa se dá em sua área de trabalho a SMS/RJ, mais especificamente na GPA e na coordenação dos projetos pesquisados. Essa proximidade do pesquisador com o objeto de estudo é analisada por um método proposto por Loïc Wacquant (2002), que chamou de “Participação Observante”. O termo “Participação Observante” é utilizado para

demarcar um deslocamento metodológico diante da clássica “Observação Participante”, oriunda das pesquisas etnográficas. Loïc Wacquant salienta que a diferença central está no fato de a “Participação Observante” ter uma maior intervenção, uma vivência corporal, uma experimentação do pesquisador com a prática cultural (objeto) que ele está investigando. Neste caso a subjetividade do pesquisador e sua proximidade com o objeto não se constituem um obstáculo, e sim uma contribuição (JACCOUD; MAYER, 2004).

5.3 ÁREA DE ESTUDOS E SUJEITOS DA PESQUISA

a) Cenário: O Campo de estudos da presente pesquisa não é uma área geográfica, mesmo sendo realizada no âmbito da Secretaria Municipal do Rio de Janeiro. Refere-se à gestão do trabalho em saúde do adolescente. As ações e propostas analisadas foram distribuídas em várias Áreas Programáticas do Município. No percurso da pesquisa, em 2009 a estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde foi modificada e passou a se denominar Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil (SMSDC)³, acompanhando a estrutura da secretaria de saúde estadual. Foi dividida em cinco Subsecretarias: Defesa Civil; Atenção Primária, Vigilância e Promoção; Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência; Vigilância Sanitária e Gestão do Trabalho, Administração e Finanças. A Gerência de Saúde do Adolescente ficou subordinada a Coordenação de Linhas de Cuidado e Programas Especiais que está subordinada à Superintendência de Atenção Primária. As dificuldades iniciais de uma nova gestão e as mudanças

³ Decreto Municipal nº 30.433 de janeiro de 2009.

propostas levaram a Gerência de Saúde do Adolescente a ficar sem gestor durante 10 meses no ano de 2009.

b) Sujeitos da Pesquisa: Os atores selecionados para a pesquisa são profissionais da Secretaria Municipal de Saúde, gestores, que participaram da elaboração da política de saúde do adolescente no Rio de Janeiro no período de 1992 a 2008, ou seja, a partir da criação da Gerência de Saúde do Adolescente. Foram escolhidos quatro informantes-chave a partir do percurso técnico e político que os levou a participar diretamente no desenvolvimento de projetos que incluíram a participação juvenil.

As entrevistas incluíram as duas gerentes que atuaram no Programa de Saúde do Adolescente desde a sua criação em 1992, em cujas gestões foram traçados os rumos da política da Saúde do Adolescente no município do Rio de Janeiro, incluindo projetos que valorizaram a participação juvenil em ações de promoção da saúde.

Outro informante-chave tem um longo caminho no serviço público. Como gestor, acompanhou o percurso da política municipal que culminou com a criação da Gerência de Saúde do Adolescente mantendo-se envolvido com suas principais iniciativas. A outra informante-chave está diretamente vinculada a programas estratégicos para a promoção da saúde dos adolescentes.

Esses quatro informantes são médicos e foram escolhidos pela trajetória histórica da atuação na gestão da SMS, que delinearam políticas para atenção à saúde do adolescente que tinha como foco a participação juvenil. Começaram suas carreiras por concurso público, atuando inicialmente no atendimento direto em unidades de saúde da zona oeste do município do Rio de Janeiro.

Para preservar o anonimato dos entrevistados utilizaremos a denominação de Informante A, Informante B, Informante C e Informante D.

São os gestores que operam as políticas, são eles que propiciam as capacitações, demandam relatórios, reservam recursos que farão chegar ao cotidiano das unidades de saúde as ações destinadas aos usuários. É sob o filtro do “olhar do gestor” e do “olhar da pesquisadora que as informações foram coletadas e analisadas”. Além disso, temos o filtro da memória, “que pode também alterar lembranças, esquecer fatos importantes ou deformar acontecimentos” (CELLAD, 2004), pois o tempo pesquisado é bem longo, vai do ano de 1992 ao ano de 2008.

5.4 ANÁLISE DOS DADOS

5.4.1 Análise dos documentos

Segundo Le Goff (*Apud* CASOTTI, 2009) os documentos não são materiais puros e neutros, fazem parte do “poder da sociedade do passado sobre a memória e o futuro”. Ao perpassarem o tempo não têm valor absoluto, mas expressam resultados de escolhas (LE GOFF, 1994, p. 535). Todo esforço da investigação, da busca de leitura de uma situação sempre será destinado a alguém, feito de um lugar epistemológico, metodológico e ideológico. Nesse caso, a investigação se deu no sentido de descrever as atividades da Gerência do Programa de Saúde do

Adolescente (GPA, SMS/RJ) e analisá-las na perspectiva da inserção do protagonismo juvenil em suas propostas.

Foram objeto de uma observação geral os documentos guardados na GPA. Àqueles que mais se adequavam aos objetivos da pesquisa foram separados e lidos com mais atenção. Também foram levantados documentos que faziam parte do arquivo pessoal dos informantes chave e documentos citados por eles em suas entrevistas, ou seja, foram separadas teses e dissertações, trabalhos acadêmicos, ofícios, relatórios, publicações do diário Oficial, textos da OPAS e do Ministério da Saúde e vídeos.

Na apreciação dos documentos a fim de apresentá-los de forma mais fidedigna nos deparamos com dificuldades de ordem operacional, pois alguns registros estão sem data e alguns sem nomear os autores. Alguns documentos estão impressos com máquina de escrever e outros em arquivos digitais. A falta de datas de alguns documentos dificultou o ordenamento cronológico e em nada diminuiu a riqueza dos conteúdos. As mudanças na estrutura da SMS/RJ também se refletiu na reorganização e enxugamento do espaço físico. Nesse processo que gerou inúmeros atropelos muitos documentos se perderam.

Para entender a conjuntura do desenvolvimento dos projetos Adolescentro Maré, Adolescentro Paulo Freire e RAP da Saúde que continham em sua proposta a inclusão de adolescentes como protagonistas, os documentos foram lidos observando-se como se apresentava a concepção do adolescente sobre sua inclusão no contexto da atenção à saúde.

Para uma organização didática, os documentos foram divididos da seguinte forma: Documentos da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro e da Secretaria Municipal de Saúde. Os documentos foram apresentados em ordem

cronológica em função de ações concretas em projetos desenvolvidos e de propostas de diretrizes ao longo de 16 anos (1992 - 2008). Também foram analisadas as produções acadêmicas que tinham como foco o PROSAD e seus Principais projetos.

Para a pesquisadora, atual gerente do Programa de Saúde do Adolescente da SMSDC, esta etapa foi fundamental para organizar materiais para o momento de mudanças propostas para a gestão que se iniciou no ano de 2009. A história precisa ser resgatada, as informações organizadas e analisadas para dar visibilidade ao que já foi realizado pela GPA e pensar em estratégias para o presente e para o futuro da política de saúde do adolescente no município do Rio de Janeiro.

Apresentaremos a seguir dois quadros relacionando o conjunto de documentos selecionados para análise, com identificação (quando disponível) do ano de emissão, do autor e tema. O quadro 1 informa o documento da SES/RJ; e o quadro 2, os documentos do PRPSAD/SMS/RJ.

19	Documento da Comissão Interinstitucional de Assessoramento à Implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde do Adolescente.	Apresenta os componentes da Comissão, objetivos, diretrizes, metas e estratégias de implantação do PROSAD. Nas diretrizes gerais inclui o estímulo a participação ativa dos adolescentes nas ações educativas.
----	---	---

Quadro 1: DOCUMENTO DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

1993	Ofício-circular S/SSC/CPS/Gpa nº 067 de 22/10	Divulgação do I Treinamento de profissionais para a formação de adolescentes multiplicadores em saúde - Organizado pela SMS, SME e Centros de estudos e Pesquisa da Leopoldina (MIMEO)
1996	Ofício S/SSC/CPS/GPA nº 264/96	Apresenta o PROSAD a SMS e solicita a Secretária de Desenvolvimento Social, Wanda Engel que distribua os cartazes da GPA nas unidades da SMDS e apresenta como princípios gerais entre outros a valorização da participação ativa do adolescente e a ênfase na promoção da saúde e nas ações educativas (MIMEO)
1996	Fax para comissão organizadora do Encontro Municipal de Saúde da Mulher	Apresenta dois resumos de trabalhos: Projeto Educarte e o Programa de Saúde do Adolescente na SMS/RJ
1996	Atenção ao Adolescente nas Unidades de Saúde	Traz uma relação com nome, endereço e telefone de todas as unidades municipais de saúde que desenvolviam qualquer atividade para adolescentes e o nome dos profissionais de referência.
1997	Ofícios recebidos pela GPA do PAM Botafogo, P.S. Flávio Couto Vieira e P.S. Fernando Antônio Lopes	Projetos para implantação do Programa do Adolescente nessas unidades (MIMEO) Destaque para ações em parcerias com a escola e formação de equipe interdisciplinar para o atendimento aos adolescentes.
1997	Coordenação de Programas Especiais	Proposta de Curso de Agente Comunitário de Saúde Para Adolescentes do Programa Rio Criança Cidadã (PRCC) na Escola de Saúde do Exército (MIMEO)
1998	Apresentação do PROSAD e seus principais projetos	Atividades desenvolvidas, Projeto Vista Essa Camisinha com resultados de atendimento entre os meses de janeiro a maio. Projeto Sinal Verde e Projeto Educarte.
1998	Ofício nº 21 de 2/03	Informa a Superintendente de Saúde Coletiva as propostas do Projeto Sinal Verde e solicita que seja encaminhado um ofício para a SME.
1999	Relatório de Atividades do mês de agosto da GPA	Relata a datas e principais atividades realizadas destacando-se a inauguração do AIA no P.S Madre Tereza de Calcutá, na Ilha do Governador e da apresentação do PROSAD para as novas equipes do PSF
2000	Relatório do "I Fórum Carioca de Juventude"	Apresenta um relatório detalhado das organizações que promoveram, das principais discussões e as conclusões.
2001	Relatório do Adolescento Maré (MIMEO)	Apresenta detalhadamente as atividades realizadas de dezembro de 2000 a janeiro de 2001 com destaque para o curso de capacitação para os adolescentes e as atividades que foram desenvolvidas por eles na comunidade
2003	Avaliação do Adolescento Maré (MIMEO)	Apresenta como acerto metodológico o investimento no potencial de transformação que oferece o protagonismo juvenil, bem como a incorporação nas unidades de saúde das inovações propostas pelos jovens.
2003	Atividades voltadas para a gravidez na adolescência na última década (atualizadas no mês de agosto)	Apresenta todas as atividades desenvolvidas pela GPA com alguma inserção na temática destacando-se a capacitação dos profissionais, a parceria com a SMS e a implantação do Adolescento Maré.
2004	Resolução SMS nº 1063 de 28 de abril, publicada no D.O. Rio, 2004 p. 33 e 34.	Criação do Adolescento Paulo Freire . Prevendo cursos de capacitação de profissionais de saúde e adolescentes e o desenvolvimento de ações de promoção e assistência à saúde para adolescentes na faixa de 10 a 19 anos.
2005	Projeto do Adolescento Paulo Freire (MIMEO). Elaborado pela equipe	Inclui como proposta a valorização e participação do jovem enquanto um cidadão capaz de agir e de se fazer representar frente às questões sociais que os envolve.
2006	Termo de Referência para a implantação do Projeto RAP da Saúde	Na descrição do objeto, inclui a formação de redes e a atuação em promoção da saúde protagonizadas por adolescentes na interface com as unidades de saúde e a comunidade.

2006 - 2008	Boletins da Rede de Adolescentes Promotores de Saúde (impresso e digital)	Relatam as atividades desenvolvidas pelos jovens nas unidades de saúde e na comunidade
2008	Relatório do RAP da Saúde - agosto de 2007 a fevereiro de 2008 (MIMEO)	Apresenta como objetivo geral o fortalecimento da percepção do adolescente como recurso para o desenvolvimento de estratégias de promoção da saúde no âmbito das unidades de saúde
2009	Plano Municipal de Saúde 2009 - 2013	Destaque para a ausência de destinação de recursos para a saúde do adolescente

Quadro 2: DOCUMENTOS DO PROSAD/SMS/RJ, 1993 a 2009.

Muitos outros documentos foram lidos, porém, optou-se por descrever àqueles que se podia determinar o ano e que fossem mais representativos das iniciativas do Programa de Saúde do Adolescente no Rio de Janeiro. As lacunas das informações serão preenchidas com as falas dos entrevistados e com o relato da pesquisadora com participante observadora. Como parte do levantamento bibliográfico e documental a pesquisadora elaborou um quadro com os principais marcos históricos que constituíram as diretrizes e bases do PROSAD (APÊNDICE B).

Esses documentos foram compilados e as cópias estão disponíveis na SMS/RJ e na Biblioteca do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá. O Plano Municipal de Saúde está em arquivo digital devido ao grande número de páginas.

5.4.2 Análise das entrevistas

Para análise das entrevistas, a metodologia proposta se aproxima de uma forma tradicional de análise dos estudos de caso que prevê a organização de

matrizes e diagramas. O que se leva em conta, neste caso, é a “habilidade dos pesquisadores para desenvolver modelos próprios adequados às características de seus estudos” (GIL, 2009, p. 108).

O material coletado foi categorizado através da divisão do texto em agrupamentos temáticos que se correlacionavam com os objetivos propostos à luz dos principais conceitos.

As entrevistas foram semi-estruturadas propiciando liberdade de fala aos entrevistados que puderam reconhecer, na reconstrução da história do PROSAD, seu percurso profissional e as interfaces com sua história pessoal.

Na leitura das falas transcritas, levou-se em consideração àquelas que continham elementos do contexto político em que emergiram as iniciativas do PROSAD no Rio, tentando entender o papel do Município, do estado e do governo federal; a motivação pessoal para trabalhar com este público; as conquistas e dificuldades vivenciadas; a visão que tinham do sujeito adolescente e como essa visão influenciou suas práticas; a descrição e análise dos projetos que são alvos desse estudo e tinham em seu escopo o trabalho dos adolescentes como protagonistas; o futuro do Programa no contexto da implantação do modelo de Atenção Básica, reorganizado segundo a Estratégia da Saúde da Família.

Os entrevistados puderam recuperar a linha do tempo de seu percurso profissional e trazer a ótica do profissional de ponta, que trabalhou no atendimento, e a ótica da gestão, lugar que ocupavam no momento da entrevista.

No estudo de caso do Programa de Saúde do Adolescente no Município do Rio de Janeiro foi possível utilizar instrumentos de análise que permitiram a construção de um sumário que organiza e relaciona os dados obtidos nas

entrevistas. Primeiro foram separadas todas as falas que versavam sobre temas semelhantes, depois se formaram subcategorias dentro dos grandes temas.

O sumário proposto pela autora com base nas entrevistas conta com as seguintes categorias:

1 - A constituição do PROSAD no Rio de Janeiro:

1.1 - Tensão entre Assistência e Promoção da Saúde do adolescente

1.2 - Organização dos serviços e fluxos

1.3 - Relações Institucionais

1.4 - Relação inter-secretarias

1.5 - Interfaces dentro da SMS

2 - Papel dos gestores na atenção à saúde do adolescente

2.1 - Motivação dos profissionais para o trabalho com adolescentes

3 - Os recursos humanos

3.1 - Educação permanente x educação continuada

3.2 - A equipe multidisciplinar

4 - Visões do adolescente e do protagonismo juvenil

5 - Os projetos na ótica dos entrevistados

5.1 - O Adolescentro Maré

5.2 - O Adolescentro Paulo Freire

5.3 - O RAP da Saúde

6 - O Futuro do Programa

Em cada item do sumário foram colocadas as falas transcritas dos entrevistados, que junto com a análise documental e a participação observante formam o escopo dos resultados e da discussão.

Segundo GIL (2009, p. 108), para se conferir significado aos dados nas pesquisas qualitativas, não se tem procedimentos estatísticos como nas pesquisas quantitativas, então o pesquisador é o “principal elemento de análise e interpretação do estudo de caso”. Habilidades subjetivas dos pesquisadores como perspicácia e intuição, podem contribuir na qualidade dos achados da pesquisa.

Espera-se que a experiência da pesquisadora com trabalho de longos anos no Programa de Saúde do Adolescente tenha contribuído para construção e a análise das categorias bem como a interpretação dos dados obtidos.

As categorias levantadas no sumário das entrevistas, o conteúdo das falas dos entrevistados, mesclados com as informações dos documentos analisados, foram utilizadas como referências para apresentação dos próximos capítulos. Optou-se por apresentar os resultados em paralelo com a discussão a fim de que o leitor tenha a oportunidade de um maior aprofundamento quando toma o primeiro contato com a informação.

6 A POLÍTICA DE SAÚDE DO ADOLESCENTE NO RIO DE JANEIRO

Neste capítulo serão descritos os principais resultados da análise de documentos e das entrevistas.

Será apresentado o contexto municipal da criação do PROSAD no Rio de Janeiro e da institucionalização da Gerência de Saúde do Adolescente.

Também serão apontados os desafios da gerência em operacionalizar um programa que faz emergir a discussão de uma teoria da saúde e da doença que não pode mais se ocupar com a dimensão individual-orgânica, tendo que redefinir instrumentos de trabalho que construam novos modelos sugeridos pelas contradições dos modelos anteriores (AYRES, 1989). Neste sentido, são apresentadas a tensão entre priorizar a assistência em detrimento da promoção à saúde ou vice-versa, bem como os dilemas entre o programa real e o programa idealizado e as dinâmicas de enfrentamento das contradições presentes nos discursos e nos processos de trabalho. Como pano de fundo deste processo de trabalho, que tem um forte componente na formação de recursos humanos está o olhar para o público a que se destinam essas ações: o sujeito adolescente. As diferentes visões, do adolescente como objeto das intervenções ou do adolescente como sujeito ativo delas, permeiam os discursos e as práticas tanto dos gestores quanto dos profissionais de saúde que atentem diretamente os adolescentes.

6.1 CONTEXTO DA CRIAÇÃO DO PROSAD

A implantação do PROSAD no Rio de Janeiro vem se dando de maneira gradual desde 1987. Foi precedida de uma política municipal para a saúde do escolar, criada a partir da demanda da Secretaria de educação no sentido de atender aos alunos com dificuldade de aprendizagem. A Secretaria Municipal de Educação criou órgãos internos que avaliavam os alunos e aqueles que apresentassem dificuldades de relacionamento, comportamentos agressivos e problemas de aprendizagem eram encaminhados para os pólos de saúde do escolar da SMS. Apesar de todo esforço, das duas secretarias, os alunos atendidos na Saúde do Escolar não conseguiam obter sucesso no processo de aprendizagem e continuavam nas listas de reprovados.

“A saúde se organizava para atender essas crianças buscando uma causa orgânica que pudesse justificar a questão do fracasso escolar [...]. A gente estava vendo que isso se avolumava e não se chegava a conclusão alguma. Era uma frustração da criança, da família, da escola e do profissional de saúde. Ela passava por uma bateria de exames, voltava para a escola e no ano seguinte era reprovado de novo. Mostrando que a questão não estava só ali. Era um processo multicausal. A gente começava a discutir isso aqui [...]. Foi constituída uma Comissão Interinstitucional de Saúde e Educação que discutiu isso e apresentou propostas de transformação cujo documento base foi aquele da experiência lá da Penha do documento **Educação Saúde e Democracia: Perspectivas de Transformação**” (INFORMANTE A).

“Eu colocava os óculos porque ele precisava enxergar, era um direito dele, aí chegava no fim do ano ele era reprovado com óculos e tudo. Os óculos ajudavam, mas tinha outros componentes que ninguém descobria” (INFORMANTE A).

Segundo Silva (1991), a Comissão Interinstitucional de Saúde e Educação concluiu pela necessidade de inserir a assistência ao escolar no contexto das ações básicas de saúde a serem realizadas pelas unidades, de acordo com as normas de Atenção à Saúde da Mulher, Criança e Adolescentes traçadas pelo antigo Departamento de Proteção Materno-Infantil ao qual estava subordinada a saúde do

escolar. Com essas mudanças, os profissionais que atuavam neste setor passaram a trabalhar com atendimento às crianças e adolescentes da rede, independente de serem escolares ou não. Antes disso, as crianças e adolescentes que estavam fora da escola tinham dificuldades no acesso ao sistema de saúde.

“A mesma mãe que tinha um filho na idade escolar e outro fora da idade só tinha atendimento para o escolar. Só era atendido quem fosse encaminhado pela escola. Isso era uma aberração” (INFORMANTE A).

“Foi por isso que discutíamos, a gente se insurgiu até que acabasse com isso e todos os profissionais fossem integrados para Atenção Integral à Saúde da Criança, fosse escolar ou não” (INFORMANTE A).

A Saúde do escolar tinha componentes basicamente assistenciais e sanitários. Os serviços de saúde se relacionavam com as escolas públicas de forma normatizadora e autoritária fazendo referência mais ao patológico que ao normal (SILVA, 1999).

“O pior é que não havia solução para os problemas que eram de ordem pedagógica, sociais, políticas e orgânicas também. Só que a orgânica era colocada como a causa básica principal” (INFORMANTE A).

“Esse processo de discussão veio caminhando até chegar em 92 em que se desconstrói o modelo de medicalização do fracasso escolar” (INFORMANTE A).

A desconstrução do modelo de atenção à saúde de crianças e adolescentes, via problemas de aprendizagem, se operacionaliza no esvaziamento do Programa de Saúde do Escolar que tinha fluxos definidos e referências estabelecidas. Para atendimento das crianças já havia uma série de protocolos instituídos pelo Programa da Criança, tais como o calendário vacinal e as medicações próprias para cada tipo de diagnóstico. Os profissionais sabiam o que prescrever diante de conjunto de sinais e sintomas. Quando elas chegavam a uma fase em que as questões trazidas fugiam do escopo do modelo assistencial, já na pré-adolescência, como o desenvolvimento da sexualidade, o uso de drogas e questões relacionadas à

violência entre outras, os profissionais percebiam que precisavam de outros referenciais teóricos que dessem conta desses novos desafios.

“Começou-se a trabalhar intensivamente dentro da Atenção Integral à Saúde da Criança e ficou certo hiato porque quando começavam as questões de violência, sexualidade, drogas, mas principalmente essas questões de sexualidade. Nem todos os pediatras se sentiam confortáveis de trabalhar essas questões” (INFORMANTE A).

“A Saúde não resolvia os problemas dos adolescentes. Diferente de outras áreas: “vem com pneumonia eu dou antibiótico, tchau e bênção”. Voltava àquela mãe feliz; “doutora a senhora é minha heroína, salvou meu filho”. A questão do adolescente não era isso. Eram questões da vida. Ali era espaço de troca, reflexão, apoio, acolhimento” (INFORMANTE B).

“As dificuldades vinham quando a gente não conseguia resolver: as questões de violência, a falta de estrutura familiar, as questões econômicas, as dificuldades de vida” (INFORMANTE D).

“Desde o início a questão do adolescente ficou claro que ela trazia a questão dos Determinantes Sociais. Mais do que qualquer outro programa, o que a saúde tinha a oferecer para o adolescente era muito pouco perante a sua necessidade” (INFORMANTE B).

Ao mesmo tempo em que a saúde do escolar passava por profundas transformações a Organização Panamericana de Saúde, impulsionada pelas resoluções da Organização Mundial da Saúde, reconhecendo adolescência como uma etapa singular do desenvolvimento e como população de risco social, passou a apoiar iniciativas de criação do Programa de Saúde do Adolescente na América Latina (SERRANO, 1995).

Com o apoio de um representante da OPAS, a Secretaria Estadual de Saúde fomentou a discussão sobre a criação do Programa de Saúde do Adolescente organizando a Comissão de Assessoramento À Implantação do Programa de Assistência Integral À Saúde do Adolescente, coordenada pela representante do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança. Participavam desta comissão representantes de outros setores da Secretaria Estadual de Saúde (SES), da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) do Instituto

Nacional da Previdência Social (INAMPS) e da Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro(SOPERJ).

“Enquanto isso o Rio começa com Comitê Estadual, talvez início dos anos 90, mas estou na dúvida. Mas aí vai começar a definir as diretrizes para a implantação do trabalho. Quando eu comecei a participar do Comitê eu não era do nível central. Esse comitê começa a definir diretrizes” (INFORMANTE B).

No município do Rio de Janeiro o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD) foi promulgado antes que a Secretaria Estadual de Saúde e o Ministério da Saúde criassem seus próprios programas. Entretanto a Gerência do Adolescente só seria institucionalizada seis anos depois. A SMS/RJ iniciou suas propostas com uma importante definição: era importante que cada unidade definisse os médicos que se responsabilizassem por seu atendimento porque muitas vezes o pediatra só atendia até 12 anos e o clínico geral só atendia a partir de 14 anos ficando algumas lacunas na atenção.

“Posteriormente com o apoio da Sociedade Brasileira de Pediatria, os pediatras foram assumindo a responsabilidade pela atenção aos adolescentes” (INFORMANTE B).

6.2 CONTEXTO DA CRIAÇÃO DA GERÊNCIA DE SAÚDE DO ADOLESCENTE

O trabalho com a saúde do adolescente, no município, se iniciou de forma independente apesar de seguir as diretrizes do Ministério da Saúde. A Secretaria de Saúde da antiga capital da república, de certa maneira já traçava seu curso de forma autônoma mesmo antes da descentralização proposta pelo SUS.

“A gente trabalhava dentro da proposta de atenção integral à saúde da criança do Ministério, mas todo esse processo de incorporação do adolescente enquanto uma gerência, e dessa modificação da questão da saúde do escolar, foi uma iniciativa da própria estrutura da Secretaria Municipal que sai da discussão com técnicos das duas secretarias, de saúde e educação” (INFORMANTE A).

(Em relação ao MS) “Naquela época era o contrário. Se hoje eu digo que vem algo do Ministério na mesma hora está implantado. Naquela época

havia certa resistência: O pessoal gostava de dizer: Aqui nós pensamos por nossos próprios neurônios” (INFORMANTE B).

O contexto político-institucional do município, que favoreceu a implantação da GPA e outros programas iniciou-se com a mudança do Secretário de Saúde em 1991, que foi o terceiro a ocupar o cargo na gestão iniciada em 1989 e permaneceu durante 12 anos com basicamente a mesma equipe, mesmo com as mudanças na prefeitura a partir de 1992. Houve então, uma possibilidade quase inédita, numa gestão democrática que troca de governo a cada quatro anos, do desenvolvimento de um projeto de gestão do qual fizeram parte os entrevistados deste estudo enquanto gestores ou profissionais de ponta.

Para os entrevistados, os principais avanços alcançados durante este período foram: o resgate da auto-estima dos profissionais que trabalhavam na SMS/RJ, a criação de espaços de participação, as possibilidades de integração com outras secretarias e a valorização do saber técnico em detrimento da ingerência política na ocupação dos cargos de chefia.

“Foi aí que começou tudo. Quando houve a nova estrutura em 92 foi na gestão do Dr. Gazolla. Daí pra frente nunca mais deixou de existir essa gerência” (INFORMANTE A).

“Foi retomado o resgate da auto-estima dos profissionais, investindo na pessoa, na qualificação profissional, descentralizando, dando a oportunidade das pessoas tomarem decisões, assumirem o processo, a criar, a apresentar propostas [...]. A criação de colegiados. Uma discussão muito grande com a participação de todos os segmentos semanalmente no gabinete. As coisas eram discutidas entre todos. Isto culminou numa estrutura nova, atendendo a uma reivindicação que vinha de algum tempo. Ela foi uma estrutura quebrando com um processo de anos [...] inclusive abrindo espaço para sugestões, por exemplo, dentro da estrutura, além do adolescente a questão da criação da saúde do trabalhador [...]. Teve também a formação dos Conselhos municipais, Distritais e Estaduais [...]. Não tinha esse medo de ser colocado e alguém ir lá e tirar. Um tira e bota [...]. Isso deu credibilidade não só aqui, mas no nível local” (INFORMANTE A).

“Era uma época em que se valorizava muito a questão técnica. A maior parte das pessoas falavam assim quando mudava o governo: “Vocês não vão sair não é ? [...]”. Aí se referiam tanto ao programa do adolescente como ao programa da mulher e da criança. Era uma época em que a competência técnica tinha seu lugar. Por mais que tivesse uma certa

invisibilidade em relação ao programa eu era identificada como uma boa técnica e minha equipe também” (INFORMANTE B).

Outra questão importante no contexto da implantação da GPA foi a articulação entre o governo estadual e o governo municipal. Nesse sentido, os primeiros treinamentos dos profissionais da rede municipal de saúde se deram a partir de um acordo de cessão de um espaço próximo ao Hospital Pedro Ernesto para que a Universidade Estadual do Rio de Janeiro desenvolvesse ações na Atenção Secundária à Saúde do Adolescente já que tinham necessidade de acompanhar os pacientes que passavam pela enfermagem de adolescentes do Hospital. Em troca da cessão do espaço, a UERJ oferece treinamento em saúde do adolescente para os profissionais da rede municipal.

“Existia na UERJ um trabalho intenso. Nesse período a UERJ faz uma parceria com a SMS em que ela pede a possibilidade de utilizar o pavilhão Floriano Estofel que virou unidade clínica de adolescentes, ali do lado do Hospital Pedro Ernesto entre ele e a escola Argentina [...]. Com isso, vários profissionais da rede começaram a ser capacitados a fazer curso de formação para se especializar para atender adolescentes” (INFORMANTE A).

6.3 OS PRIMEIROS DESAFIOS DA GERÊNCIA

6.3.1 O Programa Ideal

As Diretrizes do Ministério da Saúde baseavam-se num trabalho estruturado no atendimento do adolescente por uma equipe multiprofissional: “o PROSAD deverá ser executado dentro dos princípios da integralidade das ações de saúde, da necessária multidisciplinariedade” (BRASIL, 1989).

Essas diretrizes compunham um avanço na desconstrução de um modelo assistencial que tinha como ator principal o médico.

“Outra coisa importante é a descaracterização de que essas questões de saúde do adolescente, saúde do escolar e saúde do trabalhador eram específicas do médico. Não. A questão de você ter a possibilidade de outros profissionais de saúde estar compondo as equipes” (INFORMANTE A).

A assistência à saúde passou a exigir diferentes intervenções e distintos objetivos técnicos, reorganizando os serviços de atenção básica e estabelecendo o trabalho multiprofissional (BRANCO, 2002).

Essas diretrizes, propostas pelo programa idealizado, trouxeram dificuldades para a participação dos profissionais da rede municipal e somente algumas unidades federais, que foram municipalizadas posteriormente, participaram das primeiras capacitações oferecidas pela UERJ e montaram serviços específicos para adolescentes com equipe multidisciplinar.

“Diretrizes muito distantes das possibilidades da prefeitura.. Porque se definia regras muito irreais. Por exemplo, para poder receber capacitação, o serviço de saúde tem que ter uma equipe completa com tais e tais profissionais. Era assim se você não tem equipe completa vai quebrando teu galho” (INFORMANTE B).

“O INAMPS tenha essa facilidade. O Rio não estava em gestão plena, essas unidades não eram municipalizadas e elas funcionavam com essa outra lógica [...]. Era o Cardoso Fontes, PAM Marechal Rondon, PAM Treze de Maio, a própria Maternidade Praça XV. Eles conseguiam se ajustar a esse formato” (INFORMANTE B).

6.3.2 O Programa Real

Para o enfrentamento dos dilemas entre a implantação do Programa ideal e as reais possibilidades do município, foi proposta a seguinte alternativa: qualquer unidade que desenvolvesse uma única atividade para adolescentes seria reconhecida como fazendo parte do Programa. Poderia ser um turno específico para atendimento de adolescentes, um grupo de discussão, uma parceria com uma

escola, qualquer iniciativa dos profissionais de saúde era valorizada pela gerência. Mais tarde, esta forma de trabalho foi reconhecida pela própria OPAS como uma opção utilizada em vários países do mundo.

“Quando você tem um gramado entre duas ruas você deixa as pessoas pisarem na grama e depois você coloca o cimento em cima do caminho que elas fizeram. Passei a usar essa metáfora. A gente precisava ver qual é o caminho que a rede estava encontrando e validar isso [...] tínhamos um olhar para a diversidade, a criatividade e a validação dos profissionais [...]” (INFORMANTE B).

A M. M. da OPAS me falou, o seu problema é que a proposta que vocês fizeram no Rio de Janeiro é a proposta usada no mundo inteiro que é de respeitar a vida real e criar possibilidade de qualificação, encontrar esses caminhos a partir do que existe. E não de formação de serviços artificiais só voltado para adolescente” (INFORMANTE B).

Mesmo respeitando as iniciativas criativas e as especificidades das unidades de saúde, a GPA inicialmente tinha como norte o programa ideal, com espaços próprios para adolescentes e uma equipe sensibilizada para o acolhimento diferenciado para esse grupo. Nesse sentido, apoiou o P.S Madre Tereza de Calcutá na Ilha do Governador no desenvolvimento do Projeto AIA (Atendimento Integral de Adolescentes) que contava com uma equipe multidisciplinar e uma porta de entrada aberta aos adolescentes diariamente.

“A gente tinha um espaço próprio, uma porta de entrada que eram duas assistentes sociais que estavam todos os dias lá. Então tinha gente o tempo todo para atender. Quando chegava algum adolescente no Posto, eles mandavam para nosso espaço porque sempre tinha gente. Era uma porta aberta porque tinha gente todo dia” (INFORMANTE D).

“Como elas (Assistentes Sociais) ficavam ali só para o adolescente elas faziam o encaminhamento necessário para hora, mas sempre passava pelo atendimento clínico. Acabamos criando um serviço muito bom. Tinha assistente social, enfermeira que fazia consulta de enfermagem. Depois chegou outra enfermeira e ficou fazendo consulta. Nós revezamos consulta de enfermagem com consulta médica. Tinha nutricionista, duas psicólogas, psiquiatra” (INFORMANTE D).

Ainda na linha de propostas com uma equipe multidisciplinar a GPA, desenvolveu o projeto do Adolcentro Maré e implantou o Adolcentro Paulo Freire que serão descritos em capítulos posteriores.

6.3.3 A formação dos Recursos Humanos

O processo educacional oferecido para os profissionais da rede de se dava tanto nos moldes da educação permanente quanto nos moldes da educação continuada e com diferentes metodologias, mas privilegiando as metodologias participativas onde a promoção da saúde era tema predominante.

“Então quando eu fui para o nível central, eu institucionalizei esse espaço que tinha sido importante pra mim quando eu atendia na unidade e criei um grupo de estudos que depois se transformou no Centro de Estudos de Saúde do Adolescente. Só que eu tornei a coisa assim mais regular. Eu chamava profissionais, fazia apresentação de experiências e fui fazendo a coisa crescer” (INFORMANTE B).

“Eu consegui potencializar a criatividade dos profissionais, consegui legitimar essa criatividade. Acho que outros fizeram comigo” (INFORMANTE B).

“A preocupação da gente aprender as coisas. Foram várias capacitações inclusive do Teatro do Oprimido. A gente estava lá no fim do mundo, fazendo nossas coisas... De repente pegava gás porque a gente participava das atividades promovidas pela Secretaria. A gente aprendia as coisas” (INFORMANTE D).

As oportunidades de participar de espaços de formação continuada, cursos oferecidos pelo Ministério e pela própria GPA sensibilizavam e motivavam os profissionais no trabalho com os adolescentes.

Segundo Ruzany (2000, p. 86):

Muitos profissionais de saúde não sentem motivação para se dedicar à população adolescente, baseando-se, às vezes, nos dados epidemiológicos que apontam baixas taxas de morbidade. Não se dão conta de que as taxas de mortalidade são as mais elevadas de todos os grupos etários.

Os cursos de capacitação promovidos para a rede tiveram um papel importante na sensibilização dos profissionais para um trabalho com um grupo normalmente invisível nos serviços e os ajudaram na construção de ações específicas para os adolescentes.

(Em relação a participação num curso oferecido pelo MS): “Quando voltei, eu estava como se tivesse colocado os óculos num filme de terceira

dimensão e a percepção de tudo muda. Pensando no que era a perspectiva desse trabalho na rede pública. Isso foi definidor de caminhos” (INFORMANTE B).

Profissionais comprometidos e motivados e que já tinham sido expostos à alguma atividade de sensibilização ou treinamento, que envolviam atividades mais participativas motivavam outros profissionais.

“Onde a gente identificava profissionais bastante sensíveis, bastante importantes nessa história da atenção à saúde do adolescente [...] profissionais muito engajados, não necessariamente já com alguma experiência com adolescente mais que tinham esse desejo de trabalhar, gostavam de trabalhar com adolescente (INFORMANTE C).

“Escrevemos um projeto para atendimento multiprofissional porque tinha um monte de gente que gosta de trabalhar com isso (saúde do adolescente)” (INFORMANTE D).

6.3.4 Desafios na tensão entre promoção da saúde e assistência à saúde

Os profissionais de saúde em geral e em particular aqueles que atuam no campo da saúde do adolescente, vivem a dicotomia entre promoção da saúde e assistência à saúde. Dicotomia que não deveria existir, pois os modelos se complementam e têm seu papel histórico no desenvolvimento das políticas e ações de saúde.

A saúde do adolescente faz emergir as contradições do sistema de saúde que se preocupa primordialmente com as doenças. Ainda é recente, na história, a mudança do olhar para saúde como a conjunção de fatores sociais determinantes para as boas condições de saúde.

“A saúde do adolescente tem muito mais a ver com promoção de saúde, da forma como estamos tentando enfocar cada vez mais do que com o tratamento de doença... Quando a gente perguntava ao adolescente e tentava buscar a representação social que ele tinha de saúde, encontrávamos muito mais coisas relacionadas a estética, a representação do corpo, a diversão, a lazer, a dança, a prazer, a música, a alimentação saudável, essas coisas” (INFORMANTE C).

O que chama mais atenção, na fala dos entrevistados, é que mesmo um sistema que se dispõe a tratar das doenças não dá conta dos adolescentes que estão com um problema de saúde e necessitam de cuidados assistenciais. São as relações pessoais que garantem a assistência à saúde, deixando uma lacuna no princípio da integralidade, previsto no SUS.

“Tinha dificuldades para especialistas, mas não eram tantos os casos” (INFORMANTE D).

“A medida que vai chegando a essa faixa etária , ele adoece pouco. É verdade, mas o que me preocupa é: Será que quando esse adolescente quando precisa a gente tem na rede uma rede capaz?” (INFORMANTE A).

“Mas na hora que você precisa ainda se recorre a conhecidos para pedir, porque ele deve bater de um lado para o outro e ainda ter dificuldade” (INFORMANTE A).

“Essas coisas das referências são um problema. A gente achava que tinha que ter referências estruturadas para especialidades. Que a gente não tinha que está saindo como doido atrás” (INFORMANTE D).

Essas contradições se refletem na falta de conexão dialógica entre os formuladores das políticas e os setores que operacionalizam as ações propostas, como por exemplo, os sistemas de registro de informações, que privilegiam as ações de assistência em detrimento das ações de promoção da saúde.

O trabalho com público adolescente e as atividades de promoção da saúde carecem de tecnologias que precisam ser nomeadas, implementadas e avaliadas segundo metas e resultados, para terem visibilidade nos setores que trabalham com informação e produção.

6.3.5 Desafios na compreensão das adolescências e juventudes

A complexidade da saúde do adolescente, se compreendida apenas no arcabouço conceitual do modelo biomédico, sem levar em conta que o contexto social, familiar, cultural e histórico pode cometer equívocos, produtores de iniquidades como expressa um dos entrevistados em relação a política da saúde do escolar.

“Ele é um menino que está repetindo anos, que vai para o Posto, faz eletro e não descobrem nada. Só que ele não aprende. Então ele diz o seguinte: Eu não tenho nada. Eu sou burro mesmo. Eu tenho uma doença na cabeça. É uma doença que não dói, só não deixa a gente aprender [...]. O pior é que não havia solução para os problemas que eram de ordem pedagógica, sociais, políticas e orgânicas também” (INFORMANTE A).

Nas práticas da atenção integral à saúde dos adolescentes, ainda prevalece o discurso do senso comum. O adolescente rebelde, irresponsável, problemático, retratado na mídia, às vezes de forma caricata, tem sido justificativa para que o direito à saúde e à participação não seja garantido de forma efetiva.

“... que tem bastante dúvida e colocam mesmo como dificuldade de estar lidando com o adolescente desde aquela questão de acusações entre aspas que são feitas ao adolescente, o adolescente é rebelde, que não aceita, que não vem, que não vai” (INFORMANTE C).

“Essa coisa dos pediatras já é um problema eles atenderem acima de 14 anos. A gente foi muito nos hospitais discutir porque os pediatras não queriam atender um adolescente de 17 anos” (INFORMANTE D).

“A leitura do profissional é: a adolescente é problemática, adolescência é risco [...]. Uma visão de controle e muito voltada para o risco e isso me incomodava profundamente” (INFORMANTE B).

“Acho que nós (GPA) para o nível central tinha até um certo conforto que “alguém fica com esse abacaxi”.

Entre as razões para idéias equivocadas acerca da temática da adolescência estão as crenças e valores pessoais que influenciam o olhar dos profissionais e a postura técnica.

“Outra questão é que como as questões dos adolescentes mexem com valores dos profissionais, eles se escondem atrás de lacunas da lei e de coisas que não existem [...]. É um tema muito delicado [...]. Foi aí que eu fui estudar [...] as representações sociais, estudar Moscovici, as dificuldades de incorporação da novidade Eu fui ver que a gente estava trabalhando com questões complexas. Nada na saúde do adolescente tem consenso. Uso de álcool não tem consenso. É pra beber?, Não é? é pra beber pouco? quanto? A gente o tempo inteiro está mexendo com questões complexas, sexualidade, família” (INFORMANTE B).

Uma postura profissional baseada nos valores pessoais pode levar a situações constrangedoras e que dificultariam a formação do vínculo do adolescente com o profissional de saúde. Neste sentido, uma das entrevistadas leva em conta uma orientação dada por um adolescente:

“Eu nunca mais esqueci o que um dos meninos disse nesse encontro que a gente como profissional tinha que engolir o **susto** quando trabalhasse com adolescente” (INFORMANTE B).

O olhar para as especificidades deste grupo contribui para busca de alternativas que ajudem aos profissionais a “engolir o susto”. Os trabalhos com metodologias participativas que abordem a importância da escuta, das singularidades das adolescências, da necessidade de pertencimento a um grupo, do fortalecimento das identidades são estratégias do processo de busca de novas tecnologias na área da saúde.

“O que eu fazia em termos de participação é que eu fazia uma conversa mais aberta, mais em cima dos desejos dos jovens. Eu já tinha essa preocupação de trabalhar em cima dos desejos dos interesses deles eu não tinha tanta técnica” (INFORMANTE B).

“Uma coisa é o próprio universo dos adolescentes. A questão de eles por si só andam em grupos. Compartilham questões semelhantes. O grupo de pares tem um significado muito especial na adolescência” (INFORMANTE B).

“Que era um grupo que tinha singularidades, que tinha especificidades, que tinha, por exemplo, conflitos em relação à família que talvez as mais velhas não tivessem” (INFORMANTE B).

6.3.6 Desafios na relação com outros programas

Os diferentes olhares para a adolescência trouxeram a necessidade de sensibilizar outros Programas para facilitar o acesso dos adolescentes aos serviços e insumos. Nesse sentido foi feita uma negociação com o Programa da Mulher propondo mudanças no fluxo de distribuição dos métodos contraceptivos, eliminando a exigência da participação nos grupos de Planejamento Familiar desde que a adolescente tivesse obtido os mesmos conteúdos nos grupos educativos.

“Outra coisa que eu achava cruel era quando a menina tinha feito um trabalho na escola ou em qualquer outro lugar e ela já tinha outro conteúdo só queria o método. O que a gente queria é que se agilizasse a entrada dela no serviço, sem que ela precisasse passar por tudo de novo para conseguir um método. Então fizemos essa proposta de protocolo e algumas unidades faziam outras não” (INFORMANTE B).

A criação do Programa de Saúde Integral do Adolescente em 1992 foi posterior à criação do Programa da Mulher em 1987, que vinha de uma história de militância do movimento feminista que, para se fortalecer, precisava manter sua posição sobre o atendimento às mulheres e não podia se deter na singularidade da mulher adolescente sob o risco de perder o foco da integralidade. Para sensibilizar os gerentes dos programas mais organizados e com mais tempo de institucionalização foram utilizadas uma série de estratégias que argumentavam a favor da importância do novo programa.

“Ela disse o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e o movimento feminista em muitos momentos achava que qualquer olhar para a singularidade se contrapõe a integralidade. Eu me lembrei exatamente de tudo que eu vivi. Toda vez que eu falava de saúde dos adolescentes, elas diziam que a mulher, é a mulher como um todo, com todas as suas questões. Eles não conseguiam conciliar a questão da integralidade com a singularidade, com a especificidade e vulnerabilidade de cada grupo” (INFORMANTE B).

“Na verdade eu tentava usar o argumento que eu achasse que ia sensibilizar mais aquele grupo. Por exemplo, para quem era insensível em relação às singularidades e subjetividades, então o argumento é técnico (...). A gente fazia consolidação dos dados do SINASC, para mostrar a

incidência de baixo peso, prematuridade [dos bebês de mães adolescentes], a relação disso com a baixa escolaridade [da mãe]. Todos os anos nós circulávamos essa informação.” (INFORMANTE B).

“Eu martelava nos ouvidos delas que eu queria participar da capacitação, dos seminários e introduzir a questão da adolescência, mas a gente não conseguia [...]. Só depois do primeiro ano em que eles consolidaram as estatísticas e que eles viram que tinha uma porcentagem significativa de adolescentes, acho que uns 25%, aí que elas começaram a mudar” (INFORMANTE B).

“Foi a pressão do nosso lado, gerência pedindo, e os dados chamando atenção, que o Programa do adolescente passou a ter uma fala em todas as capacitações do Espaço Mulher” (INFORMANTE B).

7 ENFRENTANDO OS DESAFIOS: A RIQUEZA DE POSSIBILIDADES

Segundo Branco (2002, p. 6):

Com o objetivo de sensibilizar os gestores e envolver os demais programas, a Gerência de Saúde do Adolescente (GPA) tem enfatizado que o PROSAD deve ser entendido como um "programa estratégico", uma vez que o investimento no grupo dos adolescentes, a curto, médio e longo prazo, tem impacto sobre uma série de aspectos como a equidade de gênero, a saúde reprodutiva, a saúde das futuras gerações, os acidentes e violências, o uso de tabaco e outras drogas, e as doenças crônicas, como o câncer e a hipertensão.

Da criação da Gerência em 1992 até o ano de 2005, quando mudou a gestora da GPA, foram desenvolvidas as seguintes atividades:

- participação nos espaços de formulação e implantação de políticas públicas, como o Conselho Municipal de Direitos das Crianças e dos Adolescentes;
- implementação do Programa de Saúde do Adolescente nas unidades de saúde da rede municipal;
- levantamento e divulgação de informações epidemiológicas e outros indicadores;
- elaboração de materiais educativos e de divulgação;
- integração com outros programas e ações da SMS;
- apoio técnico a profissionais de diversas áreas;
- incentivo ao protagonismo juvenil, através de parcerias com grupos organizados de adolescentes e da organização do Comitê assessor de Adolescentes e Jovens do PROSAD, vinculado à GPA.

Para a operacionalização das diretrizes conceituais do PROSAD a GPA desenvolveu os seguintes projetos específicos:

- Vista essa Camisinha: atividades educativas e distribuição de camisinhas para adolescentes e parceiros institucionais de forma desburocratizada, facilitando o acesso ao insumo.
- Sinal Verde: estratégias de facilitação do acesso às unidades de saúde de adolescentes vinculados a instituições parceiras.
- Horizontes: ações de promoção de saúde e qualificação dos serviços na atenção à gravidez na adolescência
- Prevenção da Violência e Atenção às vítimas de Maus Tratos: levantamento dos casos de maus tratos atendidos nas unidades de saúde e notificados ao Conselho Tutelar; treinamentos e implementação de estratégias de qualificação do atendimento nas unidades de saúde.
- Adolescentro: projeto desenvolvido em parceria com o Centro de Estudos e Ações Solidárias da Maré (CEASM) - que atuava em três vertentes: protagonismo juvenil, qualificação das atividades nas unidades de saúde e ações intersetoriais.
- Adolescentro Paulo Freire: unidade de saúde exclusiva para atendimento de adolescentes que fica próximo a Rocinha.

As atividades descritas acima aparecem nos documentos analisados no capítulo quatro e nas falas dos entrevistados que apontam as estratégias e os projetos como importantes iniciativas para o fortalecimento da Gerência.

A contextualização, os projetos e os dilemas do PROSAD foram apresentados até aqui, no sentido de situar a emergência das propostas da SMRJ que trabalharam com adolescentes multiplicadores que propiciaram o desenvolvimento dos projetos

que são objeto do presente estudo: Adolescentro Maré, Adolescentro Paulo Freire e RAP da Saúde.

Nos Próximos capítulos abordaremos esses projetos a partir da análise das entrevistas, da evidência documental e da participação observante.

7.1 A PARTICIPAÇÃO JUVENIL NA ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE NO RIO DE JANEIRO

É necessário que os profissionais que atuam com adolescentes mudem de estratégias e atuem no enfoque de promoção da saúde e de efetiva participação juvenil (RUZANY, 2008).

Em 1993, a GPA iniciou ações que dessem conta da operacionalização da participação dos adolescentes na Atenção à Saúde do Adolescente. As principais iniciativas nesse sentido foram: O Primeiro Treinamento de Profissionais para Formação de Adolescentes Multiplicadores Em Saúde, o curso de capacitação para adolescentes multiplicadores no Posto de Saúde José Breve dos Santos, no bairro Cidade Alta; o Adolescentro Maré e o Adolescentro Paulo Freire.

7.1.1 Primeiro Treinamento de Profissionais para Formação de Adolescentes Multiplicadores

Conforme descrito no folder (ANEXO B), o treinamento foi realizado de 22 a 25 de novembro de 1993 na Biblioteca Estadual. Foi planejado em conjunto por profissionais das secretarias de saúde, educação e com a ONG Centro de Estudos e Pesquisas da Leopoldina. Teve como patrocinadores a Organização Panamericana de Saúde e a SMS/RJ, sob a coordenação geral da GPA.

Os objetivos do curso apresentados pelo ofício-circular S/SSC/GPA nº 067 de 22 de outubro (ANEXO C) foram:

- Treinar profissionais para formação de agentes multiplicadores de saúde com adolescentes.
- Elaborar propostas de trabalho com adolescentes multiplicadores, incluindo estratégias de acompanhamento para esta atuação.
- Discutir a importância de formação de jovens multiplicadores e de sua atuação na comunidade.
- Favorecer trocas de experiências entre os participantes e, destes, com outras instituições que desenvolvem atividades com adolescentes multiplicadores.
- Subsidiar os profissionais com material bibliográfico e vivências em técnicas participativas.

Como palestrantes foram convidados profissionais de universidades, de projetos sociais e adolescentes da SME e da Comunidade de Anaia. Os temas abordados foram: Fundamentos da Atenção ao Adolescente; Crescimento e Desenvolvimento; O adolescente e as Relações Sociais, Família, Escola e

Comunidade; Desenvolvimento Psicossocial e Afinal de Contas o que é Ser Multiplicador?

Como metodologias foram utilizadas dinâmicas de grupo que tinham como objetivo aprofundar o conteúdo teórico e a aprendizagem das técnicas. No último dia os profissionais apresentariam propostas de implementação de ações envolvendo adolescentes multiplicadores.

Participaram do curso sessenta profissionais em sua maioria das secretarias de educação e saúde e alguns de outras secretarias e ONGS.

Na avaliação dos participantes mesmo com críticas o curso teve um saldo positivo, 92% dos profissionais apontaram que o curso havia contribuído para sua prática profissional e crescimento pessoal.

7.1.2 O Curso de Capacitação para adolescentes Multiplicadores no Posto de Saúde José Breves dos Santos

Como desdobramento do Primeiro Treinamento de Profissionais para Formação de Adolescentes Multiplicadores, foi desenvolvido no Posto de Saúde José Breves dos Santos um projeto de capacitação de adolescentes em Técnicos de Higiene Dental. O projeto foi realizado em parceria com a SME e a UERJ. Os adolescentes faziam sala de espera e atendiam em cadeiras. A experiência bem sucedida levou a GPA a buscar recursos para implantar o primeiro Adolescentro nesta unidade, que deveria ser um local para promoção da saúde, atendimento e formação de profissionais e dos jovens. O nome Adolescentro se referia não

somente a um espaço, mas a uma proposta, idéia de tornar o adolescente o centro, que ele se envolvesse no planejamento e no desenvolvimento de ações como multiplicador. Por falta de financiamento essa proposta não foi adiante. Essas informações não foram obtidas pela análise de documentos na referida unidade, mas por meio de uma das pessoas entrevistadas para a pesquisa.

“Eles conseguiram dar esse salto de qualidade porque tinham uma equipe muito comprometida. Foi mais ou menos 94 e 95. Elas fizeram uma parceria com a UERJ [...] trouxe para aquela equipe uma qualidade imensa. Elas fizeram seminários , conseguiram colocar aqueles meninos atuando na unidade, fizeram uma parceria com a UERJ para os meninos se formarem em THD. Esse meninos ficaram nas cadeiras, faziam sala de espera na saúde bucal. Foi uma coisa super arrojada” (INFORMANTE A).

7.1.3 O Adolescento Maré

Em 1999 foi desenvolvido, na Maré, o Projeto Multissetorial com o apoio do BNDES. O Projeto envolvia as secretarias municipais de Saúde, Educação, Desenvolvimento Social, Habitação, Trabalho, Meio Ambiente, Culturas e Esporte e Lazer. “Tinha como objetivo aprofundar a intervenção da prefeitura nas comunidades de baixa renda, colocando disponíveis políticas e programas sociais necessários à melhoria da qualidade de vida da população” (SMS/RJ, p. 3).

Como a proposta do projeto, era criar uma rede integrada de atendimento voltada para adolescentes, jovens e suas famílias a Superintendência de Saúde Coletiva da SMS convidou a GPA para elaborar a vertente da saúde na proposta do projeto Multissetorial da Maré.

Os recursos financeiros do BNDES propiciaram a GPA ampliar e inovar suas ações em saúde, trazendo a possibilidade de implementar concretamente o projeto

que havia se iniciado em 1993 na experiência do Posto de Saúde José Breves dos Santos.

O projeto foi implementado em duas fases: de dezembro de 2000 a fevereiro de 2002 e de maio de 2003 a abril de 2005. Foi executado numa parceria entre a SMS/RJ com o Centro de Estudos e ações Comunitárias da Maré.

A metodologia proposta incluía a determinação de espaços físicos e horários específicos para o atendimento; a formação de uma equipe multidisciplinar composta de profissionais sensíveis às características e singularidades do público alvo; articulação com outras instituições que desenvolvessem projetos para jovens; e principalmente a formação de um grupo de adolescentes e jovens que atuassem como promotores de saúde junto a seus pares (SMS/RJ, p. 8).

O bairro Maré foi organizado pela lei nº 2.110/94, faz parte da XXXª Região Administrativa do Rio de Janeiro. É parte da Área Programática de Saúde (A.P)⁴ 3.1 ocupa 800 mil m², possui 16 comunidades num território que se espalha pela Av. Brasil. Na época do desenvolvimento do Adolescento a Maré estava dividida entre três facções criminosas que impunham barreiras invisíveis para a circulação da população em geral, mas principalmente dos jovens.

Na sua primeira fase o projeto se desenvolveu com atividades para alcançar os quatro objetivos propostos: 1) oferecer em dois pólos de atendimento, com horários e dias específicos, atendimento multidisciplinar voltado para a saúde de adolescentes e jovens entre 12 e 21 anos; 2) capacitar 30 jovens da comunidade para atuarem como promotores de saúde em diferentes espaços e eventos comunitários; 3) estimular a formação de profissionais da saúde comprometidos com o trabalho voltado para adolescentes e jovens dos espaços populares; 4) buscar a articulação com outras entidades que desenvolvessem projetos voltados para jovens.

⁴ A Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil está dividida em dez Áreas Programáticas (A.P) que são responsáveis pelas unidades de saúde do seu território intermediando a política emanada pelo nível central.

Com dificuldades operacionais para iniciar os pólos de atendimento a primeira etapa do projeto desenvolvida foi a seleção e capacitação dos jovens promotores de saúde. A divulgação inicial do projeto foi feita através de um carro de som que percorreu todas as comunidades convocando os jovens para a inscrição. Eram 30 vagas e poucos se inscreveram inicialmente, necessitando uma segunda divulgação. Inscreveram-se 80 jovens de diferentes comunidades da Maré, mas a maioria deles pertencia a comunidade da Nova Holanda onde ficava uma das sedes do CEASM. Durante seis meses uma equipe de coordenação formada por três profissionais e um estagiário organizava a grade de aulas, fazia o acompanhamento dos jovens e convidava técnicos para abordar os diferentes temas das oficinas.

O curso de formação dos promotores em saúde teve a duração de cinco meses, de janeiro à maio de 2001, e foi estruturado em módulos que abrangeram conteúdos de Cidadania, Protagonismo Juvenil, História e Geografia da Maré, Promoção em Saúde, além da participação em atividades culturais.

Um dos jovens, que fazia oficinas de teatro em outro projeto desenvolvido pelo CEASM, percebendo a importância das técnicas do teatro para o desenvolvimento da comunicação, sugeriu a oficina teatral para todos os adolescentes do Adolescente. A sugestão foi bem acolhida pela coordenação que propôs a realização do trabalho de teatro durante um mês. No início houve muita resistência por uma parte do grupo que era muito tímida e com muita dificuldade de concentração. As professoras então utilizaram como estratégia abordar questões da vida cotidiana da comunidade. Os exercícios e técnicas teatrais foram no sentido de desenvolver a construção de uma identidade coletiva que culminou na construção da *performance* “Ninguém Aqui é Santo, que abordava a questão da violência em suas múltiplas formas: na falta de oportunidades; na truculência da polícia; na segregação

social; nas barreiras impostas pelo narcotráfico; na discriminação e preconceito explícitos considerando os moradores das favelas como potenciais marginais e em formas mais veladas, como de ação de projetos sociais que não consideravam as necessidades reais da comunidade.

A *Performance* foi apresentada em diversas comunidades da Maré e em eventos da SMS/RJ, oferecendo uma oportunidade ímpar dos adolescentes debaterem a temática com diferentes públicos. Os resultados do grupo de teatro foram tão positivos que depois que o projeto encerrou suas atividades um pequeno grupo permaneceu com as oficinas formando a *Cia de Teatro Marginal*.

A equipe de coordenação, junto com os jovens, identificou as instituições e ONGS da Maré que tinham como público-alvo a juventude. Nas visitas que fizeram divulgaram o projeto foram convidados para realizar oficinas sobre diferentes temáticas em escolas da rede pública, nas turmas do curso preparatório para o vestibular além de participar em campanhas de saúde realizadas em feiras e eventos. Os principais temas desenvolvidos nas oficinas eram sexualidade, cidadania e violência.

Alguns professores das escolas públicas, que assistiram as oficinas realizadas pelos jovens, compreendendo o potencial diálogo de jovem para jovem convidavam os multiplicadores para realizar as mesmas atividades em escolas particulares em que trabalhavam. O encontro de jovens favelados com jovens de outras classes sociais trouxe uma riqueza de oportunidade de crescimento para ambos os grupos. Eles foram convidados a fazer uma oficina sobre o tema da violência para alunos de medicina de uma grande universidade particular e a carta da professora agradecendo o trabalho traduz a riqueza da experiência (ANEXO D).

Cinco meses depois se iniciou as atividades de promoção e assistência à saúde para adolescentes com uma equipe multidisciplinar, aos sábados nos postos de saúde Hélio Smidth e Vila do João que ficavam em pontos extremos da Maré.

A equipe de profissionais contratada para o trabalho de assistência e promoção tinha como parceiros os adolescentes, que durante os cinco meses anteriores haviam sido capacitados em diferentes temas relativos à saúde do adolescente.

Os adolescentes participaram de todo processo de implantação das atividades de atendimento aos sábados: do planejamento da execução e da avaliação. Não havia restrição alguma para participação deles em qualquer reunião. Eles faziam a captação para o serviço, o acolhimento, grupos de discussão e para a psicóloga alguns deles eram considerados co-terapeutas.

A segunda fase do Adolescentro Maré foi executada com recursos do orçamento municipal que só foi liberado um ano e três meses depois de encerrada a primeira fase. A divulgação foi feita dentro do CEASM e no processo boca a boca. Foram inscritos cerca de mil adolescentes. Os adolescentes da etapa anterior tiveram um papel importante na divulgação e como toda equipe, ficaram impressionados com a quantidade de inscritos. Todos os inscritos responderam a um questionário e a pergunta que trouxe a resposta que marcou a segunda etapa do projeto foi em relação àquilo que os jovens da comunidade precisavam cuja resposta unânime foi “oportunidade”. Eram apenas setenta vagas e que oportunidades oferecer aos outros novecentos e trinta inscritos?

Concretamente o projeto trabalhou com oitenta e cinco jovens e vinte e oito profissionais que atuaram em conjunto nos Postos de Saúde Hélio Smith, Vila do João e, posteriormente Posto de Saúde Gustavo Capanema na Vila Pinheiro.

“Os jovens capacitados pelo projeto atuavam na rotina dos postos, empreendiam atividades de lazer e cultura, subprojetos de intervenção na comunidade e oficinas nas instituições locais. Foram contempladas com estas ações cerca de quatro mil jovens da Maré” (BOGHOSSIAN, 2009, p. 44).

7.1.3.1 O Adolescentro Maré na ótica da participação observante

O Adolescentro Maré em sua primeira fase trouxe ganhos efetivos para as ações da GPA. A pesquisadora fazia parte da equipe de coordenação executiva do projeto como parte de suas atribuições como psicóloga na GPA. O trabalho na Maré enriqueceu minha trajetória profissional e marcou minha vida pessoal conforme relato a seguir.

Foi possível ver o crescimento de profissionais e adolescentes planejando, executando e avaliando estratégias de operacionalização de uma proposta que não estava dada, se construía a cada dia. Nas políticas e nas diretrizes que trazem a participação juvenil como proposta não se descreve a operacionalização das idéias, é no fazer que os conceitos tomam forma e se concretizam.

O processo de construção do Adolescentro Maré agregou uma série de atores, se constituindo no que preconiza o ideário da Promoção da Saúde como um trabalho intersetorial. Como protagonistas dessa construção estavam o Centro de Estudos e Ações Solidárias da Maré (CEASM), a SMS, os profissionais de saúde e os adolescentes. O projeto teve repercussões em vários eventos sobre promoção da saúde dos jovens, diversos trabalhos para congressos foram apresentados com

base nessa experiência e diferentes pesquisadores foram obter seus dados nas entrevistas com profissionais e com adolescentes. O projeto foi alvo de mídia local, com reportagem publicada nos jornais Espaço Saúde (ANEXO E) e O Cidadão, além da mídia televisiva.

Não se tratava de um protocolo instituído colocar adolescentes como planejadores, facilitadores de trabalho de grupos e palestrantes. No desafio à razão vinha a emoção das preciosas contribuições para os debates nos seminários e capacitações da GPA. Foi gratificante vê-los fazer oficinas de diferentes temas para escolas públicas da comunidade, para escolas particulares da zona sul e até mesmo para alunos de medicina de uma instituição privada. Também enfrentamos o desafio de solicitar planejamento e relatórios tanto de adolescentes quanto de profissionais e verificar que as dificuldades de registrar eram as mesmas (ANEXO F).

Com essa experiência, nossos mitos foram se desconstruindo, e o inicial temor de que os adolescentes não seriam aceitos pela equipe técnica ou de que se sentiriam intimidados ao expor seus pontos de vista foram se transformando em reconhecimento e admiração tanto pelas respostas dos adolescentes, quanto dos técnicos que ao final do projeto demandavam sempre a presença dos jovens em todos os espaços, tanto de planejamento quanto de participação nos grupos considerando-os co-terapeutas.

Quanto ao trabalho intersetorial na parceria com o CEASM, foi uma aprendizagem importante na concretização de um conceito que se presta a múltiplas interpretações. Foram muitos embates. Na construção da proposta curricular, na contratação dos profissionais, na escolha do perfil dos adolescentes multiplicadores e até mesmo o questionamento de alguns membros da diretoria da pertinência de

um projeto de promoção da saúde em parceria com uma instituição com *expertise* em projetos educacionais.

Um projeto se desenvolve em um determinado tempo, tem recursos limitados e só tem sucesso quando impulsiona a proposta como política. O êxito do Adolescentro Maré impulsionou outras propostas da SMS com a participação juvenil, como se observará no decorrer da pesquisa.

A pesquisadora, que fez parte da seleção dos jovens para participar do projeto se surpreendeu, quando no encerramento do mesmo, vários foram os relatos de jovens que disseram não ter ido para a “vida do crime” por causa da participação no Adolescentro. Não era intenção construir uma avaliação nesse sentido, até porque o Adolescentro não tinha como objetivo trabalhar com adolescentes para “tirá-los da vida do crime” como alguns projetos se propõe. Os objetivos iniciais apresentados nas primeiras propostas da SMS e os outros que foram construídos ao longo da execução na parceria com o CEASM, na própria proposta curricular, não partiam da idéia do jovem como problema social nem como objeto da ação do estado (SILVA; BARBOSA, 2005). O que se esperava dos adolescentes multiplicadores, conforme foram denominados era que pudessem contribuir para a promoção da saúde da sua comunidade. Seria ingenuidade pensar que um projeto de tão pouco tempo fizesse um efeito tão grande na vida deles, mas foi gratificante perceber que, para eles, a participação no projeto trouxesse mudanças e fez sentido em suas vidas (BOGHOSSIAN, 2009).

O CEASM tinha como trabalho transversal em todos os projetos que desenvolvia, a desconstrução das causas do medo de circular pela comunidade, que, subsidiado pelo sentimento de pertencimento a uma determinada facção levava ao ódio, criando atitudes discriminatórias entre os próprios moradores da Maré.

Frente a clara vulnerabilidade dos homens jovens, a coordenação do projeto foi mais cuidadosa com a circulação deste grupo: eram acompanhados por um adulto orientado-ss para circular com a camiseta do projeto. Os cuidados consideravam os perigos reais e buscavam não alimentar a fragmentação territorial. No projeto, as rivalidades entre as comunidades foram trabalhadas de forma que o inicial temor de estar junto com outros jovens da comunidade vizinha, “outro comando”, foi transformada na identidade comum do pertencimento a uma mesma cidade, a mesma favela a um mesmo projeto. Ao longo do processo de implantação do Adolescentro Maré foram sistematizados relatórios a partir das constantes reuniões de planejamento e avaliação, sempre feitas com a participação de todos os seguimentos, inclusive os adolescentes. Em maio de 2005 as atividades do Adolescentro Maré se encerraram. Com as dificuldades finais no repasse do dinheiro pela prefeitura para pagamento das bolsas dos adolescentes, os recursos que seriam utilizados para a publicação dos resultados foram remanejados para a ajuda de custo dos jovens. Todos os documentos estão arquivados digitalmente na SMS e a maioria tem relatório impresso.

Com tantas coisas positivas, ao encerrarem os recursos do BNDES não foi difícil conseguir recursos financeiros no próprio orçamento da SMS para dar continuidade e ampliar a proposta. As dificuldades vieram da burocracia institucional para que os recursos fossem disponibilizados. Durante treze meses a equipe da GPA lutou para não “perder” jovens e profissionais capacitados e não perder a esperança.

7.1.4 O Adolescento Paulo Freire

O Centro de Cidadania Rinaldo de Lamare (CCRDL) é um prédio de 18 andares, situado na Av. Niemeyer em São Conrado que pertence a VI Região Administrativa. É parte da Área Programática (A.P) 2.1. Tem localização privilegiada para os moradores da favela Rocinha, uma das maiores favelas do Rio de Janeiro e citada equivocadamente na mídia como a maior favela do Brasil (ZALUAR, 2006, p. 01). A Rocinha recebeu o *status* de bairro em 1993, no governo do prefeito Marcelo Alencar, porém, nem o título, nem a participação no Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) do atual governo, garantiram a mesma infra-estrutura dos bairros do entorno, sendo ainda reconhecida como favela.

O CCRDL abriga projetos e programas de órgãos municipais voltados para todas as idades, dentre eles uma escola, um Centro Municipal de Assistência Social (CEMASE), um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e parcerias das Secretarias de Esporte e Lazer e Cultura com ONGs locais, oferecendo atividades culturais e esportivas.

É num dos andares do CCRDL que funciona a unidade de saúde denominada Adolescento Paulo Freire, uma Unidade Básica de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde só para adolescentes e jovens. Tem como missão institucional desenvolver ações multiprofissionais de promoção e assistência à saúde, além de capacitações voltadas para jovens multiplicadores e promotores da saúde, profissionais da saúde e de outros setores.

São atendidos em média 705 adolescentes por mês, a maioria não tem questões de ordem patológica, são do sexo feminino em busca de oficinas de teatro, de pré-natal, consultas para tirar dúvidas e fazer o “preventivo”.

A pesquisadora foi diretora do Adolescentro, desde sua implantação até outubro de 2009.

7.1.4.1 O Adolescentro Paulo Freire na ótica da participação observante

Criado através da portaria da SMS/RJ nº 1063 de 28 de abril de 2004 que estabeleceu que o Adolescentro Paulo Freire desenvolva ações de promoção e assistência à saúde dos adolescentes e jovens, além de atividades de capacitação voltadas para jovens, profissionais e educadores em geral. Preconiza também a implantação do Disque Adolescente, um serviço telefônico em que os adolescentes obteriam informações sobre saúde. No mesmo prédio funcionaria uma Unidade de Saúde Bucal de média complexidade cuja prioridade seria o público adolescente. A portaria aponta a necessidade do quantitativo de profissionais e as habilidades de formação que possibilitariam a implantação de um novo modelo da atenção à saúde. A portaria inclui a possibilidade de remanejamento dos profissionais de outras unidades de saúde.

O desafio da experiência é ultrapassar o modelo biomédico seguindo as diretrizes preconizadas pela Área Técnica do Adolescente do MS.

Em 28 de junho de 2004 o Centro de Cidadania Rinaldo de Lamare iniciou suas atividades e com ele o Adolescentro Paulo Freire, primeira unidade de saúde

da SMS/RJ para atendimento exclusivo a adolescentes, e a primeira a ampliar o atendimento da faixa etária para 24, anos incluindo assim a categoria juventude.

Com uma equipe incompleta, com relação ao que determinava a Portaria⁵ de criação do Adolcentro (composta por funcionários efetivos da prefeitura; uma coordenadora, duas enfermeiras, um assistente social, duas auxiliares de enfermagem, uma pediatra e uma ginecologista), o Adolcentro Paulo Freire iniciou suas ações oferecendo atividades educativas e assistenciais para os adolescentes atendidos pelos Programas da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social (SMDS) que funcionavam no CCRDL.

O espaço físico obedeceu as orientações da GPA e seguiu as diretrizes para a Organização dos Serviços de Saúde publicada pelo Ministério da Saúde, bem como a organização da equipe, equipamentos e estratégias de atendimento (BRASIL, 2005). Contém dois auditórios interligados com possibilidade de utilização conjunta, com cadeiras móveis que são utilizados para reuniões e para atividades de dança e teatro. Tem salas específicas para administração e documentação médica, além de consultórios para psicologia, serviço social, pediatria e enfermagem. Para os adolescentes multiplicadores tem uma sala com telefone e computador. Os móveis são de boa qualidade e o ambiente é confortável com aparelhos de ar-condicionado em todos os espaços inclusive na sala de espera.

A administração do CCRDL é feita pela Secretaria de Assistência Social, que nomeia o gestor e disponibiliza recursos orçamentários para a manutenção do mesmo.

⁵ A portaria prevê a lotação de dois psicólogos, quatro assistentes sociais, duas ginecologistas, duas pediatras, dois agentes de documentação médica, duas auxiliares de enfermagem e dois administrativos.

A descrição acima foi feita com base na minha vivência como diretora desta unidade durante cinco anos e meio, o que me credita a apresentar alguns dos desafios e algumas conquistas que tivemos na implantação deste serviço de saúde.

O primeiro desafio foi na lotação dos recursos humanos necessários e capacitados para o atendimento do público alvo bem como para as atividades de promoção da saúde. Com uma pequena equipe e com alguns profissionais que precisavam de capacitação iniciamos nossas ações com oficinas de capacitação para a equipe, oferecido pela GPA.

Nos cinco anos que seguiram a equipe cresceu, mas não está completa ainda, não foi lotado nenhum profissional de saúde mental e o serviço social continua com um único profissional.

Depois veio o desafio de escrever o projeto que não é uma tarefa usual nem fácil para uma unidade de saúde que já começa tendo que dar resposta às expectativas da população em relação ao atendimento. Coube ao assistente social a tarefa de organizar por escrito nossos objetivos e atividades que se basearam na experiência do Adolescentro Maré (ANEXO G).

Segundo Silva, Coceiro e Félix (2000, p. 90) o profissional deve ter as seguintes habilidades para o planejamento das ações: estabelecer prioridades e traçar estratégias. Além disso, espera-se que tenha habilidades para articular ações com outros setores da rede institucionalizada.

A denominação e a organização de Centro de Cidadania continha a idéia de um trabalho intersetorial, pois oferecia serviços de diferentes secretarias municipais e parcerias com ONGS da comunidade. Lá funciona uma escola municipal, um Centro Municipal de Assistência Social, a Escola de Música da Rocinha, entre tantos

outros serviços governamentais e não governamentais. No plano das idéias, na organização do CCRDL a intersectorialidade poderia ser entendida como a superação do modelo de política pública que isola e fragmenta as políticas públicas (BUSS, 2000). É um campo fértil para o trabalho com a promoção da saúde integral do adolescente, pois além do espaço físico há o espaço de reunião quinzenal coordenado pelo gestor.

O desafio é operacionalizar a intersectorialidade. Mesmo com a facilidade de estar no mesmo espaço e a oportunidade de encontro, as reuniões ora versavam sobre assuntos administrativos, ora sobre temas técnicos que acabavam ficando em segundo plano diante da exigüidade do tempo e das premências do cotidiano da organização funcional de um prédio vertical, onde há muita circulação de público. Para o setor saúde, estas dificuldades fazem parte do processo da convivência dos diferentes modelos de atenção que permeiam a organização dos serviços.

Em relação à articulação intersectorial o primeiro grande desafio da gestão do Adolescentro foi a de “convencer” o gestor administrativo da necessidade do atendimento ginecológico. Havia por parte da administração do CCRDL uma grande resistência para que fizéssemos esse tipo de atendimento. Não cabe aqui uma análise sobre as causas da posição do gestor, mas o fato constata as dificuldades de operacionalizar a intersectorialidade, preconizada pelo SUS e pressuposto básico das ações de promoção da saúde. Essa dificuldade ficou materializada quando o gestor retirou a mesa da ginecologia do Adolescentro.

Não havia clareza por parte do administrador de que a saúde era um direito social e que à assistência ao pré-natal era a garantia desse direito previsto no SUS e no ECA. Após várias reuniões entre a direção do Adolescentro e a equipe da administração ficou o entendimento de que o Adolescentro também era um projeto

social, como os outros desenvolvidos por outras secretarias que ocupavam o prédio. Não foi um diálogo fácil, exigia que a discussão de um conceito transversal aos saberes da saúde e da assistência, que, neste caso, foi o direito social. A mesa ginecológica foi recolocada e o atendimento reiniciado.

Outra questão que dificultou a proposta inicial de um trabalho mais voltado para a promoção da saúde e para a prevenção das doenças foi a necessidade de atendimento de pré-natal para a Rocinha. O P.S Dr. Albert Sabin que fica dentro da comunidade da Rocinha, também enfrenta constantes dificuldades na lotação de pessoal e é freqüente a necessidade de profissionais médicos.

Como no Adolescentro estava lotada uma gineco-obstetra, quando faltou ginecologista no P.S, a Coordenação de Área Programática da A.P 2.1 nos solicitou que iniciássemos o atendimento de pré-natal na unidade.

Quando o serviço foi iniciado, o empenho maior da equipe em relação ao pré-natal foi construir um atendimento acolhedor, que cumprisse os protocolos sem ser burocrático. Também nos empenhamos no sentido de, respeitando as características gerais dos adolescentes, atender com afeto, sem idéias preconcebidas, atentando para as singularidades de cada adolescente que chegava ao serviço. Os cuidados na criação do serviço de pré-natal eram redobrados porque as profissionais responsáveis eram as enfermeiras. A única ginecologista da unidade não poderia ser deslocada para fazer apenas o pré-natal, pois a demanda maior do serviço era de mulheres em busca de atendimento ginecológico. As duas enfermeiras da equipe passaram então a fazer o atendimento das adolescentes grávidas, tendo a supervisão da ginecologista. Essa estratégia foi criada pela equipe para atender a demanda institucional sem deixar de oferecer o serviço que já estava construído. Os gestores públicos trabalham com dificuldades no quantitativo de

recursos humanos e buscaram utilizar estratégias locais e às vezes temporárias para solução dos problemas.

Com o novo serviço, as oficinas temáticas com o grupo de pré-adolescentes realizado por uma das enfermeiras foi desfeito trazendo prejuízos para o desenvolvimento das propostas de ações de promoção da saúde recomendadas para o funcionamento do Adolescentro Paulo Freire.

Outro entrave para a implantação do Adolescentro Paulo Freire segundo as proposições da Portaria que o instituiu, foi a questão da cobrança de produção ambulatorial, centrada no atendimento individual. Para a execução de uma proposta de desenvolvimento de ações de promoção da saúde e capacitação de profissionais e adolescentes multiplicadores há que se adequar os sistemas de informação e às cobranças de produtividade ao modelo proposto.

Os primeiros trabalhos com adolescentes multiplicadores só foi possível em setembro de 2004. Com recursos da Gerência do programa das DST/AIDS, oito estudantes do CIEP Ayrton Senna que fica ao lado CCRDL, foram selecionados para participarem das atividades do Adolescentro mediante o recebimento de uma ajuda de custo de R\$ 100,00. Os adolescentes multiplicadores foram capacitados pela equipe de profissionais e atuavam no acolhimento além de e captação de outros adolescentes para a ampliação do serviço e ações de promoção da saúde na comunidade.

Os adolescentes multiplicadores eram alunos da escola estadual próxima ao Adolescentro (única escola de segundo na região da Rocinha) e estreitaram a parceria entre a escola e a unidade de saúde oferecendo oficinas sobre sexualidade, tabagismo, gravidez na adolescência entre outros temas. Distribuía camisinhas na escola e divulgavam o atendimento do Adolescentro e outras atividades

desenvolvidas no CCRDL para os alunos. Também participaram de eventos na comunidade e fora dela com distribuição de preservativos, cooperando em campanhas de vacinação e foram em duas escolas particulares da Barra para fazer oficinas sobre sexualidade a convite de professores da escola em que estudavam.

O segundo grupo de adolescentes multiplicadores a atuar no Adolescentro Paulo Freire fazia parte do Projeto desenvolvido pela Assessoria de Promoção da Saúde: Rede de Adolescentes Promotores da Saúde, o RAP da Saúde.

Os recursos financeiros do RAP da Saúde nos propiciaram a oportunidade de trabalhar com um professor de teatro que oferecia oficinas para os adolescentes inscritos no Adolescentro, com um professor de educação física que além do trabalho com gestantes fazia atividades com os adolescentes multiplicadores. Foi possível também desenvolver o nosso potencial de formação e atender a CAP 5.3 que nos demandou um treinamento para os profissionais da área, em sua maioria profissionais das equipes do PSF. Uma das conquistas desse treinamento foi a construção, pela Área Programática de um fluxo de atendimento para adolescentes (ANEXO H).

Como parte das atividades dos adolescentes do RAP estava o acolhimento, realizado na recepção do andar; atividades de promoção da saúde com realização de oficinas de diferentes temas na comunidade e nas escolas; o desenvolvimento do Projeto Vista Essa Camisinha; acolhimento e realização do Teste Instantâneo de Gravidez (TIG); atividades intergeracionais com os idosos que eram atendidos em outro andar.

A oportunidade de oferecer oficinas de teatro, com um professor contratado com as verbas do RAP da Saúde, propiciou a maior aproximação de um grupo mais vulnerável que só procurou o serviço por conta do teatro. Atividades de Promoção

da Saúde utilizam outras metodologias que não estão previstas no leque de profissionais que trabalham no setor saúde, o teatro é uma delas.

A experiência do teatro na Maré nos mostrou a importância de investirmos nessa proposta e com surpresa vimos que também no teatro aumentava o número de homens que chegavam ao serviço, não procuravam atendimento médico, mas procuravam as oficinas de teatro e tinham a oportunidade de acionar o serviço caso desejassem.

8 O PROGRAMA E OS PRINCIPAIS PROJETOS: A EVIDÊNCIA DOCUMENTAL

A Gerência de Saúde do Adolescente foi alvo de trabalhos acadêmicos importantes tanto na área da saúde quanto em outras áreas do conhecimento. São muitos os pesquisadores que entrevistaram os profissionais e os adolescentes para obter dados para investigação.

Foram escolhidas pesquisas e artigos acadêmicos sobre o PROSAD e seus principais projetos. Vale ressaltar que o projeto Adolescento Maré, por ser o mais antigo, apresenta um maior número de trabalhos acadêmicos.

Pesquisas acadêmicas sobre o PROSAD:

a) **Avaliação do PROSAD: Uma Construção a partir dos atores**⁶ - A pesquisa foi realizada com base nos princípios do RAP (RAPID ASSESS PROCEDURES). Na metodologia foram utilizadas entrevistas realizadas, por outro projeto desenvolvido em 1999, que abrangia todas as unidades de saúde da Área Programática (A.P) 3.3. Na ocasião, foram entrevistadas todas as categorias profissionais envolvidas no atendimento ao adolescente, inclusive pessoal administrativo, bem como alguns usuários. A partir da coleta dos dados foi elaborada uma matriz de análise que aprimorada com participação de outros atores, resultou na categorização de cinco eixos que abarcariam as principais ações do Programa de Saúde do Adolescente no Rio de Janeiro: implantação do programa, equipe interdisciplinar de saúde, organização da assistência, parcerias e participação do adolescente.

⁶ BUSTYN, Ivani; BRANCO, Viviane Manso Castello; TURA, Luiz Fernando. **Avaliação do PROSAD: Uma Construção a partir dos atores**. Saúde Coletiva da UFRJ/2000. *Revista Saúde em Foco*, 2001.

Foram selecionadas dez unidades de saúde, uma de cada área da cidade, para responderem a uma série de perguntas sobre cada eixo categorizado anteriormente.

Para o eixo participação do adolescente, que é o eixo em que se debruça a presente pesquisa, foram feitas as seguintes perguntas: Os adolescentes opinam na organização das atividades, escolha dos temas, etc.? Os adolescentes são incentivados a avaliar os serviços? Os adolescentes são incentivados a divulgar o programa? Há parcerias da unidade com grupos organizados de adolescentes?

Na pesquisa, o sentido que os profissionais deram a palavra participação estava ligado ao direito de opinar, neste caso caberia aos profissionais um papel mais ativo do que o papel dos adolescentes.

A pesquisa apontou também que os profissionais de saúde acham importante a participação dos adolescentes e reconhecem que é bastante insuficiente. As dificuldades são tanto da parte dos profissionais quanto dos adolescentes que ainda não têm uma rotina de participação nos espaços sociais em geral e não somente na saúde.

b) **Emoção e Razão: os sentidos atribuídos por profissionais de saúde à atenção ao adolescente**⁷ - A pesquisa se inseria num projeto de avaliação do PROSAD no Rio de Janeiro, visando compreender os sentidos que os profissionais de saúde atribuem à saúde do adolescente, favorecendo a identificação de elementos que facilitam ou dificultam a incorporação das propostas do PROSAD.

O elemento que apareceu como mais importante no núcleo das representações sociais dos profissionais em relação à saúde do adolescente foi a

⁷ BRANCO, Viviane Manso Castello. **Emoção e Razão: os sentidos atribuídos por profissionais de saúde à atenção ao adolescente**. 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – UFRJ, 2002.

informação. Apontada pela autora como a valorização de algo que os profissionais têm e podem oferecer aos adolescentes, também aparece na possibilidade de negociação com outras informações que os adolescentes querem receber. Outra questão importante que aparece na pesquisa é o reconhecimento de que passar informações não basta, é necessário que ela se transforme em aprendizagem e seja incorporada nas ações de prevenção e proteção à saúde. A pesquisa também apontou que os profissionais valorizam mais as carências que as potencialidades dos adolescentes o que poderia influenciar a não valorização das possibilidades de participação dos jovens nos serviços de saúde.

Sobre o Adolescentro Maré também foram lidas e analisadas duas teses de doutorado:

a) **Violência e cultura de paz: a saúde e cidadania do adolescente em promoção**⁸ - O autor da pesquisa investigou quatro projetos que se destacaram na promoção da cultura de paz entre adolescentes e jovens. Foram escolhidas três escolas e o projeto da Gerência de Saúde do Adolescente: o Adolescentro Maré. Foram entrevistados gestores, coordenadores, profissionais e adolescentes e as suas conclusões sobre o projeto vieram a contribuir para buscar recursos para continuidade do mesmo e subsidiaram outras propostas da GPA. Em sua análise sobre a participação juvenil no Adolescentro Maré destaca Milani (2004, p. 36):

A qualidade definidora do Projeto Saúde, sua estratégia mais saliente é a promoção do protagonismo juvenil, por duas vias interligadas – a descoberta de um novo olhar do adolescente sobre si mesmo e sua comunidade, e a atuação como multiplicadores de Educação em Saúde. Uma via sem a outra certamente não resultaria na emergência de atores sociais, sujeitos da saúde, como o são esses jovens. A auto-descoberta e o fortalecimento da identidade pessoal e coletiva, sem o engajamento numa ação social, poderia trazer benefícios para a auto-estima e no auto-cuidado, mas não necessariamente, para a comunidade. A capacitação para a atuação como multiplicadores, se fosse meramente de conteúdo técnico e com metodologia teórica, poderia resultar em agentes de saúde bem

⁸ MILANI, Feizi. **Violência e cultura de paz: a saúde e cidadania do adolescente em promoção.** 2004. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal da Bahia, 2004.

informados, mas não necessariamente em pessoas mais maduras, capazes e motivadas a superar os vários tipos de barreiras impostas pelo contexto.

Segundo Milani (2004, p. 33):

As falas das professoras [de teatro] evidenciam o entrelaçamento de dois processos: a construção da identidade pessoal e da identidade coletiva. Os adolescentes, ao entrarem para esse grupo, traziam a sua identidade pessoal (em processo de formação) e uma identidade coletiva, artificialmente criada pelas facções criminosas e imposta pela força das armas. Esta pode ser caracterizada como uma identidade de origem exógena e de caráter mais de contraposição que de afirmação, uma vez que se fundamenta na negação do outro. Perceber essas características pode ser fácil para alguém “de fora” e, bastante difícil para quem está imerso no processo histórico-cultural e não desenvolveu um olhar de distanciamento e o pensamento crítico. O ponto de partida para se libertar desse “enredamento” seria o auto-conhecimento, que conduz à descoberta do outro.

O teatro tem sido importante linguagem utilizada nas ações de promoção da saúde, e, no caso do Adolescentro Maré se tornou fonte de desenvolvimento profissional para um pequeno grupo que fundou a CIA Marginal (ANEXO I) e faz apresentações na cidade e na comunidade até a presente data. Quando eles se apresentam, se denominam atores, são atores. São protagonistas. Para o tema do teatro considero que caberiam uma pesquisa de doutorado, de tão significativa que é a utilização da expressão teatral no desenvolvimento de ações de promoção da saúde com e para adolescentes.

b) Participação e Saúde na Trajetória Social de Jovens da Maré⁹ - A tese de doutorado Participação e Saúde na Trajetória de Jovens da Maré, que tem como objeto os jovens do Adolescentro, é um importante documento para verificar os caminhos que foram percorridos por gestores, profissionais e adolescentes na operacionalização do que foi denominado de protagonismo juvenil na SMS/RJ.

A psicóloga que atendia num dos postos na primeira fase passou a ocupar o papel de Coordenadora Geral da segunda fase. A experiência obtida como

⁹ BOGOHOSSIAN, Cynthia Ozon. **Participação e Saúde na Trajetória Social de Jovens da Maré**. 2009. Tese (Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher) - Fundação Oswaldo Cruz, 2009.

profissional e coordenadora do Adolescentro Maré e as reflexões sobre dilemas enfrentado no trabalho com participação juvenil levou, a então coordenadora, a desenvolver sua tese de doutorado tendo como campo de estudo os jovens do Adolescentro Maré. Não foi seu objetivo avaliar o projeto, mas compreender como noções de participação e saúde se articularam na trajetória dos jovens participantes da iniciativa. Nas conclusões da pesquisa, a autora discorre sobre as contribuições que o projeto trouxe para a vida dos jovens, enquanto protagonistas na promoção da saúde:

- aumento qualitativo do aprendizado sobre cuidados com a saúde,
- aumento da auto-estima permitindo seu reconhecimento pessoal,
- aumento do potencial do sentimento de solidariedade,
- desenvolvimento de habilidades relacionais e responsabilidade, aumentado a capacidade de diálogo, de resolução de conflitos e de expressão,
- ampliação da participação política,
- manutenção ou retorno ao processo de escolarização,
- revelação de talentos individuais e vocacionais,
- ampliação de horizontes através de novas referências (exemplos positivos, frequência a novos lugares e atividades),
- aprendizado do uso dos serviços de sua rede saúde, desenvolvendo senso crítico e maior capacidade de avaliação e interação,
- ampliação e incremento de qualidade das redes sociais,
- contribuição para a promoção da paz estimulando a circulação no bairro e na cidade, o diálogo e a convivência (*Ib, Id*).

Sobre o Adolescentro Paulo Freire foi analisado o trabalho acadêmico **“Adolescentro Paulo Freire: uma experiência inovadora na Rede-SUS do Rio de Janeiro”¹⁰** - O trabalho apresenta o relato da experiência do Adolescentro Paulo Freire utilizando como método o estudo descritivo de análise institucional. Apresenta a missão institucional, um histórico da unidade e aborda as tensões presentes no cotidiano do trabalho.

Sinaliza que a Ficha Comum (ANEXO J), documento de anamnese utilizado pelos profissionais para atendimento, tem como objetivo uma boa qualidade nos registros e que pode ser preenchida por qualquer profissional do serviço no momento do acolhimento. Outro objetivo é que na construção de um vínculo inicial o profissional pudesse avaliar a partir das falas dos adolescentes as necessidades não percebidas por ele.

Outra questão apontada como importante foi a construção de um fluxo que pudesse atender também uma diretriz do atendimento ao adolescente: o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. Por não apresentarem queixas os adolescentes do sexo masculino não procuram o serviço e as adolescentes do sexo feminino só procuram a ginecologia. Foi desenvolvida uma estratégia de fluxo de tal forma que todas as meninas tinham que passar pela pediatria antes do atendimento ginecológico. Foi feita também uma parceria com o serviço de odontologia para referenciar os adolescentes atendidos para o Adolescentro.

Como o nome Adolescentro não tipifica uma unidade de saúde, os adolescentes e as adolescentes demandam o serviço na procura por qualquer tipo

¹⁰FONSECA, Tatiana de Oliveira e. **Adolescentro Paulo Freire: uma experiência inovadora na Rede-SUS do Rio de Janeiro** Trabalho apresentado para disciplina de Planejamento, Formação e Avaliação em Saúde. Enfermeira-Obstetra no Adolescentro Paulo Freire.

de curso. Aproveita-se a oportunidade para apresentar a unidade e todas as atividades desenvolvidas no Centro de Cidadania Rinaldo Delamare, onde funciona o Adolescentro.

Outra questão apontada como importante no trabalho foram as negociações com a CAP 2.1, no sentido da cobrança da produtividade, pois com a necessidade de tempo para uma escuta diferenciada foi negociada o atendimento de um número menor de pacientes por turno.

Outra estratégia importante apontada pela autora para ampliação das ações para além da clínica-assistencial são as parcerias com ONGS locais que trabalham na área da cultura e com voluntários que podem oferecer diferentes cursos como *street dance*, *biodanza*, curso preparatório para o trabalho, dentre outros.

9 NOVAS CONFIGURAÇÕES NA SMS/RJ TRAÇAM NOVOS DESAFIOS

O ano de 2006 marca uma nova etapa na Gerência de Saúde do Adolescente. Houve uma nova mudança estrutural na SMS/RJ foi criada a Assessoria de Promoção da Saúde.

A Gerência de Saúde do Adolescente, que como descrito até aqui desenvolvia atividades e projetos que privilegiavam ações de promoção da saúde física, dentro do organograma instituído, separada da Assessoria de Promoção da Saúde. Além da mudança estrutural há mudança de gestor que traça uma diretriz que prioriza as ações assistenciais.

Uma das estratégias para implementar as novas ações é de se articular com o Programa da Mulher e o Programa da Criança da Criança buscando suprir as grandes lacunas da assistência estabelecendo uma agenda de interfaces entre os programas.

Na parceria com o Programa da Criança, incluíram os adolescentes no atendimento dos pólos de asma, de anemia falciforme e no Projeto Unido pela cura, antes desenvolvidos apenas para crianças. Para realizar este processo foi preciso capacitar pediatras para atender as especialidades e capacitar especialistas para atender adolescentes.

Com o programa da Mulher organizaram treinamento em sexualidade. Também implantaram uma enfermaria específica para adolescentes no hospital da Piedade.

Mas eu acho que a gente caminhou muito a nível das ações de promoção. De trabalhar sexualidade, violência, drogas... a nível de promoção” (INFORMANTE A).

“Esse tipo de trabalho foi uma coisa diferente do que se fazia na gerencia anteriormente e que eu achei muito importante de ser feita também apesar de achar que promoção é fundamental eu achava que tinha que trabalhar com Atenção também” (INFORMANTE D).

“Acho que a gente devia mesmo mudar o foco porque na medida em que tinha uma Assessoria de Promoção o Programa do Adolescente funciona como apoio a Promoção. Tem a promoção e a gente se insere no que ele está fazendo ali para o adolescente na parte da Promoção [...]. Mas aí tem essas outras questões que eu acho que antes tinha muita coisa pra fazer e não dava pra fazer tudo [...]. A gente investiu na Atenção Hospitalar porque no NESA são poucas vagas [...]. Começamos a trabalhar na questão das referências para as especialidades” (INFORMANTE D).

A partir desta nova gestão o setor da SMS/RJ que incrementa a participação juvenil é a Assessoria de Promoção da Saúde. A GPA apóia as iniciativas, mas fortalece suas ações nas lacunas da assistência à saúde do adolescente e desenvolve as ações descritas anteriormente.

A Assessoria de Promoção da Saúde planeja e executa o desenvolvimento do RAP da Saúde que será descrito no próximo capítulo e analisado a perspectiva da participação observante.

9.1 A REDE DE ADOLESCENTES PROMOTORES DA SAÚDE - RAP DA SAÚDE

Em janeiro de 2006, a Assessoria de Promoção da Saúde, cuja Assessora era a antiga gestora da Gerência do Programa de Saúde do Adolescente, apresentou a proposta de um novo projeto de trabalho com adolescentes multiplicadores. “Concebido a partir da experiência do Adolescento Maré, parte do reconhecimento do adolescente como importante recurso para a promoção da saúde da população em geral e, em especial dos próprios adolescentes” (*Relatório de Atividades, versão resumida, MIMEO*).

O RAP tinha como objetivo geral o fortalecimento da percepção do adolescente como um recurso para o desenvolvimento de estratégias de promoção da saúde no âmbito das unidades de saúde (Relatório Resumido) (ANEXO K).

O RAP da Saúde foi executado pela Assessoria de Promoção da Saúde em parceria com o CEDAPS - Centro de Promoção da Saúde - uma organização da sociedade civil que trabalha com assessoria técnica a diferentes tipos de organização. O edital com termo de referência foi publicado em 2006, o repasse financeiro efetuado em agosto de 2007 e o projeto foi executado até dezembro de 2008.

As metas propostas pelo Termo de Referência foram: reforçar a estratégia do Adolescentro Paulo Freire, envolver os adolescentes na formulação de políticas públicas e na intermediação entre os serviços de saúde e a comunidade, promover o reconhecimento e a legitimação da atuação dos adolescentes na unidade de saúde, e formar uma Matriz Coletiva de Ações em Seminário que envolva adolescentes, profissionais e parceiros locais (*Relatório Resumido, MIMEO*).

O Projeto se desenvolveu em três áreas da cidade que foram denominadas de pólos. No pólo São Conrado os adolescentes multiplicadores estariam ligados ao Adolescentro Paulo Freire, ao PACS Rocinha e ao PSF de Vila Canoas. No pólo da Maré estariam ligados ao CMS Américo Veloso, localizado na praia de Ramos e no pólo do Morro do Alemão os adolescentes ficaram ligados as equipes do PSF de Nova Brasília, Morro do Alemão e Esperança.

Foi desenvolvido de agosto de 2007 a dezembro de 2008, nas áreas da Maré, Morro do Alemão, Vidigal, Vila Canoas e Rocinha. Desenvolveu atividades de capacitação de adolescentes e profissionais; a participação em eventos culturais; a realização de atividades de promoção da saúde nas unidades de saúde e nas

localidades onde se desenvolvia o projeto produziu materiais educativos incluindo seis vídeos sobre álcool e drogas, gravidez na adolescência, violência e discriminação.

Além de acompanhar o RAP no Adolescento Paulo Freire, onde era diretora, a pesquisadora teve a oportunidade de acompanhar o trabalho do RAP nas outras comunidades, pois participava das reuniões da equipe da Promoção da Saúde responsável por seu desenvolvimento.

Participaram do RAP cerca de 60 adolescentes e 30 profissionais de saúde ligados ao PSF e as unidades tradicionais. Para o seu desenvolvimento foram contratados 4 profissionais para a coordenação e outros para oficinas específicas.

Todos os jovens passaram pelo processo de capacitação. Alguns temas eram comuns a todos os pólos e outros surgiam das demandas locais. Cada pólo foi se conformando de acordo com a realidade de cada área e desenvolvendo ações particulares.

Foram propiciadas atividades culturais e de lazer para os sessenta jovens das diferentes comunidades. Era a oportunidade do encontro dos jovens que se identificavam como "RAP" e não mais como pertencente a esta ou àquela comunidade.

Nas oficinas de audiovisual eles se juntaram por temas e puderam desenvolver e produzir seis vídeos com temas escolhidos por eles e que foram distribuídos para as unidades de saúde do município e para as instituições parceiras.

Outro marco importante foi a capacitação em técnicas de Teatro do Oprimido que propiciou desenvolvimento de uma abordagem participativa na discussão de temas polêmicos como a gravidez na adolescência.

No relato dos jovens e dos coordenadores dos pólos constatamos as dificuldades de articulação com as equipes do PSF. O espaço físico diminuto para as equipes se tornava um entrave para a presença dos adolescentes. A rotina do PSF também não comportava muito tempo para a participação dos jovens. Outra questão que prejudicou não somente o trabalho do RAP, mas o trabalho do PSF em geral foi a violência, tanto do tráfico de entorpecentes quanto da polícia. No Morro do Alemão, a ocupação pelas Forças de Segurança Nacional não acarretaram a esperada tranquilidade para a população, muito ao contrário, no primeiro momento trouxeram um clima de guerra.

No Vidigal, o Posto de saúde havia sido transformado em PSF recentemente e as dificuldades de adaptação para o novo modelo foram fatores que dificultaram a parceria dos jovens promotores. Os entraves encontrados no Morro do Alemão e no Vidigal não impediram que os jovens com suas coordenações buscassem alternativas para o trabalho.

No Vidigal, as cinco jovens promotoras de saúde fizeram uma parceria com uma rádio comunitária local e apresentavam um programa diário com temáticas da saúde convidando os profissionais do PSF e da SMS para participar. Também localizaram um equipamento da Secretaria Municipal de Assistência Social desativado e realizaram oficinas para os adolescentes da comunidade.

Em Vila Canoas os adolescentes multiplicadores utilizavam a pequena sala de reuniões no horário da noite para coordenar grupos de discussão com adolescentes da comunidade.

No Morro do Alemão a estratégia era uma ação já conhecida por alguns jovens que eles denominavam de “Camelô Educativo”. Era uma barraca

desmontável que era colocada em dias estratégicos na comunidade para o desenvolvimento de ações de educação em saúde e distribuição de preservativos.

O início do trabalho do Rap no CMS Américo Veloso foi muito difícil. A Maré é uma favela muito extensa e os jovens promotores foram selecionados na área de atuação do Adolescentro Maré, na comunidade de Nova Holanda, que fica distante de Ramos, necessitando de pegar um transporte para se locomover até ao CMS. Na previsão orçamentária não havia recursos para pagamento de transporte. Com o remanejamento de verbas foi possível resolver essa questão. Ainda restavam algumas questões relacionadas ao próprio projeto, quanto ao papel de cada um e quanto à constituição do próprio RAP. Alguns jovens promotores que haviam trabalhado no Adolescentro Maré comparando os dois projetos não entendiam que a proposta do RAP não era dar uma continuidade ao antigo Adolescentro Maré, mas aproveitar os aprendizados da experiência anterior e ampliar a participação juvenil em outras unidades de saúde incluindo o PSF.

O problema de “identidade” do RAP era reflexo do que acontecia na equipe de coordenação do nível central. Cada componente da equipe coordenadora tinha uma idéia do RAP e para se construir um consenso foi preciso muito diálogo, negociações e ajustes. Este processo de construção coletiva foi facilitado pela *expertise* do CEDAPS, ONG parceira no desenvolvimento do RAP, que desenvolve uma metodologia de construção compartilhada de soluções de problemas. Nesse sentido, foi realizado um seminário, coordenado por eles, em novembro de 2008, no qual se (re) pactuavam princípios, objetivos e papéis. O relatório deste seminário serviu como um “regulamento” do Termo de Referência que havia sido proposto quase dois anos antes do início do projeto.

Para o desenvolvimento do RAP no CMS Américo Veloso foi fundamental o investimento de dois profissionais da unidade na relação com os adolescentes e no crédito que davam às possibilidades do protagonismo juvenil. Eles potencializaram o trabalho de promoção da saúde que já realizavam na unidade, agora com a participação dos adolescentes do RAP. O compromisso desses profissionais de maneira mais efetiva com os jovens foi facilitado, se dava por uma questão já levantada nesta pesquisa que expressa a falta de mecanismos gerenciais e de produtividade para ações que não fazem parte do repertório tradicional do setor saúde. Eles ocupavam cargos de gestão e não tinham cobrança de produtividade como acontecia em todas as outras unidades onde se desenvolvia o RAP e com outros profissionais do próprio CMS.

Em relação ao desenvolvimento do RAP no Adolescentro Paulo Feire, a pesquisadora pode tecer comentários mais reflexivos, pois participou do cotidiano como gestora da unidade onde se desenvolveu o projeto e mais concretamente as ações dos jovens promotores de saúde.

No Adolescentro, os adolescentes multiplicadores participavam das reuniões de equipe, distribuíam camisinhas, captavam e acolhiam adolescentes e faziam a articulação com a comunidade, oferecendo atividades de promoção da saúde. Eles foram os principais articuladores das ações de promoção da saúde desenvolvidas na comunidade. Realizaram atividades na véspera do Carnaval na Escola Acadêmicos da Rocinha; oficinas de prevenção das DST em todas as turmas do CIEP Ayrton Senna; apresentação de uma peça sobre gravidez na adolescência com técnicas do teatro do oprimido; participação em atividades culturais; articulação com diversas ONGS da comunidade; participação nas campanhas de vacinação e muitas outras atividades que estão detalhadas nos relatórios. Não seria possível para a pequena

equipe de profissionais do Adolescentro desenvolver atividades extra-muros e fora do horário de trabalho com a grande demanda de assistência à saúde principalmente para o serviço de pré-natal. É preciso atentar para aspectos subjetivos do trabalho com adolescentes multiplicadores e de promoção da saúde na comunidade. Nem todos os profissionais têm formação, perfil e habilidades para um trabalho que envolve a quebra de preconceitos e paradigmas. Ainda há por parte dos profissionais muita resistência para entrar na favela, mesmo sendo uma favela como a Rocinha, que é um dos pontos turísticos mais visitados do Rio de Janeiro. Quando houve a seleção de profissionais para trabalhar no Adolescentro Paulo Freire muitos não se inscreveram por medo de trabalhar num prédio em frente a Rocinha, bem próximo ao *Fashion Mail*, um dos mais caros *Shopping Center* da cidade. A proposta de mudança nas relações dos profissionais de saúde com os adolescentes trouxe algum desconforto, pois no setor saúde, os papéis são bem definidos e há uma forte hierarquização, inclusive entre os próprios profissionais de saúde de nível superior. A presença de adolescentes, não como usuários, mas como promotores de saúde é uma novidade para todos os profissionais da unidade e como toda novidade traz estranhamento.

A circulação dos jovens promotores no cotidiano do serviço, utilizando os computadores, distribuindo camisinhas, causou diferentes reações entre todos nós, profissionais da unidade. Dentre as reações, as mais comuns foram: culpar os adolescentes por qualquer coisa de errado que acontecia, desde vírus no computador até o fato de não encontrar um prontuário; atuar pedagogicamente, procurando assinalar possíveis erros e a maneira correta de fazer; “usar” os jovens para fazer àquilo que seria atribuição dos profissionais e preencher lacunas do sistema administrativo; reconhecer que garantir aos adolescentes o direito à

participação traria qualidade para o serviço, promoção da saúde na comunidade e enriquecimento pessoal e profissional para todos nós.

Para os jovens também não foi fácil construir uma relação com a unidade, com os profissionais de saúde e entender seus limites e potencialidades. Esse é um processo e, se entendido como processo traz possibilidades de crescimento a todos. O tempo do projeto foi muito curto, mas enriqueceu a todos nós, tanto pessoal quanto profissionalmente.

Encerrado o projeto, um dos jovens foi convidado para ser Agente de Documentação Médica do Adolescentro Paulo Freire tornando-se um dos melhores funcionários da unidade. Outros adolescentes, por conta da experiência adquirida, foram trabalhar em projetos sociais desenvolvidos na comunidade. Alguns saíram antes do término do projeto para entrar no mercado de trabalho, seja para sustento próprio ou porque formaram suas famílias.

9.2 DESAFIOS DO PROSAD NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Os rumos do PROSAD, enquanto uma ação programática, e sua nova configuração com a mudança de modelo para a Estratégia de Saúde da Família foi abordado nas entrevistas, vivenciado na experiência do RAP da Saúde e tema constante das reuniões e conversa de corredores da atual SMSDC.

Em 1996, seguindo as diretrizes do Ministério da Saúde, o Rio de Janeiro iniciou o processo de mudança do modelo de Atenção para o Programa de Saúde da Família, com a implantação de uma equipe na Ilha de Paquetá. O lento processo

de implantação do PSF vem permitindo que se desenvolvam concomitantemente os dois modelos de atenção: o modelo programático, chamado de tradicional e o modelo do Programa de Saúde da Família.

Os serviços de saúde tradicionais apresentam uma baixa cobertura no atendimento aos adolescentes, que são sujeitos que pouco demandam da saúde, com exceção das ações do pré-natal (AYRES, 1990). Como o PSF não trabalha com demanda espontânea e sim oferta organizada dos serviços, se mostra uma alternativa viável para realização de ações junto ao público adolescente, uma vez que a maior parte dos problemas dessa população é resolvida na Atenção Básica e nas ações de Promoção da Saúde.

No decorrer da pesquisa, predominavam unidades de modelos tradicionais de saúde e muitas tinham profissionais treinados para atender adolescentes e desenvolviam atividades de grupo e propostas específicas para este público.

Em 2009, com a mudança da política municipal, que durante oito anos teve um mesmo governo, se iniciava uma significativa ampliação de modelo baseado na Estratégia de Saúde da Família. A meta apresentada no Plano Municipal de Saúde de garantir uma cobertura mínima de 55% do Programa de Saúde da Família até 2013 (D.O Rio, ano 23, nº 76, p. 19 de 9 de julho de 2009).

A equipe gestora da Secretaria de Saúde do Município do Rio de Janeiro, especificamente da Superintendência de Promoção da Saúde, analisando os principais resultados das ações e dos atendimentos prestados à população concluiu que um dos desafios da Estratégia da Saúde da Família é o atendimento à saúde do adolescente. Podem ser citadas, por exemplo, duas limitações: a questão do sigilo, crucial no atendimento ao adolescente (BRASIL, 2007), fica comprometida, pois os agentes de saúde são moradores da comunidade e muitas vezes, seus parentes; e a

questão dos dias e horários de atendimento restritos à semana de trabalho e ao horário comercial, dificultando o acesso, principalmente dos adolescentes que trabalham.

Em outros aspectos, a proposta da ESF pode trazer contribuições para o trabalho com os adolescentes. Como não trabalha com demanda espontânea, é possível aumentar a cobertura de atendimento aos adolescentes atingindo os grupos mais vulneráveis como os usuários de drogas e trabalhadoras e trabalhadores do sexo; os levantamentos dos recursos da comunidade podem ajudar a fornecer informações preciosas para a inserção de adolescentes em cursos e outras atividades comunitárias; o desenvolvimento de vínculos com a unidade de saúde é facilitado; e a relação com os profissionais fica fortalecida, mediante a desburocratização do acesso aos serviços e aos insumos. Essas idéias, porém estão apenas no plano das observações, e não da pesquisa.

Nas ações de participação juvenil estão incluídas, segundo as diretrizes do Ministério da Saúde, atividades de mobilização para debates sobre as condições de saúde da comunidade e envolvimento em campanhas em prol de uma temática que esteja diagnosticada como necessária às condições de saúde da comunidade. Nesse sentido, adolescentes multiplicadores e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) podem atuar juntos. Os adolescentes não devem só trabalhar em prol de seus pares, mas em prol da sua comunidade e podem ser parceiros das unidades de saúde tradicionais e das equipes do Programa de Saúde da Família (BRASIL, 2005).

Outra questão a ser enfrentada pela ESF são as novas configurações familiares vivenciadas por adolescentes e jovens. São casais que ainda moram na casa dos pais apesar de se considerarem casados. São mães e pais adolescentes que moram com suas famílias de origem, mas formam uma nova família. Não

considerar a diversidade das novas configurações familiares dos adolescentes seria perder a riqueza de oportunidades de trabalho, principalmente com os vínculos da paternidade.

9.3 DESAFIOS NO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA - “NINGUÉM AQUI É SANTO”

Dos todos os jovens participantes dos projetos descritos nesta pesquisa três deles do sexo masculino faleceram¹¹. De acordo com os relatos, essas mortes estavam ligadas ao universo da criminalidade. Não cabe aqui discorrer sobre as hipóteses causais e sobre as frustrações que temos com essas mortes prematuras e evitáveis como todas as outras que acontecem em nossa cidade. No entanto, na convivência com os jovens moradores das favelas foi possível observar que muitos que passaram pelo projeto estavam enfrentando dilemas éticos relativos ao seu comportamento na sociedade. A distinção ética de dos valores e princípios parece cada vez mais tênues, fato que é reforçado pela publicidade. As propagandas atuam na formação do consumidor e têm entre seus resultados a imposição de uma regulação ética, moral, social, econômica e cultural baseada nas leis do mercado. Essas leis alimentam uma máquina de desejos de consumo de produtos específicos, num contexto em que somente uma minoria social tem acesso (BARBOSA; SILVA, 2005).

¹¹ Referindo-se ao fato das altas taxas de homicídio se concentrar nas capitais brasileiras com uma média de 189/100.000, Zaluar afirma a constatação estatística de que a taxa de vitimização por homicídios entre os homens jovens quase duplicou entre 1980 e 2002 (ZALUAR, 2006, p. 4).

Outra constatação, vivenciada pela pesquisadora, foi o ódio, alimentado pela competição entre as diferentes facções que separam as favelas e a cidade. Segundo Silva e Barbosa (2005, p. 26) a estratégia de vinculação entre segurança urbana e o trabalho exclusivo dos policiais, demonizando os empregados do tráfico, facilita o aumento de grupos armados com domínio de território de favelas, utilizados como base das atividades das quadrilhas. A distinção intergrupos também ocorre pela referência territorial criando uma identidade definida pela inserção em uma facção. A disputa pelos territórios tem fragmentado cada vez mais a cidade e em especial as favelas.

Uma das estratégias utilizadas nos projetos para elaboração interna e subjetiva da violência vivenciada pelos jovens moradores das favelas é a utilização da expressão teatral. A fala de um dos informantes traduz de forma contundente os resultados do trabalho com metodologias que fazem parte de um repertório que não pertence ao saber biomédico, pertence a outros saberes, mas que se constituem num verdadeiro espaço de promoção da saúde.

“O teatro trouxe um crescimento pessoal e uma forma de trabalhar com a comunidade era um diálogo. Era quase uma forma antropofágica, como se eles comessem as coisas da comunidade, digerissem e devolvessem aquilo para as pessoas digerirem” (INFORMANTE B).

A primeira *performance* produzida pelos adolescentes da Maré, que viviam um momento de verdadeira guerra entre as facções que dominavam a favela e viam seus amigos de infância morrerem, foi produzida com os elementos que permeiam a vida na favela e são recortados pela violência. Com o título, “**Ninguém aqui é Santo**”, quando apresentada fazia calar os discursos que se traduzem no mito de que a violência está na favela (ANEXO L).

As metodologias participativas e de expressão artística, onde se podem trabalhar questões subjetivas dos adolescentes e propiciar ações de protagonismo

juvenil se mostram como alternativa para uma visibilidade positiva da juventude carioca.

Neste sentido a crônica apresentada por Zuenir Ventura no jornal O Globo de 22 de maio de 2010, inclui o Teatro do Adolescente Paulo Freire como uma iniciativa importante nas atividades culturais das periferias, no caso a favela da Rocinha (ANEXO M, N).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mesmo com tantos entraves, profissionais motivados e comprometidos buscam desenvolver novas tecnologias de participação dos adolescentes conforme descrevemos nos projetos desenvolvidos pela GPA.

Nas ações de participação juvenil, estão incluídas, segundo as diretrizes do Ministério da Saúde, atividades de mobilização para debates sobre as condições de saúde da comunidade e envolvimento em campanhas em prol de uma temática que esteja diagnosticada como necessária às condições de saúde da comunidade. Nesse sentido, adolescentes multiplicadores e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) podem atuar juntos. Os adolescentes não devem só trabalhar em prol de seus pares, mas em prol da sua comunidade e podem ser parceiros das unidades de saúde tradicionais e das equipes do Programa de Saúde da Família (BRASIL, 2005).

O Programa de Saúde integral do Adolescente no Rio de Janeiro vem sendo feito por profissionais sensibilizados que são chamados de “militantes da causa”. Não há uma rubrica no orçamento da saúde própria para a gerência. A implantação do PROSAD não veio acompanhada de destinação de recursos. Cabe aos gestores trabalharem no sentido de cobrir esta lacuna. Não existe política sem recursos financeiros.

É importante que a “militância” seja no sentido de repactuar as metas propostas pelo Plano Municipal de Saúde de tal forma que contemple as adolescências e juventudes com uma política que leve em conta as aprendizagens com os projetos desenvolvidos.

É preciso lembrar que um Programa que se pretende ser transversal precisa de diferentes estratégias para captar recursos e potencializar o capital humano que possuem: profissionais sensíveis e que gostam de trabalhar com adolescentes.

Diante das evidências apresentadas na sistematização das propostas da SMS que envolveram a participação de adolescentes multiplicadores, faz-se necessário o desenvolvimento de uma política que favoreça o desenvolvimento do potencial dos adolescentes e jovens na promoção da saúde de seus pares e de sua comunidade.

Outra lacuna no município do Rio é o atendimento da faixa etária de 20 a 24 anos, que mesmo sendo contemplada pelas diretrizes do Ministério da Saúde ainda não faz parte das ações da GPA. É importante ressaltar que as mulheres nesta faixa etária ainda têm ações específicas do Programa da Mulher, porém os homens ficam fora inclusive da recente Política Nacional da Saúde do Homem.

Outras perspectivas surgiram ao longo das reflexões que emergiram no estudo:

- trabalhar na perspectiva da linha de cuidado integrando-se aos outros programas.

- articular assistência e promoção, ou melhor, trabalhar na desconstrução da dicotomia entre assistência à saúde e promoção da saúde.

- estabelecer um sistema de referências para especialidades e para internações que cumpra o que está previsto no ECA, respeitando prioridade de atendimento para crianças e adolescentes.

- trabalhar na formação dos profissionais da rede em todos os níveis de atenção na perspectiva da educação permanente e educação continuada para que adolescentes e jovens sejam acolhidos respeitando nas suas singularidades.

- fortalecer ações que garantam a participação dos adolescentes e dos jovens nos espaços de controle social.

Finalmente, este estudo aponta para a necessidade de linhas de pesquisa que aprofundem o processo de mudança de modelo da Atenção Programática para a Estratégia de Saúde da Família identificando resistências e estratégias bem sucedidas.

REFERÊNCIAS

ABERASTURY, Arminda; KNOBEL, Maurício. **Adolescência Normal**: um enfoque psicanalítico. Trad. Suzana Maria Garagoray Ballve. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.

ARIÈS, Philippe. **História Social da Criança e da Família**. Trad. Dora Flaksman. 2 ed., Rio de Janeiro: LTC, 2006.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. **A Adolescência e saúde coletiva**: Aspectos epistemológicos da abordagem programática. In: SCHAIBER, Lilia Blima (Org). Programação da Saúde Hoje. São Paulo: Hucitec, p. 139-182, 1993.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. **O Jovem que buscamos e o encontro que queremos ser**: a vulnerabilidade como eixo de avaliação de ações preventivas de abuso de drogas, DST e AIDS entre crianças e adolescentes. Série Idéias n. 29, São Paulo: FDE, p. 15-23, 1996.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita; JÚNIOR, Ivan França; CALAZANS, Gabriela Junqueira; FILHO, Haroldo César Saletti. **O conceito de Vulnerabilidade e as Práticas de Saúde: novas perspectivas e desafios**. In CZERESNIA, Dina Freitas; MALHADO, Freitas Carlos (Org). Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 117-139, 2003.

BOAL, Augusto. **1931 O arco-íris do desejo; o método boal de teatro e terapia**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1996.

BOGHOSSIAN, Cynthia Ozon. **Participação e Saúde na Trajetória Social de Jovens da Maré**. 2009. 466f. Tese (Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher) – Fundação Oswaldo Cruz - Rio de Janeiro, 2009.

BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. 8 ed, Rio de Janeiro: Bertrand, 2005.

BRANCO, Viviane Manso Castello. **Emoção e Razão**: os sentidos atribuídos por profissionais de saúde à atenção ao adolescente. 2002. 155f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2002.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Lei da Gestão do Sistema Único de Saúde. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília: DF, 31 dez. 1990.

BRASIL. Lei nº 8.069, de julho de 1990. **Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Poder Executivo, Brasília: DF, 1990.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Adolescentes Promotores de Saúde: uma metodologia para capacitação**. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde do Adolescente: Saúde do adolescente e do Jovem**. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Políticas públicas de/para/com juventudes**. Brasília: UNESCO, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Marco legal: Saúde, um direito de adolescentes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. (Série A. Normas e manuais Técnicos). **Saúde Integral de Adolescentes e jovens: Orientações para a organização de serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Departamento de atenção Básica. (Séries Pacto Pela Saúde, v. 4). Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Departamento de atenção Básica. (Séries Pacto Pela Saúde, v. 7). Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Diretrizes Nacionais para atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção da Saúde, Prevenção de Doenças e Agravos e na Assistência**. Ministério da Saúde, 2009.

BURSTYN, Ivani; BRANCO, Viviane Manso Castello; TURA, Luiz Fernando. **Avaliação do PROSAD: uma construção a partir dos atores**. Revista Saúde em Foco (Informe Epidemiológico em Saúde Coletiva), Rio de Janeiro, n. 21, p. 97-114, jul de 2001.

CARVALHO, Sérgio R.. **Promoção à Saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social e pós-estruturalista**. Health Promotion and empowerment: a reflection from critical-social and post-structuralist perspectives. Rio de Janeiro: Revista Ciência & Saúde Coletiva da Associação brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - ABRASCO, 2007.

CASOTTI, Elisete. **ODONTOLOGIA NO BRASIL: uma (breve) história do pensamento sobre o ensino**. 2009. 198f. Tese (Doutorado em Tecnologias Educacionais em Saúde) Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

CELLARD, André. **A análise documental**. Mimeo, 2004.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. Alma Ata, Rússia. 6-12 set, 1978. **Relatório**: cuidados primários de saúde. Brasília: Organização Mundial de Saúde, UNICEF, 1979.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE. **Carta de Ottawa**, Canadá, 1986. Disponível em: <<http://www2.dce.ua.pt/funcionarios/gomes/documentos>>. Acessado em: 25 jul. 2009.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8. **Saúde como direito**. Brasília, 17-21 mar. 1986. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca>>. Acessado em: 27 jul. 2009.

CORDEIRO, Hesio de Albuquerque. SUS – **Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EditoraRio, 2005.

CROMACK, Luíza; CUPTI, Dilma. **Protagonismo Juvenil**. In: MONTEIRO, Denise Leite Maia; TRAJANO, Alexandre JB; BASTOS, Álvaro da Cunha. Gravidez e Adolescência. Rio de Janeiro: Revinter, p. 31-34, 2009.

CROMACK, Luiza Maria Figueira; BURSZTYN, Ivani; TURA, Luiz Fernando Rangel. **O olhar do adolescente sobre saúde**: um estudo de representações sociais. In: Ciênc. Saúde Coletiva, v. 14, n. 2, p. 627-634, abr 2009.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS. Disponível em: <<http://www.unicef.org/brazil/pt/resources10133.htm>>. Acessado em: 27 jul. 2009.

CUSSIÁNOVICH, Alejandro; MARQUEZ, Ana Maria, **Participação das crianças e adolescentes como protagonistas**. Save The Children. Escritório Regional para América Latina. Coordenação Responsável, Blanca Nomura. Rio de Janeiro, 2002.

DE SALAZAR, Ligia. **Evaluación de Efectividad en Promoción de la Salud**. Guia de Evaluación Rápida. Santiago de Cali: CEDETES/CDC/OPAS, 2004.

DESLANDES, Sueli Ferreira. **A Construção do projeto de pesquisa**. In: MINAYO, MCS (Org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, p. 31-49, 1994.

FRAIZ, Ipojucan Calixto. **Saúde e sociedade**. In: ARCHANJO, Daniella Resende; ARCHANJO, Lea Resende; SILVAN, Lincoln Luciano. Saúde da Família na Atenção Primária. Curitiba: Ibpex, cap. 2, p. 51-77, 2007.

FREIRE, Paulo. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GAUDENZI, Paula. **Um olhar da bioética sobre o cuidado com a própria saúde no contexto da Saúde Pública e do exercício do biopoder na atualidade.** 2009. 126. Dissertação de Mestrado - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

GIL, A.C.. **Estudo de caso.** São Paulo: Atlas, 2009.

GOMES DA COSTA, Antonio Carlos. **O Adolescente Como Protagonista.** Cadernos Juventude, Saúde e Desenvolvimento. v. I, Brasília, p. 75-79, 1999.

GROSSMAN, Eloísa. **A Adolescência Através dos Tempos.** Revista Científico-Cultural Multidisciplinar Bilingue: Adolescência Latinoamericana, Porto Alegre, n. 2, p. 68-74, set. 2004.

HEILBORN, Maria Luíza; AQUINO, Estela M.L.; BOZON, Michel; KNAUTH, Daniela. In: MONTEIRO, Denise Leite Maia; TRAJANO, Alexandre JB; BASTOS, Álvaro da Cunha. **Gravidez e Maternidade-novas biografias reprodutivas.** Rio de Janeiro: Revinter, p. 21-25, 2009.

INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS APLICADAS (IPEA), 2008. **Juventudes e políticas sociais no Brasil.** 2008. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/default.jps>>. Acessado em: 30 jun. 2008.

INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS APLICADAS (IPEA), 2009. CASTRO, Jorge Abraão; AQUINO, LUSENI, Maria C; ANDRADE, Carla Coelho (Org.). **Juventude e políticas sociais no Brasil,** Brasília, 2009.

INSTITUTO PROMUNDO, 2008. **Práticas familiares e participação infantil a partir da visão de criança e adultos:** um estudo exploratório na América Latina e no Caribe, estudo coordenado pelo Instituto Promundo. Rio de Janeiro: 7 Letras 2008. 128p.

JACCOUD, Myléne; MAYER, Robert. **A Observação direta e a pesquisa qualitativa.** Mimeo, 2004.

LANNES, Fernando. **Violência, Medo e Estigma:** Efeitos sócio-espaciais da “atualização” do “mito da marginalidade” no Rio de Janeiro. 2009. 506f. Tese (Doutorado em Geografia) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Geografia, Rio de Janeiro, 2009.

LEÃO, Luciana Melo de Souza. **Saúde do adolescente:** atenção integral no plano da utopia. 2005. 65f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisa Ageu Magalhães, Recife, 2005.

LUZ, Maria Tereza Machado; SILVA, Ricardo de Castro. **Vulnerabilidade e Adolescências.** Cadernos Juventude, Saúde e Desenvolvimento. v. I, Brasília, p. 93-96, 1999.

LOPES, Fernanda. **Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer.** Caderno de Textos Básicos do I Seminário Nacional de Saúde da População Negra, realizado em Brasília-DF, de 18 a 20 de agosto de 2004.

MICHAELIS. **Moderno Dicionário da Língua Portuguesa.** Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portugues-portugues&palavra=protagonista>>. Acessado em: 11 agosto 2009.

MILANI, Feizi Massour. **Violências X Cultura da Paz: a saúde e cidadania do adolescente em promoção.** 2004. 193f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva), Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva: Salvador, 2004.

MINAYO, Maria Cecília S.. **Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social.** In: MINAYO, MCS (Org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, p. 9-29, 1994.

MINAYO, Maria Cecília S.. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa e saúde.** São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO, Maria Cecília S.. **Conceito de Avaliação por triangulação de métodos.** In: Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. MINAYO, Maria Cecília de Souza; ASSIS, Simone Gonçalves; SOUZA, Edinilsa Ramos (Org.). Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 19-51, 2005.

MOTA, Adriana; ROCHA, Regina (Org.). **Sexualidade na adolescência e escola.** Rio de Janeiro: Nova Pesquisa, 2008.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE LA SALUD. **La Salud Del Adolescente y del Jovem.** Washington, DC (Publicacion Científica 552), 1995. SERRANO, Carlos V. p. 287-295, 1995.

PEREIRA, Lima V.L.P.G. *et al.* **Health promotion, health education and a social communication on health: specificities, interfaces intersections.** Promotion Education. v. VII, Paris, p. 8-12, 2000.

RODRIGUES, Paulo H. de A.; SANTOS, Isabela Soares. **Saúde e Cidadania: uma visão histórica e comparada do SUS.** Rio de Janeiro: Atheneu, 2008.

RUZANY, Maria Helena. **Mapa da situação de saúde do adolescente no Município do Rio de Janeiro.** 2000. 145f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública - Rio de Janeiro, 2000.

RUZANY, Maria Helena. **Atenção ao adolescente: mudanças de paradimas.** In: RUZANY, Maria Helena; GROSMANN, Eloísa. Saúde do Adolescente: competências e habilidades. Textos Básicos da Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, p. 21-25, 2008.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE/RJ. Assessoria de Promoção da Saúde. **Avaliação do Projeto Adolescento Maré,** no prelo.

SERRANO, Carlos V.. **Fundamentos Del Programa Regional de La Salud Integral Del Adolescente**. In La Salud Del Adolescente y Del Jovem. Organización Panamericana de La Salud. Publicacion Científica. n. 552., p. 287-295, 1995.

SILVA, Lucia; TONETE, Vera Lucia Pamplona. **A gravidez na adolescência sob a perspectiva dos familiares**: compartilhando projetos de vida e cuidado. Rev. Latino-Am. Enfermagem v. 14, n. 2, Ribeirão Preto mar./abr. 2006.

SILVA, Lincoln Luciano; COCEIRO, Sarah Beatriz; FÉLIX, Meirelles. **Gerência e trabalho em equipe na atenção primária**. In: ARCHANJO, Daniella Resende; ARCHANJO, Lea Resende; SILVA, Lincoln Luciano. Saúde da Família na Atenção Primária. Curitiba: Ibpex, cap. 2, p. 77-98, 2007.

SILVA, Jailson de Souza; BARBOSA, Jorge Luiz. **Favela Alegria e Dor na Cidade**. SENAC Rio, Rio de Janeiro, 1 ed., 2005.

WACQUANT, L.. **Corpo e Alma**: notas etnográficas de um aprendiz de boxe. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002.

ZALUAR, Alba. **Juventude e Segurança Pública no Brasil**. In: VELLOSO, João Paulo dos Reis (coord.). Por que o Brasil não é um país de alto crescimento? Rio de Janeiro: J. Olympio, 2006.

ANEXOS

A- APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA

B- FOLDER DO TREINAMENTO DE PROFISSIONAIS PARA FORMAÇÃO DE ADOLESCENTES MULTIPLICADORES

C- OFÍCIO - CIRCULAR S/SSC/CPS/GPA Nº 067

D- CARTA DE AGRADECIMENTO

E- JORNAL ESPAÇO SAÚDE

F- RELATÓRIO DE ADOLESCENTE MULTIPLICADORA

G- PROJETO DO ADOLESCENTRO PAULO FREIRE

H- FLUXO DE ATENDIMENTO ELABORADO PELA CAP 5.3

I- **FOLDER DA CIA MARGINAL**

J- FICHA COMUM

K- RELATÓRIO RESUMIDO DO PROJETO RAP DA SAÚDE

L- RAP ESCRITO PELOS ADOLESCENTES PARA SER CANTADO NA APRESENTAÇÃO DA PERFORMANCE “NINGUÉM AQUI É SANTO”

**M- RELATÓRIO DO PROFESSOR DE TEATRO DO ADOLESCENTRO PAULO
FREIRE**

N- CÓPIA DA CRÔNICA DE ZUENIR VENTURA

APÊNDICES

A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

B- MARCOS HISTÓRICOS DO PROSAD

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)